



วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH) Vol.2 No. Extra : June-July 2023)

ปีที่ 2 ฉบับที่ พิเศษ : มิถุนายน - กรกฎาคม 2566

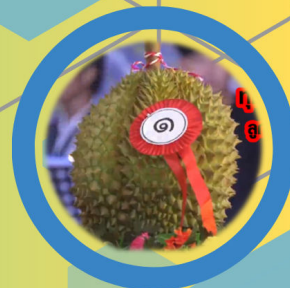


SIX SMART ISAKET



นพ.ทนง วีระแสงพงษ์
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

Smart Digital
 Smart Environment
 Smart Health Economics
 Smart Service & Modernize Hospital
 Smart Governance
 Smart People
 Smart Health Literacy & Smart EOC



วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH)

ปีที่ 2 ฉบับที่ พิเศษ : มิถุนายน - กรกฎาคม 2566 : Vol.2 No. Extra : June-July 2023



เจ้าของวารสาร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยทางการพัฒนาคุณภาพงานสาธารณสุขและคุณภาพชีวิต นำไปสู่ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุขของบุคลากรสาธารณสุขทั้งใน และนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
3. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการด้านสุขภาพของนักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษา
4. เป็นแหล่งวิชาการให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมถึงประชาชนทั่วไป แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ในระดับประเทศและระดับนานาชาติ และพัฒนาคุณภาพให้เข้าสู่มาตรฐานตามหลักสากล อันเป็นกลไกส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดีและพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของประชาชน

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารฯ มีนโยบายรับตีพิมพ์บทความคุณภาพสูงในด้านสุขภาพ สังคมและสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ บุคลากรด้านสาธารณสุขภายในและภายนอกองค์กร อาจารย์ นิสิต นักศึกษา นักวิจัยภายในและภายนอกองค์กร

ประเภทบทความที่รับตีพิมพ์

บทความที่เปิดรับ ได้แก่ บทความวิจัย (Research Article) บทความวิชาการ (Academic Article)

กำหนดเผยแพร่บทความวารสาร

กำหนดเผยแพร่แบบออนไลน์ ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ ฉบับละไม่เกิน 12 บทความ

- ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – เดือนเมษายน
- ฉบับที่ 2 เดือนพฤษภาคม – เดือนสิงหาคม
- ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน - เดือนธันวาคม

กรณี มีบทความส่งตีพิมพ์ในวารสารจำนวนมาก อาจพิจารณาเผยแพร่วารสารเป็นฉบับพิเศษ

การเผยแพร่บทความวารสาร

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จัดทำเป็นรูปเล่ม หมายเลข E-ISSN 2822-0749 (Online) เผยแพร่เป็นรูปเล่มและเผยแพร่ผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์บนเว็บไซต์ <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index> และจัดส่งให้กับหอสมุดแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) และห้องสมุดสถาบันการศึกษาทั่วไป

สำนักงานกองบรรณาธิการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ 485 หมู่ที่ 6 ถนนศรีสะเกษ-กันทรลักษ์ ตำบลโพธิ์น้ำ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษ 33000 โทรศัพท์ 045-616041-7 E-mail : baokamk@gmail.com

Website : <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index>

คณะดำเนินงาน

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health Development, SJRH)

ที่ปรึกษา

- | | |
|-------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 1. นพ.ทง วีระแสงพงษ์ | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. นพ.ประวิ อ่ำพันธุ์ | คณบดีคณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 3. นพ.สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์ | อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุข |
| 4. นพ.วันชัย เหล่าเสถียรกิจ | อดีตผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข |
| 5. ดร.นพ.สุรเดชช วัฒนะเดช | นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด |
| 6. นพ.พิเชษฐ จงเจริญ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 7. นพ.เสกสรรค์ จวงจันทร์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 8. ดร.อนุพันธ์ ประจักษ์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 9. นพ.ศรีไพร ทองนิมิตร | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 10. นายปรีชา ปิยะพันธ์ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 11. นายไพฑูรย์ แก้วภมร | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 12. นางบังอร เหล่าเสถียรกิจ | รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

ที่ปรึกษาต่างประเทศ

1. Associate Professor Dr. Niruwan Turnbull Faculty of Public Health, Mahasarakham University, Thailand
2. Associate Professor Dr. Chalermchai Khemtong University of Florida, USA.
3. Assistant Professor Dr. Elvin Blanco, Houston Methodist Research Institute, Houston, Texas, USA.

บรรณาธิการ

นายแพทย์พิเชษฐ จงเจริญ รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

รองบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------------|----------------------------------|
| 1. ดร.อนันต์ ถันทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. ดร.กำพล เข้มทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 3. นางสาวเนาวรัตน์ ศรีสันติแสง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

กองบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 1. ผศ.ดร.อารี บุตรสอน | คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 2. ผศ.ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ | คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี |
| 3. ผศ.ดร.กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์ | มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ |
| 4. ผศ.ดร. ธนะพัฒน์ ทักษิณทร์ | คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ |
| 5. ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ | คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ |
| 6. ดร.สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี |
| 7. ดร.สมัย ลาประวัตติ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

กองบรรณาธิการ

- | | |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------|
| 8. ดร.วรงค์ วิชัยโย | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ |
| 9. ดร.ณัฐชานันท์ กมลฤกษ์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี |
| 10. ดร.วิลาวัลย์ ซาดา | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี |
| 11. ดร.พุทธิไกร ประมวล | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 12. Dr. Le Ke Nghiep | Department of Health, Vinh Long Province, Vietnam |
| 13. ดร.บุษบา บุญเกษม | โรงพยาบาลเมืองจันทร์ |
| 14. ดร.สุระพล นามวงศ์ | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ |
| 15. ดร.ธีระวุธ คำโสภา | โรงพยาบาลไพรบึง |
| 16. ดร.วิเชียร ศรีหนาง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 17. ดร.ธวัชชัย เต็มใจ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 18. ดร.สุพัตร์ศักดิ์ นรดี | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรังคัง |
| 19. ดร.ประวิทย์ บุตรวงษ์ | โรงพยาบาลห้วยทับทัน |
| 20. นพ.ชำนาญ สมรมิตร | โรงพยาบาลยางชุมน้อย |
| 21. นพ.อักรเดช บุญเย็น | โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย |
| 22. ทพ.ชาญชัย ศานติพิพัฒน์ | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 23. ภก.มัลลิกา สุพล | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 24. ภก.สมชาย ชาลี | โรงพยาบาลกันทรารมย์ |
| 25. ภก.เด่นชัย ดอกพอง | โรงพยาบาลขุขันธ์ |
| 26. ภก.คเชนทร์ ชนะชัย | โรงพยาบาลบึงบูรพ์ |
| 27. นายสมัย คำเหลือ | สาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์ |
| 28. นายอุทัย น้อยพรหม | โรงพยาบาลยางชุมน้อย |
| 29. นางสาวนิภา อินทนิล | สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราชใหญ่ |
| 30. นายอนุสร การเกษ | โรงพยาบาลราชใหญ่ |
| 31. นางกมลรัตน์ จุมสีมา | โรงพยาบาลโนนคูณ |
| 32. นางสาวปราณี โสพล | โรงพยาบาลเบญจลักษ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา |
| 33. นางสาวธิดาภรณ์ อุ่นแก้ว | โรงพยาบาลขุนหาญ |
| 34. นางชิรากร บุญลี | โรงพยาบาลภูสิงห์ |
| 35. นางสาวขวัญจิตร เขิงชวโน | โรงพยาบาลศรีสะเกษ |
| 36. นางสาวพัชร กาญจรัส | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแปน |
| 37. นางกุสุมา มีศิลป์ | โรงพยาบาลศรีสะเกษ |

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| 1. นางจรรยา เตชะสุข | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |
| 2. นางสาวรัชนิกร ศรีหวาด | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ |

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

485 หมู่ 6 ต.โพนข่า อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ 33000 โทรศัพท์ (045) 616040-6 ต่อ 312

<https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/index>

1. วารสารกำหนดออกเผยแพร่ในระบบออนไลน์ เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ทุก 30 วัน
2. ข้อความ บทความ และรายงานการวิจัยเป็นความคิดเห็น และการค้นคว้าของผู้เขียนโดยเฉพาะ ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับคณะผู้จัดทำ และมีข้อความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
3. บทความที่ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ได้รับการตรวจสอบทางด้านวิชาการโดยผู้ทรงคุณวุฒิจากภายในและผู้ทรงคุณวุฒิจากภายนอกตรงตามสาขาวิจัย จำนวน 3 ท่าน
4. เนื้อหาบทความในวารสารเป็นความรับผิดชอบของผู้เขียน การนำเนื้อหาหรือส่วนหนึ่งส่วนใดของบทความในวารสารนี้ไปเผยแพร่ สามารถกระทำได้ โดยให้ระบุแหล่งอ้างอิงจากวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ
5. ผู้แต่งจะต้องสงวนลิขสิทธิ์และให้สิทธิกับวารสารในการตีพิมพ์เผยแพร่บทความ ห้ามเผยแพร่ซ้ำและบทความที่ตีพิมพ์ในวารสารนี้ถือเป็นลิขสิทธิ์ของวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

สารจากบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ปี 2 ฉบับที่ พิเศษ ประจำเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2566 เปิดรับบทความวิชาการผ่านเว็บไซต์ระบบ ThaiJO โดยผ่านการพิจารณาคุณภาพบทความจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ก่อนพิจารณาอนุมัติให้เผยแพร่ผลงานการศึกษาวิจัยและวิชาการที่เป็นองค์ความรู้จากการวิจัยด้านการแพทย์และด้านสาธารณสุขเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ นำไปถ่ายทอดและใช้ประโยชน์จากผลการศึกษา

บทความและผลการศึกษาวิจัยจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในสังกัดและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ นักวิจัย อาจารย์ นิสิต นักศึกษา เพื่อให้เกิดการนำไปใช้วางแผนในการดูแลสุขภาพของประชาชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งกองบรรณาธิการได้มีการพัฒนาปรับปรุงยกระดับให้สอดคล้องหลักเกณฑ์ต่างๆ พัฒนาให้สอดคล้องกับยุคสมัยเพื่อธำรงรักษาไว้ซึ่งคุณภาพ รวมถึงให้ความไว้วางใจและให้ความเชื่อมั่นกับผู้สนใจส่งบทความมายังกองบรรณาธิการ ตลอดจนให้ประโยชน์ในการสืบค้นข้อมูล

ในนามกองบรรณาธิการ ขอขอบคุณผู้เขียนที่ให้เกียรติและไว้วางใจกับวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ส่งบทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทความวิจัย มาเผยแพร่ผลการศึกษาวิจัยและองค์ความรู้ที่ค้นพบ อนึ่ง ขอเชิญชวนผู้ที่สนใจส่งบทความวิชาการมายังวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ โดยใช้ช่องทาง <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/about/submissions> บทความจะได้รับการกลั่นกรองคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาเพื่อประเมินคุณภาพบทความ พร้อมให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ การปรับปรุงแก้ไขให้บทความมีคุณภาพและมาตรฐาน กองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ จะเป็นแหล่งวิชาการงานวิจัยทางด้านสุขภาพและเป็นเครือข่ายองค์ความรู้อย่างกว้างขวาง

นายแพทย์พิเชษฐ ใจเจริญ

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
องค์กรสาธารณสุขชั้นนำจังหวัดศรีสะเกษพัฒนาสู่รางวัลคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ <i>ทนง วีระแสงพงษ์</i>	1-9
ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 ของผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้าน ในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี <i>มยุรี คชนาม, สุกัญญา สู่สวัสดิ์</i>	10-21
การพัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ <i>วิไลศุภศักดิ์ พิริยานนท์</i>	22-30
รูปแบบการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพด้านวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ <i>กำพล เข้มทอง</i>	31-42
ถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาสมเหตุผล: พื้นที่นำร่องอำเภอใช้ยาสมเหตุผล จังหวัดศรีสะเกษ <i>พรรณนภา ศรีสวัสดิ์</i>	43-55
การศึกษาประสิทธิภาพของการใช้ High Flow Nasal Cannula ในผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจ ล้มเหลวในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ <i>เฉลิมพล อิปเทศ</i>	56-64
การพัฒนาแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโดยการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายตำบลกันทรอม อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ <i>เสาวลักษณ์ วงศ์วินัย</i>	65-74
การพัฒนาแบบการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงในเขตอำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ <i>อริยาพร เกษกุล</i>	75-86
ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการ เข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2565 <i>ณัฐพล เดชสายบัว</i>	87-101
ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในตำบลกันทรารมย์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ <i>พนมกร อินทนนท์</i>	102-114

องค์การสาธารณสุขชั้นนำจังหวัดศรีสะเกษพัฒนารูปร่างวัฒนธรรมการบริหารจัดการภาครัฐ

ทนง วีระแสงพงษ์¹

บทคัดย่อ

การบริหารจัดการภาครัฐเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนระบบงานภาครัฐของหน่วยงานเพื่อให้บริการบริหารทรัพยากรมนุษย์ภาครัฐมีประสิทธิภาพและพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานที่สร้างความเข้มแข็ง เติบโตและสร้างองค์กร บุคลากร สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเป็นทรัพยากรมนุษย์ที่มีศักยภาพและสร้างคุณค่า สร้างความสำเร็จให้องค์กรของหน่วยงานที่ปฏิบัติงานประจำและองค์การภาพรวมของจังหวัดศรีสะเกษ โดยผู้บริหารในระดับจังหวัด ระดับอำเภอและหน่วยงานนำศักยภาพของทรัพยากรมนุษย์ขององค์กรมาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดแก่องค์กร การพัฒนาและการกระตุ้นให้บุคลากร สาธารณสุขทุกระดับ ได้กระตือรือร้นและมีจิตอาสาในการพัฒนาศักยภาพเพิ่มขีดความสามารถของตนเองและขยายผลเครือข่าย เพื่อให้เกิดทักษะ เกิดความรู้ใหม่ๆ ในการปฏิบัติงาน เสริมสร้างให้บุคลากรมีทัศนคติที่ดีต่อองค์กรในทุกๆระดับ

ดังนั้น ผู้ศึกษาได้ศึกษาวิเคราะห์และทบทวนที่ผ่านมาเกี่ยวกับการเสริมสร้างและการพัฒนาบุคลากรและการบริหารจัดการภาครัฐ จึงได้กำหนดนโยบายในการทำงาน คือ Sisaket Good Model ประกอบด้วย 1. Governance policy :G 2. Operation effectiveness :O 3. Obvious communication :O และ 4. Development :D โดย Governance policy :G คือ ปฏิบัติตามนโยบาย Operation effectiveness :O คือ ปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ Obvious communication :O คือ การสื่อสารชัดเจน เด่นชัด ครบคลุม และ Development :D คือ พัฒนาคณะ, งาน, ระบบ, เงิน และอื่นๆ นอกจากนี้ การกำกับติดตามผ่านระบบการนิเทศงานและการประเมินผลการปฏิบัติงาน การประชุมคณะกรรมการบริหาร(กกบ.) แล้วถ่ายทอดให้กับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรของกลุ่มงาน/ศูนย์ได้รับทราบและรูปแบบไม่เป็นทางการ ขอคำปรึกษาหารือโดยตรง การลงนามข้อตกลง (MOU) ในการขับเคลื่อนตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการประจำปีและตัวชี้วัดสำคัญ เทียบเคียงกับมาตรฐานระดับประเทศ เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ การควบคุมภายใน การกำกับดูแลองค์กรที่ดีและมาตรฐานจริยธรรมของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการตามนโยบายและยุทธศาสตร์ จำนวน 86 ตัวชี้วัด ใช้ประเมินและจัดลำดับ(Ranking) หน่วยงานที่โปร่งใส เป็นธรรม ให้เกิดแรงจูงใจ มุ่งมั่น สู่เป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน การจัดกิจกรรมส่งเสริมจริยธรรมและร่วมกิจกรรม การพัฒนาบุคลากรภาครัฐผ่านการสร้างทัศนคติในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง การเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การทำงานให้มีความยืดหยุ่น การนำเทคโนโลยีมาใช้ในกระบวนการเรียนรู้และพัฒนาเพื่อเสริมสร้างศักยภาพ เพิ่มขีดความสามารถในการทำงานและประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากรภาครัฐอย่างยั่งยืน โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษได้รับการรับรองผลการประเมิน(Certificate) การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) หมวด 1 การนำองค์กรจากกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2566

คำสำคัญ: การบริหารจัดการภาครัฐ, PMQA, รัฐบาลดิจิทัล, การพัฒนาบุคลากร

¹ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ E-mail :

Leading Public Health Organizations in Sisaket Province to develop the Public Sector Management Quality Award: PMQA

Thanong Veerasaengpong¹

Abstract

Public sector management will drive the government system of agencies to ensure efficient public sector human resource management processes and develop work efficiency that will be strengthened. Complement and build an organization. Sisaket health workers are human resources with potential for value creation. Create success for the organization of the agency that performs routine work and the overall organization of Sisaket province. by provincial executives. District and agency level Utilize the potential of the organization's human resources to maximize the benefits of the organization. Development and stimulation of healthcare workers at all levels Be enthusiastic and volunteer to develop their potential, increase their capacity, and expand the network. To create new skills and knowledge in working and encourage personnel to have a positive attitude towards the organization at all levels.

Therefore, the study subjects have studied, analyzed, and reviewed the past on personnel enhancement and development and public sector management. Therefore, the Sisaket Good Model consists of 1) governance policy (G), 2) operation effectiveness (O), 3) obvious communication (O), and 4) development (D). Governance policy: G complies with the policy. Operation effectiveness: O is an effective operation. Obvious communication: O is clear communication. Development: D is the development of people, jobs, systems, money, etc. The meeting of the Executive Committee (KGB) is then forwarded to the officers or personnel of the work group or center for acknowledgment in an informal form. Direct consultation Signing of an agreement (MOU) to drive annual government performance indicators and key indicators Comparable to national standards to strive for excellence Internal Control, Good Organization Supervision, and Ethical Standards of the Ministry of Public Health Determine indicators to evaluate government performance according to policies and strategies. A total of 86 indicators are used to evaluate and rank agencies that are transparent, fair, motivating, and determined. Towards a shared goal Organizing ethical promotion activities and participating in activities Development of public sector personnel through the creation of learning and self-development attitudes Continuous learning and development Flexible operation Applying technology in the learning and development process to build capacity increases the working capacity and efficiency of public sector personnel sustainably. The Sisaket Provincial Public Health Office has been certified with the assessment results (certificate). Quality Development of Public Sector Management (PMQA) Category 1: Leading organizations from the Ministry of Public Health for the year 2023

Keyword: Public sector Mngement Quality Award, PMQA, Digital Government

¹Provincial Public Health Medical Doctor, Sisaket Provincial Health Officer.

บทนำ

ตามวิสัยทัศน์ของประเทศไทยว่า “ประเทศไทยมีความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” โดยมีฐานคิดหลักคือ เปลี่ยนจากการผลิตสินค้าโภคภัณฑ์ ไปสู่สินค้าเชิงนวัตกรรม เปลี่ยนจากการขับเคลื่อนประเทศด้วยภาคอุตสาหกรรมไปสู่การขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี ความคิดสร้างสรรค์ และนวัตกรรม ระบบราชการจึงต้องมีการเปลี่ยนแปลงเพื่อสอดคล้องกับบริบทที่จะเกิดขึ้นจากการเป็นประเทศไทย ๔.๐ โดยภาครัฐหรือระบบราชการจะต้องทำงานโดยยึดหลักธรรมาภิบาล เพื่อประโยชน์สุขของประชาชนเป็นหลัก จากแนวคิดของการพัฒนาหน่วยงานภาครัฐสู่ระบบราชการ ๔.๐ เพื่อให้รองรับต่อการเปลี่ยนแปลงและการเป็นประเทศไทย ๔.๐ ตามนโยบายของรัฐบาล ดังนั้น การพัฒนาสู่ระบบราชการ ๔.๐ จึงมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ภาครัฐสามารถเป็นที่พึ่ง ที่เชื่อถือและไว้วางใจได้ของประชาชน โดยได้กำหนดเป้าหมายในการพัฒนาระบบราชการ ระบบราชการที่เปิดกว้างเชื่อมโยงถึงกัน (Open & Connected Government) ต้องมีความเปิดเผย โปร่งใสในการทำงานโดยบุคคลภายนอกสามารถเข้าถึงข้อมูล ข่าวสารของทางราชการหรือมีการแบ่งปันข้อมูลซึ่งกันและกัน และสามารถเข้ามาตรวจสอบการทำงาน ระบบราชการที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง (Citizen-Centric Government) ต้องทำงานในเชิงรุกและมองไปข้างหน้า โดยตั้งคำถามกับตนเองเสมอว่าประชาชนจะได้อะไร มุ่งเน้นแก้ไขปัญหาความต้องการและตอบสนองความต้องการของประชาชน โดยไม่ต้องรอให้ประชาชนเข้ามาติดต่อขอรับบริการหรือร้องขอความช่วยเหลือจากทางราชการ (Proactive Public Services) รวมทั้งใช้ประโยชน์จากข้อมูลของทางราชการ (Big Government Data) และระบบดิจิทัลสมัยใหม่ หน่วยงานของรัฐมีขีดสมรรถนะสูงและทันสมัย (Smart & High Performance Government) ต้องทำงานอย่างเตรียมการณั้ไว้ล่วงหน้า มีการวิเคราะห์ความเสี่ยง สร้างนวัตกรรม หรือความคิดริเริ่ม และประยุกต์องค์ความรู้ในแบบสหสาขาวิชาเข้ามาใช้ใน

การตอบโต้กับโลกแห่งการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลัน เพื่อสร้างคุณค่า มีความยืดหยุ่น และความสามารถในการตอบสนองกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างทันเวลา การสานพลังทุกภาคส่วน ระหว่างภาครัฐและภาคส่วนอื่น ๆ ในสังคม (Collaboration) เป็นการยกระดับการทำงานให้สูงขึ้นไปกว่าการประสานงานกัน (Coordination) หรือทำงานด้วยกัน (Cooperation) ไปสู่การร่วมมือกัน (Collaboration) อย่างแท้จริง การสร้างนวัตกรรม (Innovation) เป็นการคิดค้นและแสวงหาวิธีการหรือแนวทาง (Solutions) ใหม่ ๆ อันจะเกิดผลกระทบมหาศาล (Big Impact) เพื่อปรับปรุง และออกแบบ การปรับเข้าสู่การเป็นดิจิทัล (Digitization/ Digitalization) เป็นการผสมผสานกันของการจัดเก็บ และประมวลข้อมูลผ่านคลาวด์คอมพิวติ้ง (Cloud Computing) อุปกรณ์ประเภทสมาร์ทโฟน (Smart Phone) และการทำงานร่วมกันผ่านเครื่องมือต่าง ๆ ซึ่งสำนักงาน ก.พ. กำหนดเป้าหมายภารกิจในการปฏิรูปทิศทางการและระบบการบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐ (สำนักงาน ก.พ., 2563) ว่า การทำให้ขนาดและต้นทุนด้านบุคลากรภาครัฐอยู่ในระดับที่เหมาะสม สร้างนวัตกรรมด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐ พัฒนาคุณภาพงานและคุณภาพชีวิตของบุคลากรภาครัฐ และปรับปรุงโครงสร้างหน่วยงานด้านการบริหารทรัพยากรบุคคลภาครัฐ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เป็นหน่วยงานส่วนภูมิภาคระดับจังหวัด สังกัดอยู่ภายใต้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเป็นหัวหน้าองค์กรรับนโยบายจากส่วนกลางและถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายและเกิดผลสัมฤทธิ์ตามภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ตามกฎหมายกระทรวงแบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 ลงวันที่ 8 มิถุนายน 2560

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินความสำเร็จในการพัฒนาองค์กรตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

ขอบเขตการศึกษา

การนำองค์กรโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ดำเนินงานครอบคลุมทุกหน่วยงานในสังกัดทั้งหน่วยงานบริหาร ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง ทั้ง 22 อำเภอ และหน่วยงานบริการ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง สุขภาพปฐมภูมิ(PCC)

คำจำกัดความ

การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award: PMQA) เป็นกรอบการบริหารจัดการองค์การ ที่สำนักงาน ก.พ.ร. ได้ส่งเสริมและสนับสนุนให้ส่วนราชการนำไปใช้ในการประเมินองค์การด้วยตนเองที่ครอบคลุมภาพรวมในทุกมิติ เพื่อยกระดับคุณภาพการบริหารจัดการให้เทียบเท่ามาตรฐานสากล โดยมุ่งเน้นให้หน่วยงานราชการปรับปรุงองค์การอย่างรอบด้านและอย่างต่อเนื่องครอบคลุมทั้ง 7 ด้าน ประกอบด้วย การนำองค์กร การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวัด การวิเคราะห์และการจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล การจัดการกระบวนการ และผลลัพธ์การดำเนินงาน

ผลการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 2566 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ กำหนดนโยบายในการทำงาน คือ Sisaket Good Model ประกอบด้วย 1. Governance policy :G 2. Operation effectiveness :O 3. Obvious communication :O และ 4. Development :D โดย Governance policy :G คือ ปฏิบัติตามนโยบาย

Operation effectiveness :O คือ ปฏิบัติการอย่างมีประสิทธิภาพ Obvious communication :O คือ การสื่อสารชัดเจน เด่นชัด ครอบคลุม และ Development :D คือ พัฒนาคน, งาน, ระบบ, เงิน และอื่นๆ ดังรูป 1



รูป 1 นโยบายนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ GOOD Model

ทั้งนี้ เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายสูงสุด คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน มีการบริหารจัดการเชิงโครงสร้างในสายการบังคับบัญชาให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นผู้บริหารสูงสุดขององค์กร ได้แบ่งอำนาจหน้าที่ให้รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ช่วยด้านบริหารและดูแลการดำเนินงานของกลุ่มงานและศูนย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษที่ 422/2565 เรื่อง มอบหมายการปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ลงวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565 การกักตุนติดตาม ผ่านระบบการนิเทศงาน และการประเมินผลการปฏิบัติงาน onsite ปี ละ 2 ครั้ง และการนิเทศติดตาม ประเมินผล online แบบ real time ผ่านระบบ Dashboard ในเว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ การประชุมคณะกรรมการบริหาร(กทบ.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ แล้วถ่ายทอดต่อให้กับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรของกลุ่มงาน/ศูนย์

ได้รับทราบ และรูปแบบไม่เป็นทางการ โดยผู้บริหารระดับสูงขององค์กร ให้นโยบายว่าบุคลากรทุกคนทุกระดับของกลุ่มงาน/ศูนย์ สามารถประสานกับเลขาฯ ขอเข้าไปปรึกษาหารือ กับท่านได้โดยตรง การลงนามข้อตกลง (MOU) ในการขับเคลื่อนตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการประจำปี และตัวชี้วัดสำคัญ เช่น วาระจังหวัด การเปรียบเทียบตัวชี้วัดสำคัญในหน่วยงานเทียบเคียงหน่วยงานในสังกัด อบจ.ศรีสะเกษ หน่วยงานในจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 และเทียบเคียงกับมาตรฐานระดับประเทศ เพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศ การควบคุมภายใน การกำกับดูแลองค์การที่ดีและมาตรฐานจริยธรรมของกระทรวงสาธารณสุข และมีการกำกับติดตามอย่างเป็นระบบโดยผู้บริหาร และผู้รับผิดชอบ เป็นประจำทุกเดือน การปกป้องและคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับบริการ และของหน่วยงานอย่างเป็นระบบและตามมาตรฐาน cyber security และกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล PDPA ติดตามและประเมินผล ที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ สร้างนวัตกรรม และส่งเสริมให้เกิดการปฏิบัติอย่างจริงจังในบุคลากรทุกระดับ ได้แก่ กำหนดตัวชี้วัดเพื่อประเมินผลงานผู้บริหารระดับอำเภอ หัวหน้ากลุ่มงาน จำนวน 8 ตัวชี้วัด กำหนดตัวชี้วัดประเมินผลการปฏิบัติราชการตามนโยบายและยุทธศาสตร์ จำนวน 86 ตัวชี้วัด ใช้ประเมินและจัดลำดับ(Ranking) หน่วยงาน คปสอ. เพื่อเลื่อนเงินเดือนผู้บริหาร และบุคลากร ที่โปร่งใส เป็นธรรม ให้เกิดแรงจูงใจมุ่งมั่น สู่เป้าหมายที่กำหนดร่วมกัน การจัดกิจกรรมส่งเสริมจริยธรรมและร่วมกิจกรรม ได้แก่ จัดมุมส่งเสริมคุณธรรมจริยธรรม/มุมความรู้ต่างๆ (จัดพิธีทางศาสนา ทำบุญตักบาตรภายในสำนักงานสาธารณสุข เป็นต้น

การนำองค์กรของนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเชื่อมโยงและส่งไม้ต่อให้มีการทบทวนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ 2565-2566 ด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแผนปฏิบัติราชการและแผนงบประมาณ เพื่อให้ตอบสนองวิสัยทัศน์ “องค์กรสุขภาพชั้นนำ ภาศิเครือข่ายเข้มแข็ง เพื่อสุขภาวะของประชาชน” และให้เกิดการขับเคลื่อนนโยบายด้วยพันธกิจ

5 พันธกิจที่ประกอบด้วย 1) พัฒนาระบบบริการได้มาตรฐาน 2) พัฒนาระบบกำลังคนด้านสุขภาพให้มีสมรรถนะและศักยภาพสูง 3) พัฒนาระบบบริการได้มาตรฐาน 4) พัฒนาระบบและกลไกทางวิชาการและระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ 5) พัฒนาความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขภาพให้เข้มแข็งและยั่งยืน

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ กระบวนการวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ ความท้าทายเชิงยุทธศาสตร์ และความได้เปรียบเชิงยุทธศาสตร์ Policy need: รวบรวมข้อมูลจากยุทธศาสตร์และนโยบายสำคัญ Stakeholder need: รวบรวมข้อมูลจากการรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ภาศิเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลปัญหาสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เช่น อัตราเกิดมีชีพ อัตราตาย สาเหตุการป่วย

การนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ การถ่ายทอดสู่การปฏิบัติ ตอบสนองต่อประเด็นยุทธศาสตร์ ด้วยการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้มีความสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 10 ยุทธศาสตร์จังหวัดศรีสะเกษ และตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพของประชาชน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ มีบุคลากรสายบริหารและสายบริการ เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักรังสีการแพทย์ เป็นต้น และยังมีสายงานสนับสนุน เช่น นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นักทรัพยากรบุคคล เป็นต้น เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการการนำองค์กรและการวางแผนยุทธศาสตร์ที่จะขับเคลื่อนการบริหารจัดการภาครัฐที่บรรลุเป้าหมายและได้รับการรับรองคุณภาพ

ผลจากการนำองค์กรโดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ส่งผลให้หน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ มีผลงานความโดดเด่นหลากหลายสาขาทั้งในระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด ระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ ในปีงบประมาณ 2565-2566 มีผลงานโดดเด่นจากการนำองค์กร

เอกสารอ้างอิง

- ชมภูนุช หุ่นนาค. (2560). การจัดการภาครัฐแนวใหม่:
การเปลี่ยนแปลงเพื่อสร้างผลิตภาพสูงสุด. วารสาร
วไลยอลงกรณ์ปริทัศน์ (มนุษยศาสตร์และ
สังคมศาสตร์). 7 (3). 125–139.
- ฐิติวัจน์ ทองแก้ว และวิริญญา สุทธิกุล. (2561). คำนิยม
4.0: กลไกขับเคลื่อนการบริหารองค์การภาครัฐ
\\ แนวใหม่กับการก้าวสู่ประเทศไทย 4.0. วารสารบัณฑิต
วิทยาลัย พิษณุทรรศน์. 13 (2). 41 – 53.
- ทศพร ศิริสัมพันธ์. (2551). “ทิศทางและแนวโน้มของรัฐ
ประศาสนศาสตร์” ใน ประมวลสารระชูดวิชาแนวคิด
ทฤษฎี และหลักการรัฐประศาสนศาสตร์ หน่วยที่ 15.
น น ท บุรีมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- บุญเกียรติ การะเวกพันธ์ุ และคณะ. การบริหารงาน
ภาครัฐสืบค้น 25 มีนาคม 2563, จาก
<http://www.wiki.kpi.ac.th/>
- รัชต์วรรณ กาญจนปัญญาคม. เอกสารบรรยายแนว
ทางการจัดทำรายงานผลการดำเนินการพัฒนา
องค์การสู่ระบบราชการ ๔.๐ (Application Report).
เมื่อวันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๔ ณ โรงแรมริชมอนด์
จ.นนทบุรี.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (สำนักงาน
ก.พ.ร.). คู่มือการประเมินสถานะของหน่วยงาน
ในการเป็นระบบราชการ ๔.๐. กรุงเทพมหานคร :
๒๕๖๒.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. (2553).
คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรอง
การปฏิบัติราชการของส่วนราชการ ประจำปี
งบประมาณ พ.ศ. 2553. กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน
คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ.
- สำนักงาน ก.พ.(2563). คู่มือแนวทางการพัฒนาบุคลากร
ภาครัฐพ.ศ. ๒๕๖๓ –๒๕๖๕.นนทบุรี: โรงพิมพ์
สำนักงานเลขาธิการ สำนักงาน ก.พ.
- สำนักงานจังหวัดเพชรบูรณ์. (2563). แนวทางการพัฒนา
บุคลากรภาครัฐจังหวัดเพชรบูรณ์พ.ศ. 2563 –2565.

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานจังหวัด
เพชรบูรณ์.

- อำพร มณีเนียม, Sadanon Wattatham, ประลอง
นนท์ณรงค์, รังสรรค์ วัฒนาชัยวัฒน์. (2021).
The Development of public administration
capacity. JOURNAL MAHA CHULA TANI
MAHACHULALONGKORNRAJAVIDYALAYA
UNIVERSITY, 3(6), 23–28. Retrieved from
[https://so02.tci-thaijo.org/index.php/
mcupnpbcr/article/view/250037](https://so02.tci-thaijo.org/index.php/mcupnpbcr/article/view/250037)

ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 ของผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้าน ในเขตพื้นที่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

มยุรี คชนาม^{1*}, สุกัญญา สู้สวัสดิ์²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ(survey study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกการเกิดภาวะ Long COVID -19 และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 ของผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้านในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ประชากร คือผู้ป่วยโควิด-19 ขึ้นทะเบียนรักษาโดยวิธีแยกกักตัวที่บ้าน ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2564 ถึง 17 เมษายน 2565 ในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง 5 แห่ง เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จำนวน 13,486 คน กลุ่มตัวอย่างได้จากรandom sampling เป็นระบบ จำนวน 186 คน เครื่องมือการวิจัยคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ข้อมูลสุขภาพ 3) การรับรู้ต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 และ 4) พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะ Long COVID-19 เก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์ google form ผ่านไลน์กลุ่ม ตั้งแต่ 18 มิถุนายน – 31 กรกฎาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และ สถิติอนุมาน โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบโลจิสติกพหุ (Multiple Logistic Regression Analysis)

ผลการวิจัย พบว่า ความชุกการเกิดภาวะ Long COVID-19 พบร้อยละ 26.5 โดยมีอาการต่อเนื่องนาน 2 เดือน, 3 เดือน และมากกว่า 3 เดือน ร้อยละ 9.5, 11.5 และ 5.5 ตามลำดับ อาการที่เกิดขึ้นหลังหายป่วยโควิด-19 เรียงจากมากไปน้อย 10 อันดับ คือ อ่อนเพลีย ความจำสั้น/สมาธิสั้น นอนไม่ค่อยหลับ หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย ผม่ว่ง เคลื่อนไหวช้าลง/เซื่องช้า ไอเรื้อรัง เวียนศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และ ปวดข้อ/กระดูก ร้อยละ 27.5, 17.5, 16.0, 16.0, 13.5, 12.5, 11.5, 11.5, 11.0, 11.0 ตามลำดับ และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้ที่มีอาการรุนแรง อาการปานกลาง และอาการเล็กน้อย มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 มากกว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่มีอาการ ถึง 17, 6.375 และ 3.091 เท่า ตามลำดับ

คำสำคัญ : Long COVID-19, ผู้ป่วยโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน, ปัจจัยที่มีผล

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี

²นักวิชาการสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี

Factors affecting long-COVID-19 symptoms of home isolation in patients in the community health center of Muang district in Suratthani province

Mayuree Khotchanam^{1*}, Sugunya Susawad²

Abstract

The survey research aims to study the prevalence and factors affecting long-term COVID-19 symptoms of home isolation in patients in the community health center of Muang district in Suratthani province. The population was 13,486 home-isolated patients during December 2021–April 2022 in the community health center of Muang district in Suratthani province. The 186 samples were selected by systematic sampling. The research tools are a questionnaire comprised of 1) general data, 2) health status data, 3) perception of long COVID-19 occurring, and 4) health prevention of long COVID-19, respectively. Data were collected from a Google Form during June 18–31, 2023. Data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics by multiple logistic regression.

The results were as follows; the prevalence of long COVID-19 symptoms is 26.5%, with continuous symptoms in 2, 3, and more than 3 months of about 9.5, 11.5, and 5.5, respectively. The 10th number of symptoms ranked are weakness, short memory, insomnia, dyspnea, hairlessness, slow movement, chronic cough, headache, myalgia, and bone pain in 27.5, 17.5, 16.0, 16.0, 13.5, 12.5, 11.5, 11.5, 11.0, and 11.0, respectively. The severe, moderate, and mild symptoms have significantly affected long COVID-19 symptoms more than patients with no symptoms in 17, 6.375, and 3.091 of the odds ratio.

Key Words: Long Covid-19, home isolation of Covid-19 patient, factor affecting.

¹Registered Nurse, Professional Level, Urban Community Health Center , Surat Thani Provincial Administrative Organization.

²Public Health Technical officer, Professional Level, Urban Community Health Center , Surat Thani Provincial Administrative Organization.

*Corresponding author; E mail : Mayuree084@gmail.com

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ที่ขยายเป็นวงกว้าง เป็นสิ่งท้าทายสำหรับทุกคนและทุกภาคส่วนที่ต้องร่วมมือในการควบคุมและกำจัดโรคติดเชื้อนี้ วันที่ 30 มกราคม 2563 องค์การอนามัยโลกจึงได้ประกาศให้ โรคโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) แนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2564) และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของประชาชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ทางสังคม เศรษฐกิจ และการใช้เทคโนโลยี มีผลกระทบต่อตัวบุคคล เช่น ตกงาน หรือถูกเลิกจ้าง สมาชิกครอบครัวต้องอยู่ห่างกัน และมีการรักษาระยะห่างทางสังคม (social distancing) รวมถึง สัมพันธภาพในครอบครัวและชุมชนลดลง เกิดปัญหาการขาดรายได้ และชีวิตประจำวันที่ต้องปรับเปลี่ยนไป (บัญชา เกิดมณี และคณะ, 2563)

การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อร่างกายทั้งระยะสั้นและยาว เพราะว่าหลังจากรักษาหายแล้วแต่หลายคนยังรู้สึกเหมือนยังไม่หายดี มีผลกระทบกับระบบต่างๆในร่างกาย เช่น ระบบสรีรวิทยา ระบบประสาท ระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบไหลเวียนโลหิต และความบกพร่องทางจิต รวมไปถึงความเครียด สะเทือนใจ และความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ อาการอาจเริ่มตั้งแต่ไม่มีอาการเลย มีอาการเล็กน้อยรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ และเมื่อหายแล้วยังทิ้งรอยโรคและอาการเอาไว้กลายเป็นภาวะลองโควิด (Long COVID) หรือ โพสต์โควิด(Post-COVID Conditions) อาจทำให้ผู้ที่หายแล้วบางรายยังไม่สามารถกลับไปใช้ชีวิตได้ปกติ (โรงพยาบาลวิชัยเวช, 2565)

ในช่วงปลายปี พ.ศ.2564 มีการระบาดของโรคโควิด-19 สายพันธุ์ Omicron แพร่ระบาดในวงกว้าง อาการของผู้ป่วยโควิด-19 ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง

ดังนั้น ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องแยกตัวเองจากผู้อื่นขณะอยู่ที่บ้านเพื่อลดการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น (สมศักดิ์ อรรถศิลป์ และคณะ, 2565) โดยมีแนวทางการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) 10 วัน สำหรับผู้ป่วยทั่วไป และให้การรักษารูปแบบผู้ป่วยนอกและแยกกักกันตนเอง (Outpatient with Self Isolation) ที่ไม่มีภาวะเสี่ยงต่อโรครุนแรง โดยมีทีมสุขภาพให้คำแนะนำเรื่องช่องทางการสื่อสาร ติดตามอาการจนพ้นระยะแพร่กระจายเชื้อ หลังจากนั้นจึงสามารถกลับไปใช้ชีวิตตามแนววิถีชีวิตใหม่ (New Normal) (กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมป้องกันสุขภาพได้นั้น โรเซนสตีคและคณะ อ้างถึงใน (พนัญญา ชันติจิตร และคณะ, 2564) ได้อธิบายแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า บุคคลจะต้องรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือรับรู้ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้ถึงแก่ชีวิตได้ จะส่งผลให้เกิดความเกรงกลัวต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคนั้นๆ และเริ่มรับรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติตนในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมป้องกันโรคหรือผลกระทบของโรคที่จะตามมาได้ ดังนั้น การนำแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาประยุกต์ใช้จะเป็นแนวทางสำคัญ เพื่อให้กลุ่มเสี่ยง และผู้ติดเชื้อโควิด-19 เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ในการลดการเกิดโรคและภาวะ Long COVID-19 จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าประเทศไทยยังมีงานวิจัยด้านนี้น้อยมาก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID -19 ของผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้านในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี ทั้งนี้ผลจากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรด้านสุขภาพในการดูแลสุขภาพประชาชน เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 และ เป็นข้อมูลให้ทีมสุขภาพ สามารถเตรียมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงในการดูแลสุขภาพของประชาชนในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกการเกิดภาวะ Long COVID-19
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 ของผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้านในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ขอบเขตการวิจัย

ศึกษาวิจัยผู้ป่วยโควิด-19 ที่ขึ้นทะเบียนการรักษาโดยวิธีกักตัวที่บ้านในเขตพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง เครือข่ายบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี 5 แห่ง คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โทธาवास ดอนนงศรีวิชัย โทหวาย และองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี

นิยามศัพท์การวิจัย

1. ผู้ป่วยโควิด-19 หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจยืนยันว่าติดเชื้อโควิด-19 ด้วยวิธีตรวจสารคัดหลั่งบริเวณทางเดินหายใจส่วนบนและคอ (Nasopharyngeal And Throat) โดยการป้าย (Swab) หรือใช้ชุดตรวจ ATK (Antigen Test Kit) หรือ วิธี Real-time Polymerase chain reaction (RT-PCR) การศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาและแยกกักตัวที่บ้าน

2. ภาวะ Long COVID-19 หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยโควิด-19 มักพบภายหลังจากรักษาหายแล้ว ซึ่งโดย

อาจเป็นอาการที่เกิดขึ้นใหม่ หรือเป็นอาการที่หลงเหลืออยู่หลังรักษาหาย สามารถเกิดได้ในทุกระบบของร่างกาย โดยมักพบมีอาการหลังได้รับเชื้อ 4 ถึง 12 สัปดาห์ แบ่งอาการ ดังนี้คือ กลุ่มอาการทั่วไปของร่างกาย ระบบหัวใจ และหลอดเลือด ระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาท ผิวหนังและเส้นผม จากแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย (กรมการแพทย์, 2565) การศึกษาครั้งนี้หมายถึงอาการต่อเนื่องหรืออาการที่เกิดขึ้นภายหลังรักษาหายแล้วที่เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้แก่ 1.อาการผิดปกติที่ยังคงอยู่หลังการรักษาไปแล้วไม่น้อยกว่า 2 เดือน หรือ 2.อาการที่เกิดขึ้นหลังการรักษาไปแล้วไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์ และมีอาการไม่น้อยกว่า 2 เดือน แต่ไม่สามารถหาสาเหตุได้จากแบบประเมินภาวะ Long COVID ในผู้ที่เคยป่วยเป็นโควิด-19 (กรมการแพทย์, 2565)

3. การแยกกักตัวที่บ้าน หมายถึงแนวทางหลักในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน (ฉบับวันที่ 4 ม.ค.2565) (กรมการแพทย์, 2565) เป็นการแยกตัวเองจากผู้อื่นขณะอยู่ที่บ้าน เป็นอย่างน้อย 10 วัน นับตั้งแต่วันที่เริ่มป่วยหรือตรวจพบเชื้อ เพื่อลดการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้แนวทางการแยกกักตัว 2 ลักษณะ คือ Home Isolation และ Outpatient with Self Isolation

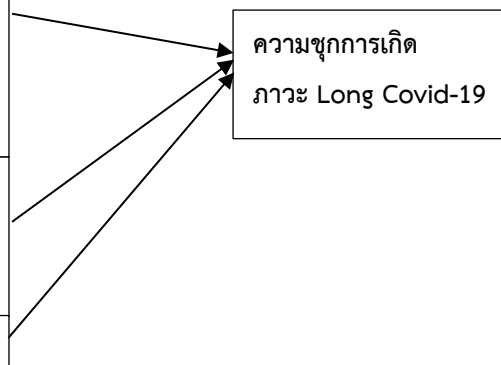
กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ, อายุ, ระดับการศึกษา, การสูบบุหรี่, การดื่มแอลกอฮอล์
ข้อมูลสุขภาพ ภาวะอ้วน, โรคประจำตัว (ผู้ป่วยกลุ่ม 608), ยาที่ใช้ประจำ, ประวัติการได้รับวัคซีน, ประวัติการป่วยโรคโควิด-19, การได้รับยารักษา โควิด-19, อาการเจ็บป่วยที่หลงเหลือ
การรับรู้ต่อการเกิดภาวะ Long Covid-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยง, การรับรู้ความรุนแรง, การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา, การรับรู้ปัญหาอุปสรรค
พฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดภาวะ Long Covid-19

ตัวแปรตาม

ความชุกการเกิด
ภาวะ Long Covid-19



วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือผู้ป่วยโควิด-19 และขึ้นทะเบียนการรักษาโดยวิธีกักตัวที่บ้าน ตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2564 ถึง 17 เมษายน 2565 จำนวน 13,486 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ (Wayne W., D., 1995) และ (Ngamjarus C., Chongsuvivatwong V., 2014) The output of the sample size calculation from n4Studies: For estimating the infinite population proportion (Proportion (p)=0.14) ข้อมูลจากผลการศึกษา meta-analysis ของสถาบันต่างๆในต่างประเทศ เกี่ยวกับความชุกภาวะ Long COVID จากแนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหาย ร้อยละ 14-64 (กรมการแพทย์, 2565)

Error(d)=0.05, Alpha(α)=0.05, Z(0.975)=1.959964

$$n = \frac{z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 p(1-p)}{d^2}$$

คำนวณขนาดตัวอย่าง

Sample size (n) = 186

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

สุ่มแบบเป็นระบบ (systematic sampling) กรณีที่ผู้ป่วยไม่เข้าเกณฑ์การวิจัยได้จะเลือกลำดับถัดไป (เลื่อนขึ้นหรือลง 1 ตำแหน่ง) ทดแทนจนครบ เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คืออายุ 15 ปีขึ้นไป, รักษาโดยวิธีแยกกักตัวที่บ้าน, ยินดีเข้าร่วมการวิจัย และมีสติสัมปชัญญะพูดคุยรู้เรื่อง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 มี 4 ส่วนคือ 1.ข้อมูลทั่วไป 2.ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ภาวะอ้วน ประวัติโรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ ประวัติการได้รับวัคซีน ประวัติการป่วยโรคโควิด-19 การได้รับยารักษา โควิด-19 อาการเจ็บป่วยที่หลงเหลือหลังครบระยะการกักตัว10วัน 3.การรับรู้ต่อการเกิดภาวะLong COVID-19 4.พฤติกรรมการป้องกันการ

เกิดภาวะ Long COVID -19 แบบสอบถามส่วนที่ 3 และ 4 เป็นคำถามมาตราส่วนประมาณค่า ชนิด 3 ระดับ ตามเกณฑ์ของลิเคอร์ท (Likert Scale) มีทั้งข้อความเชิงบวกและเชิงลบ แปลความหมายของระดับค่าเฉลี่ยการรับรู้และพฤติกรรม ตามแนวคิดของ Best (Best, J.W., 1970) เป็น 3 ระดับคือ ต่ำ ปานกลาง และดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1.หาความตรงตามเนื้อหา(Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องข้อคำถาม IOC แต่ละข้อเท่ากับ 0.67-1.0 ซึ่งถือว่ามีความสอดคล้อง จากนั้นจึงปรับสำนวนภาษาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2.หาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโควิด-19 อ.กาญจนดิษฐ์ จ.สุราษฎร์ธานี จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาสัมประสิทธิ์แอลฟา ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) หมวดการรับรู้ เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลแบบออนไลน์ google form ผ่านไลน์กลุ่มของหน่วยบริการ ตั้งแต่วันที่ 18 มิถุนายน-31 กรกฎาคม 2565 โดยแบบสอบถามแจ้งขอความยินยอมในการตอบแบบสอบถาม และส่งลิงค์ google form แบบสอบถามผ่านหัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนทั้ง 5 แห่ง เพื่อให้ผู้รับผิดชอบงานส่งต่อลิงค์แบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการสุ่มไว้เรียบร้อยแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

กำหนดระดับความมีนัยสำคัญที่ .05 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติอนุมาน โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยแบบโลจิสติกพหุ (Multiple Logistic Regression Analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ตามเอกสารรับรองเลขที่ REC 65-00029 ลงวันที่ 05/06/2565 ผู้วิจัยได้ขอความร่วมมือ แจ้งวัตถุประสงค์

ประสงค์การเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย โดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้ป่วยโควิด-19 สามารถเข้าร่วมวิจัยหรือปฏิเสธได้ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาที่ได้รับอยู่ การเปิดเผยข้อมูลของการวิจัยนี้ เป็นการนำเสนอในภาพรวมที่ไม่มีการระบุชื่อผู้ร่วมวิจัยแต่ประการใด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

เพศหญิงมากกว่าชาย ร้อยละ 75.5 และ 24.5 ตามลำดับ อายุ 20-39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 45.5 รองลงมา อายุ 40-59 ปี ร้อยละ 54.3 อายุเฉลี่ย 44 ปี การศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 40.5 อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด ร้อยละ 32.5 สูบบุหรี่ ร้อยละ 8.0 ดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 19.5

2. ข้อมูลสุขภาพ

2.1 ข้อมูลสุขภาพ มีภาวะอ้วน และปกติเท่ากัน ร้อยละ 33.5 มีโรคประจำตัวคือ เบาหวาน มากที่สุด ร้อยละ 10.0 รองลงมา คือหัวใจและหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3.0 ส่วนใหญ่เคยฉีดวัคซีนโควิด-19 3 เข็ม ร้อยละ 48.5 ประวัติการตรวจพบเชื้อโควิด-19 เป็นการติดเชื้อครั้งที่ 1 มากที่สุด ร้อยละ 98.5 ส่วนระดับความรุนแรง

ของโรค โควิด-19 มีอาการเล็กน้อย ร้อยละ 67.5 รองลงมาคือ อาการปานกลาง ร้อยละ 10.5 ได้รับความรักษาคือฟ้าทะลายโจรมากที่สุด ร้อยละ 54.5

2.2 อาการที่เกิดขึ้นหลังหายจากอาการป่วยโควิด-19 ของผู้ป่วยกักตัวที่บ้าน พบว่า อาการที่เกิดขึ้นหลังหายป่วยโควิด-19 เรียงจากมากไปน้อย 10 อันดับคือ อ่อนเพลีย, ความจำสั้น/สมาธิสั้น, นอนไม่ค่อยหลับ, หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย, ผมร่วง/เส้นผมหลุด/ร่วง/ร่วง/ร่วง, ไอเรื้อรัง, เวียนศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และปวดข้อ/กระดูก ร้อยละ 27.5, 17.5, 16.0, 16.0, 13.5, 12.5, 11.5, 11.5, 11.0, 11.0

3. ความชุกการเกิดภาวะ Long COVID-19

พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะ Long COVID-19 ร้อยละ 26.5 แบ่งเป็น มีอาการต่อเนื่องนาน 2 เดือน (Long COVID-19) ร้อยละ 9.5 มีอาการต่อเนื่องนาน 3 เดือน (post acute covid) ร้อยละ 11.5 และมีอาการต่อเนื่องนานมากกว่า 3 เดือน (post covid syndrome) ร้อยละ 5.5 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีภาวะ Long COVID-19 แบ่งเป็น กลุ่มที่ไม่มีอาการ ร้อยละ 60.5 และมีอาการต่อเนื่องนาน 1 เดือน ร้อยละ 13.0 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ความชุกการเกิดภาวะ Long COVID-19 ของผู้ป่วยกักตัวที่บ้าน

ความชุกการเกิดภาวะ Long COVID-19	จำนวน (200คน)	ร้อยละ
No Long COVID-19	147	73.5
ไม่มีอาการ	121	60.5
มีอาการต่อเนื่องนาน 1 เดือน	26	13.0
Long COVID-19	53	26.5
มีอาการต่อเนื่องนาน 2 เดือน (Long COVID-19)	19	9.5
มีอาการต่อเนื่องนาน 3 เดือน (post acute covid)	23	11.5
มีอาการต่อเนื่องนานมากกว่า 3 เดือน (post covid syndrome)	11	5.5

4. การรับรู้ต่อการเกิดภาวะ Long Covid-19

4.1 ระดับการรับรู้ต่อการเกิดภาวะ Long Covid-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ต่อการเกิดภาวะ

Long Covid-19 ระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 56.5 รองลงมา มีการรับรู้ต่อการเกิดภาวะ Long Covid-19 ระดับสูง ร้อยละ 42.5

4.2 การรับรู้ต่อการเกิดภาวะ Long Covid-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับรู้ต่อการเกิดภาวะ Long Covid-19 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรครุนแรงที่สุด ค่าเฉลี่ย=2.79 รองลงมาคือการรับรู้ความรุนแรงของโรค ค่าเฉลี่ย=2.68 และการรับรู้โอกาสเสี่ยง ค่าเฉลี่ย=2.59 เมื่อวิเคราะห์รายข้อพบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ย การรับรู้ สูงมากที่สุดเรียง 3 ลำดับแรก คือ การกักตัวผู้ที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 เป็นการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ รองลงมาคือ โรคติดเชื้อโควิด-19 ทำให้เสียชีวิตได้หากมีอาการแทรกซ้อน ที่รุนแรงและเข้ารับการรักษาไม่ทันเวลา และผู้สูงอายุ, ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง, คนอ้วน มีโอกาสที่จะมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อ โควิด-19 มากกว่ากลุ่มอื่น และการสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าทุกครั้ง เมื่อต้องออกไปนอกบ้าน จะช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 ค่าเฉลี่ย = 2.90, 2.89, 2.88, 2.88 ตามลำดับ

5. พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะ Long Covid-19

5.1 ระดับพฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะ Long Covid-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรม

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 ของผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้าน

ปัจจัย	ไม่เกิดภาวะLong COVID-19	เกิดภาวะLong COVID-19	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
เพศ					
ชาย	39(79.6)	10(20.4)			
หญิง	108(71.5)	43(28.5)	1.553	.712-3.385	.266
อายุ(ปี)					
ต่ำกว่า60	119(73.9)	42(26.1)			
มากกว่าหรือเท่ากับ60	28(71.8)	11(28.2)	1.113	.570-2.431	.788
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าปริญญาตรี	76(76.8)	23(23.2)			
ตั้งแต่ปริญญาตรี	71(70.3)	30(29.7)	1.396	.742-2.627	.338

การป้องกันการเกิดภาวะ Long Covid-19 ระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 88.5 รองลงมา คือระดับปานกลาง ร้อยละ 11.5

5.2 พฤติกรรมการป้องกันการเกิดภาวะ Long Covid-19 รายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน และสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าเมื่อเข้าไปในแหล่งที่มีผู้คนจำนวนมาก รองลงมาคือ สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า ปิดบริเวณปากและจมูก เมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 2.97, 2.97 และ 2.92 ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ นำมือตนเองมาป้ายตา จมูก หรือปาก รองลงมาคือใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น จาน ช้อน แก้วน้ำ หมวกกันน็อค ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 1.90 และ 2.08 ตามลำดับ

6. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน ที่มีอาการรุนแรง อาการปานกลาง และอาการเล็กน้อย มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 มากกว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่มีอาการถึง 17, 6.375 และ 3.091 เท่า ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยอื่นๆ ไม่มีความสัมพันธ์กัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 ของผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้าน (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่เกิดภาวะLong COVID-19	เกิดภาวะLong COVID-19	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
สูบบุหรี่					
ไม่สูบบุหรี่	135(73.4)	49(26.6)			
สูบบุหรี่	12(75.0)	4(25.0)	0.918	.283-2.982	1.000
ดื่มแอลกอฮอล์					
ไม่ดื่ม	120(74.5)	41(25.5)			
ดื่ม	27(69.2)	12(30.8)	1.301	.604-2.801	0.546
ภาวะอ้วน(BMI)					
ต่ำกว่า25.00	75(71.4)	30(28.6)			
ตั้งแต่ 25.00	72(75.8)	23(24.2)	0.799	.424-1.503	0.524
โรคประจำตัว (กลุ่ม 608)					
ไม่มี	126(75.0)	42(25.0)			
มี	21(65.6)	11(34.4)	1.571	.700-3.528	0.280
ประวัติการได้รับวัคซีน					
ไม่ฉีด	4(80.0)	1(20.0)			
ฉีด1	5(71.4)	2(28.6)	1.60	.104-24.73	1.00
ฉีด2	30()	11()	1.467	.147-14.54	1.00
ฉีด3	77(79.4)	20(20.6)	1.039	.110-9.816	1.00
ฉีด4	31(62.0)	19(38.0)	2.452	.255-23.60	.643
ประวัติการป่วยโควิด-19					
เป็นครั้งที่1	144(73.1)	53(26.9)			
เป็นครั้งที่2	3(100.0)	0(0.0)	.731	.672-.791	.567
ความรุนแรงของโรค					
ไม่มีอาการ	34(89.5)	4(10.5)			
มีอาการเล็กน้อย	99(73.3)	36(26.7)	3.091	1.025-9.323	0.049*
มีอาการปานกลาง	12(57.1)	9(42.9)	6.375	1.654-24.571	0.007*
มีอาการรุนแรง	2(33.3)	4(66.7)	17.000	2.327-124.187	0.007*
การรักษา โควิด-19					
ฟ้าทะลายโจร	68(78.2)	19(21.8)			
ฟาวิพิราเวียร์	78(71.6)	31(28.4)	1.422	.737-2.744	0.325

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 ของผู้ป่วยที่แยกกักตัวที่บ้าน (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่เกิดภาวะLong COVID-19	เกิดภาวะLong COVID-19	Odds ratio (OR)	95% CI	P-value
การรับรู้ต่อการเกิดภาวะ Long Covid-19					
ระดับต่ำ-ปานกลาง	86(76.1)	27(23.9)			
ระดับดี	59(69.4)	26(30.6)	1.404	.746-2.642	0.332
พฤติกรรมกรรมการป้องกันการเกิดภาวะLong Covid-19					
ระดับต่ำ-ปานกลาง	19(82.6)	4(17.4)			
ระดับดี	128(72.3)	49(27.7)	1.818	.589-5.614	0.451

สรุปและอภิปรายผล

สรุปผล

การวิจัยเชิงสำรวจ (survey study) เพื่อศึกษาความชุกการเกิดภาวะ Long COVID -19 และศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะLong COVID-19 ผลการวิจัยพบความชุกการเกิดภาวะ Long COVID-19 ร้อยละ 26.5 โดยมีอาการต่อเนื่องนาน 2 เดือน, 3 เดือน และมากกว่า 3 เดือน ร้อยละ 9.5 ,11.5 และ 5.5 ตามลำดับ อาการที่เกิดขึ้นหลังหายป่วยโควิด-19 เรียงจากมากไปน้อย 10 อันดับ คือ อ่อนเพลีย ความจำสั้น/สมาธิสั้น นอนไม่ค่อยหลับ หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย ผม่ว่ง เคลื่อนไหวช้าลง/เชื่องช้า ไอเรื้อรัง เวียนศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และปวดข้อ/กระดูก ร้อยละ 27.5, 17.5, 16.0, 16.0, 13.5, 12.5, 11.5, 11.5, 11.0, 11.0 ตามลำดับ และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้ที่มีอาการรุนแรง อาการปานกลาง และอาการเล็กน้อย มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 มากกว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่มีอาการ ถึง 17, 6.375 และ 3.091 เท่า ตามลำดับ

อภิปรายผล

1. ความชุกการเกิดภาวะ Long COVID-19

พบร้อยละ 26.5 โดยมีอาการต่อเนื่องนาน 2 เดือน 3 เดือน และมากกว่า 3 เดือน ร้อยละ 9.5,11.5 และ 5.5

ตามลำดับ ส่วนกลุ่มที่ไม่มีภาวะLong COVID-19 แบ่งเป็นไม่มีอาการ ร้อยละ 60.5 และมีอาการต่อเนื่องนาน 1 เดือน ร้อยละ 13.0 สอดคล้องกับการศึกษาของ (กรมการแพทย์, 2564) เผยภาวะลองโควิดพบบ่อย 10 อันดับแรก ได้ติดตามอาการผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาในหน่วยงานสังกัดกรมการแพทย์ผ่านช่องทางสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยประเมินอาการตนเอง 17,893 ราย และติดตามอาการภายหลังการติดเชื้อโควิด-19 บุคลากรสังกัดกรมการแพทย์ 3,284 ราย โดยส่วนใหญ่ความรุนแรงของอาการจะอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง เมื่อติดตามไป 5 เดือนหลังการติดเชื้อ พบว่าประชาชน และบุคลากรสังกัดกรมการแพทย์ มีอาการลองโควิด ร้อยละ 33.6 และ 32.81 ตามลำดับ แต่แตกต่างจากการศึกษาของ Garout MA และคณะ ซาอูดิอาราเบีย (ธีระ วรธนรัตน์, 2564) ได้ศึกษาในคนที่เคยติดเชื้อโควิด-19 เดือน เม.ย.- ธ.ค. 2564 เป็นกลุ่มที่ติดเชื้อแล้วไม่มีอาการ ร้อยละ 11, อาการน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 67 และอาการรุนแรง ร้อยละ 22 ผลการศึกษาพบว่า คนที่เคยติดเชื้อมาก่อนนั้นประสบปัญหา Long COVID หรือ Post-COVID syndrome สูงถึง ร้อยละ 47.5 โดยครึ่งหนึ่งจะมีอาการผิดปกติตั้งแต่ 2 อย่างขึ้นไป และแตกต่างจากการศึกษาของ (เมธาวี หวังชาลาบวร, ศรีณย์ วีระเมธัชชัย, ธนภมณ ลีสร, 2565) ศึกษาความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อ

โควิด-19 ติดตามหลังการติดเชื้อ 3 เดือน พบความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 64.8 โดยกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย มีแนวโน้มที่จะไม่มาติดตามอาการตามนัดเมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการมาก ทำให้ได้ข้อมูลภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 จากกลุ่มการศึกษาที่ใกล้เคียงสัดส่วนของระดับความรุนแรงของโรครวมกัน ดังนั้นจึงทำให้เห็นความแตกต่างของการศึกษาที่แตกต่างกัน โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ป่วยโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้านอาการไม่รุนแรง อ้างอิงตามแนวทางการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หรืออยู่โรงพยาบาลเพียงระยะสั้นๆ แล้วไปพักฟื้นต่อบ้านหรือสถานที่รัฐจัดให้ (กรมการแพทย์, 2565) จึงทำให้พบความชุกการเกิดภาวะ Long COVID-19 น้อยกว่าการศึกษาอื่นๆ

อาการที่เกิดขึ้นหลังหายจากอาการป่วยโควิด-19 ของผู้ป่วยกักตัวที่บ้าน พบว่า อาการที่เกิดขึ้นหลังหายป่วยโควิด-19 เรียงจากมากไปน้อย 10 อันดับ คือ อ่อนเพลีย, ความจำสั้น/สมาธิสั้น, นอนไม่ค่อยหลับ, หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย, หมดแรง, เคลื่อนไหวช้าลง/เชื่องช้า, ไอเรื้อรัง, เวียนศีรษะ ปวดกล้ามเนื้อ และปวดข้อ/กระดูก ร้อยละ 27.5, 17.5, 16.0, 16.0, 13.5, 12.5, 11.5, 11.5, 11.0, 11.0 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษา ผลการสำรวจผลกระทบระยะยาวต่อสุขภาพของผู้ที่เคยป่วยเป็นโควิด-19 ของกรมการแพทย์ ผ่านทางเว็บไซต์ (กรมการแพทย์, 2565) พบว่า อาการของภาวะ Long COVID ที่พบได้บ่อย 10 อันดับแรก ได้แก่ อ่อนเพลีย หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย นอนไม่หลับ ไอ ปวดศีรษะ หมดแรง เวียนศีรษะ วิดกกังวล ความจำสั้น เจ็บหน้าอก ตามลำดับ โดยส่วนใหญ่ความรุนแรงของอาการจะอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้ที่มีอาการรุนแรง อาการปานกลาง และอาการเล็กน้อย มีผลต่อการเกิดภาวะ Long COVID-19 มากกว่าผู้ป่วยโควิด-19 ที่ไม่

มีอาการ ถึง 17, 6.375 และ 3.091 เท่า ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Leon et al. (กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ และ นพ.ไพ โสจิตศิริกุล, 2566) ซึ่งได้จัดทำ systematic review และ meta-analysis เพื่อประเมินผลกระทบระยะยาวของโรค โควิด 19 พบว่า อาการที่ยังคงมีอยู่หลังจากหายจากโควิด-19 นั้น มักจะพบในผู้ที่มีอาการโควิด-19 รุนแรง แต่ก็พบในผู้ที่อาการไม่รุนแรงได้ถึงประมาณหนึ่งในสี่ และอาการอยู่ได้นานเกิน 6 เดือน ประมาณหนึ่งในสามของอาการเหล่านี้ อาจเป็นเรื้อรังและสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ รวมถึงคุณภาพชีวิตในระยะยาวได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

- 1.เป็นข้อมูลสนับสนุนทางการแพทย์ในการจัดระบบการคัดกรอง วางแผน ป้องกัน ติดตาม และการฟื้นฟูผู้ป่วยโควิด-19 หลังรักษาหายแล้ว (Long COVID) ได้อย่างทันทั่วถึง เพื่อลดผลกระทบต่อระบบสุขภาพในระยะยาว
2. ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ให้บุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ และ อสม.ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่หายจากโควิด-19 ต้องสังเกตตัวเองอย่างละเอียด ประเมินร่างกายตนเองอยู่เสมอ และฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายอย่างถูกต้อง ผลจากงานวิจัยนี้ตอกย้ำให้เราต้องระมัดระวังป้องกันตัวเองต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพราะไม่ติดเชื้อย่อมดีที่สุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1.ควรมีการศึกษาติดตามภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-19 ในระยะยาวต่อเนื่อง เช่น 6, 12, 24 เดือน เป็นต้น เพื่อติดตามความเปลี่ยนแปลงและผลกระทบต่อสุขภาพ
- 2.ควรมีการศึกษา Long COVID ในกลุ่มอื่น ๆ เช่น กลุ่มที่มีความรุนแรงของโรคแตกต่างกัน กลุ่มวัยเด็กหญิงตั้งครรภ์ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ
- 3.Long COVID เป็นเรื่องสำคัญ จริงจัง ส่งผลต่อคนจำนวนมาก จึงมีความจำเป็นที่ทุกฝ่ายต้องมีการ

วางแผนรับมือ ทั้งในแง่บุคลากรทางการแพทย์ ทรัพยากร
ในระบบสาธารณสุข รวมถึงการให้ความรู้ที่ถูกต้อง
ทันสมัย แก่ประชาชน เพื่อให้เกิดความตระหนักในการ
ป้องกันตัวไม่ให้ติดเชื้อ

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์(2565).แนวปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยโค
วิด-19 หลังรักษาหาย (Post COVID syndrome)
หรือภาวะ Long COVID สำหรับแพทย์และ
บุคลากรสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ
24 เม.ย.2565]. เข้าถึงได้จาก
[https://covid19.dms.go.th/Content/
Select_Landding_page?contentId=157](https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=157).

กรมการแพทย์(2565). แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากร
ทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการ
จัดบริการผู้ป่วยโควิด 19 แบบ HOME
ISOLATION ฉบับปรับปรุง วันที่ 4 มกราคม พ.ศ.
2565. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 26
พ.ค.2565]. เข้าถึงได้จาก
[https://covid19.dms.go.th/Content/
Select_Landding_page?contentId=15](https://covid19.dms.go.th/Content/Select_Landding_page?contentId=15)

กรมการแพทย์(2565). แบบประเมินภาวะ Long COVID
ในผู้ที่เคยป่วยเป็นโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2565.
[เข้าถึงเมื่อ 30 เม.ย.2565]. เข้าถึงได้จาก
[https://longcovidcheckin.dms.go.th
/longcovid/qestn.php](https://longcovidcheckin.dms.go.th/longcovid/qestn.php).

กรมการแพทย์(2565). กรมการแพทย์ เผยภาวะลองโควิด
พบบ่อย 10 อันดับแรก ส่วนมีผลต่อสมองหรือไม่
ยังไม่ชัด.[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 10 มิ.ย.
2565]. เข้าถึงได้จาก [https://www.hfocus.org
/content/2022/08/25686](https://www.hfocus.org/content/2022/08/25686)

กระทรวงสาธารณสุข(2565). คู่มือฉบับประชาชนกรณี
รักษาแบบผู้ป่วยนอกและแยกกักกันตนเอง.
[อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 17 เม.ย.2565]. เข้าถึง

ได้จาก [https://covid19.dms.go.th
/backend/Content/Content_File
/Covid_Health/Attach/25650405
141947PM_Outpatient%20with%
20Self%20isolatio%20final%200
50422.pdf](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650405141947PM_Outpatient%20with%20Self%20isolatio%20final%20050422.pdf) .

กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค.(2564).รวมแนวทาง
การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโค
โรนา 2019 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และ
สาธารณสุข. นนทบุรี: กอง; 2564.

กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ และ นพโท โศจศิริกุล(2566).
Long covid สำคัญไฉน. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึง
เมื่อ21พ.ค.2566]. เข้าถึงได้จาก
[https://cimjournal.com/
confer-update/long-covid-why-important/
ธีระ วรธนารัตน์ .กรมสุขภาพจิต\(2565\). รู้จักภาวะ long
covid อาการเรื้อรังในผู้ติดเชื้อโควิดที่รักษาหาย
แล้ว.\[อินเทอร์เน็ต\]. \[เข้าถึงเมื่อ 26 พ.ค.2565\].
เข้าถึงได้จาก \[https://www.dmh.go.th/news
-dmh/view.asp?id=31063\]\(https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=31063\).](https://cimjournal.com/confer-update/long-covid-why-important/)

บัญชา เกิดมณี, สุรชัย ธรรมทวีธิกุล, ญาณพินิจ วชิรสุรงค์,
บดินทร์ชาติ สุขบท, และสมบัติ ทิฆมทรัพย์.
(2563).แนวคิดและทิศทางการแก้ปัญหาโควิด-19.
วารสารก้าวหน้าทันตวิทยาศาสตร์,กรุงเทพฯ 2563;
20(1), 1-12.

พนัชญา ชันติจิตร, ไวยพร พรหมวงศ์, ชนุกร แก้วมณี,
อภิรดี เจริญบุญกุล(2564).แบบแผนความเชื่อด้าน
สุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019
(COVID-19) ของประชาชน ในจังหวัด
อุบลราชธานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์
อุบลราชธานี; 5 (2) 39-53.

เมธาวิ หวังขาลาบวร, ศรีณีย์ วีระเมธชัย, ธนภมณ ลีสร
(2565). ความชุกของภาวะหลังการติดเชื้อโควิด-
19 ในผู้ป่วยที่มีประวัติติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019

จากการติดตามที่ระยะ 3 เดือนหลังการติดเชื้อ.

วารสารศุนย์อนามัยที่ 9; 16(1) 265-284.12.

โรงพยาบาลวิชัยเวช อินเตอร์เนชั่นแนล หนองแขม

(2565). รู้จักล่องโควิด “Long COVID” อาการ

หลงเหลือหลังติดเชื้อโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต].

[เข้าถึงเมื่อ 16 เม.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก

<https://vichaivej-nongkhaem.com>

/health-info/รู้จักล่องโควิด/.

สมศักดิ์ อรรถศิลป์ และคณะ (2565). การจัดการบริการ

HOME ISOLATION กรมการแพทย์ กระทรวง

สาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ

17 เม.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก [https://covid19.](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/)

[dms.go.th/backend/Content/](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/)

[Content_File/Covid_Health/Attach/.](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/)

Best, J.W. (1970). Research in education.

Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice-

Hall.

Ngamjarus C., Chongsuivatwong V. (2014).

n4Studies: Sample size and power

calculations for iOS. The Royal Golden

Jubilee Ph.D. Program - The Thailand

Research Fund & Prince of Songkla

University.

Wayne W., D. (1995). Biostatistics: A foundation

of analysis in the health sciences (6th ed.).

John Wiley & Sons, Inc., 180

การพัฒนาความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

วิสิฐศักดิ์ พิริยานนท์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ เพื่อศึกษาและพัฒนาความรู้และความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และเพื่อเปรียบเทียบรู้และความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลก่อนใช้โปรแกรมและหลังใช้โปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอขุนหาญ จำนวน 150 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เมษายน – พฤษภาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมพัฒนาความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหา (Content Validity) และแบบสอบถามการวิจัยเรื่องความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแล มีทั้งหมด 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบวัดการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ส่วนที่ 3 แบบวัดการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ส่วนที่ 4 แบบวัดการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ ส่วนที่ 5 แบบวัดการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ และส่วนที่ 6 ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทดสอบความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลโดยรวม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 90.00) โดยมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 34.62 (S.D. = 5.12 และมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.3) โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 13.22 (S.D. = 1.51) หลังใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ผู้ดูแลมีความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และหลังใช้โปรแกรมผู้ดูแลมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ ผู้สูงอายุ, ภาวะพึ่งพิง, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, การดูแลผู้สูงอายุ

¹ สาธารณสุขอำเภอขุนหาญ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ Email: piriyanon@hptmail.com

Development of Knowledge in Health Care for the Dependent Elderly of Caregivers Khunhan District, Sisaket Province

Wisitsak Piriyanon¹

Abstract

This research is an action study. intended to study and develop knowledge and knowledge in elderly health care of elderly caregivers. and to compare the knowledge and knowledge in caring for the dependent elderly caregivers before using the program and after using the program The sample consisted of 150 caregivers of dependent elderly caregivers in Khun Han District, selected by purposive sampling. Data were collected between April and May 2023. The research tools were Knowledge development and health literacy program in caring for the elderly The experts examined the appropriateness of the content (Content Validity) and the research questionnaire on caregiver health care literacy. There were a total of 6 parts, namely, part 1 General Information, part 2 health information access measurement form, and Part 3 Form. Health data comprehension measure, part 4, health information analysis measure, part 5, health information application measure, and part 6, health care knowledge for the dependent elderly. The confidence test was performed using Cronbach's alpha coefficient formula, equal to 0.87. Data were analyzed by descriptive statistics. by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and by comparing the means before and after the operation with Paired t-test statistics.

The findings were as follows: Overall health care knowledge of dependent elderly caregivers found that most caregivers had overall health knowledge at a high level (90.00%). The average health literacy was 34.62 (S.D. = 5.12) and the knowledge of health care of the dependent elderly was at a moderate level (93.3%) with a mean score of 13.22 (S.D. = 1.51). After using the health literacy development program in caring for the elderly caregivers The caregivers had more knowledge in caring for the dependent elderly than before using the program at statistical significance at the .05 level and after using the program, caregivers knew about caring for the dependent elderly. then before using the program was statistically significant at the .05 level.

Keywords: elderly, dependence, health literacy, elderly care

^{1*} Khunhan Public Health Executive, Khunhan District Public Health Office, Sisaket province

Email: piriyanon@hptmail.com

บทนำ

ในปัจจุบันโลกกำลังเผชิญกับการเพิ่มสูงอายุประชากรอย่างต่อเนื่อง โดยจากสถิติปี 2563 พบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกมากถึง 703 ล้านคน หรือคิดเป็น 9.1% ของประชากรโลก (United Nations, 2021) โดยประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ในปี 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดประมาณ 14 ล้านคน หรือคิดเป็น 20.3% ของประชากรทั้งหมด (Department of Older Persons, 2021) สถานการณ์ของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นปัญหาสำคัญ ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3.8% และคาดว่าในปี พ.ศ.2580 สัดส่วนจะเพิ่มขึ้นเป็น 6.7% ของประชากร (Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute, 2016) จากสถานการณ์ดังกล่าวประเทศไทยได้จัดระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เน้นการให้บริการดูแลผู้สูงอายุและคนพิการในชุมชน โดยมีพยาบาลประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่ เป็นผู้จัดการการดูแล (Care manager) รับผิดชอบในการจัดทำแผนการดูแล ประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ และอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ทำหน้าที่ ให้การดูแลตามแผนการดูแล (จิตต์พันธ์กุล สุรชาติ, 2552) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตร ไม่สามารถดูแลตัวเองได้หรือต้องขอความช่วยเหลือจากคนอื่นในการดำรงชีวิตประจำวัน จึงจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะและศักยภาพในด้านต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ในด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ได้(ปาริชาติ รัตนราช, 2563) ปัจจุบันความรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว

อาจไม่เพียงพอ แต่ต้องทราบถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยความรู้ด้านสุขภาพ หรือ Health literacy เป็นความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ตัดสินใจ ประเมินการปฏิบัติ จัดการตนเองและนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดี (WHO, 2017) องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีการพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง Sorensen (Sorensen, 2012) ได้เสนอแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การประเมิน และการปฏิบัติ สำหรับประเทศไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้นิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การสอบถาม การประเมิน การตัดสินใจ การปรับใช้ และการส่งต่อความรู้ (วัชรพร เขยสุวรรณ, 2560) จะเห็นได้ว่าความรู้ทางสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีผลงานวิจัยพบว่าความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีผลต่อคุณภาพการดูแล หากมีความรอบรู้สูง จะทำให้การดูแลดี เช่น การจัดการกับอาการของผู้สูงอายุได้ดี และการรับรู้ความต้องการของผู้สูงอายุได้ดี แต่หากมีความรอบรู้ต่ำจะทำให้การดูแลไม่ดี เช่น ความเครียด ความสับสน และความอ่อนเพลีย ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้น การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้น (Deeken F, Rezo A, Hinz M, Discher R, & Rapp MA, 2019)

จากการสำรวจข้อมูลในเขตพื้นที่อำเภอขุนหาญ พบว่า ปี 2566 มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 743 ราย และส่วนมากเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคข้อเข่าเสื่อม โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (HDC, 2566) อำเภอขุนหาญมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วยหลาย

หน่วยงานที่มีบทบาทแตกต่างกัน ได้แก่ รพ.สต. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และจัดทำแผนการดูแล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีบทบาทในการจัดตั้งศูนย์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการจัดสรรงบประมาณ โรงพยาบาลชุมชนหาญมีหน้าที่ให้การวินิจฉัยและรักษาผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและภาวะแทรกซ้อน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหาญมีหน้าที่ให้ขับเคลื่อนติดตามผลการดำเนินงาน จะเห็นได้ว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอำเภอหาญค่อนข้างมีการจัดการอย่างเป็นระบบ จากการจัดกิจกรรม ชุมหาญปันปันรักได้ใจได้บุญต่อเนื่อง เป็นปีที่ 6 พบว่ามีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ได้เข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทุกหมู่บ้าน โดยผู้ดูแลมีความรู้และสามารถให้การดูแลได้อย่างถูกต้อง แต่เป็นการให้การดูแลตามปัญหาของผู้สูงอายุเท่านั้น ยังขาดการดูแลอย่างเป็นองค์รวมและขาดความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาและพัฒนาความรู้และความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล โดยประยุกต์ใช้ ทฤษฎี ความรอบรู้ ด้านสุขภาพของ Sorensen โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาจะเป็นทำให้ทราบถึงระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล

ผู้สูงอายุ และส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรอบรู้ ความรู้ และศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

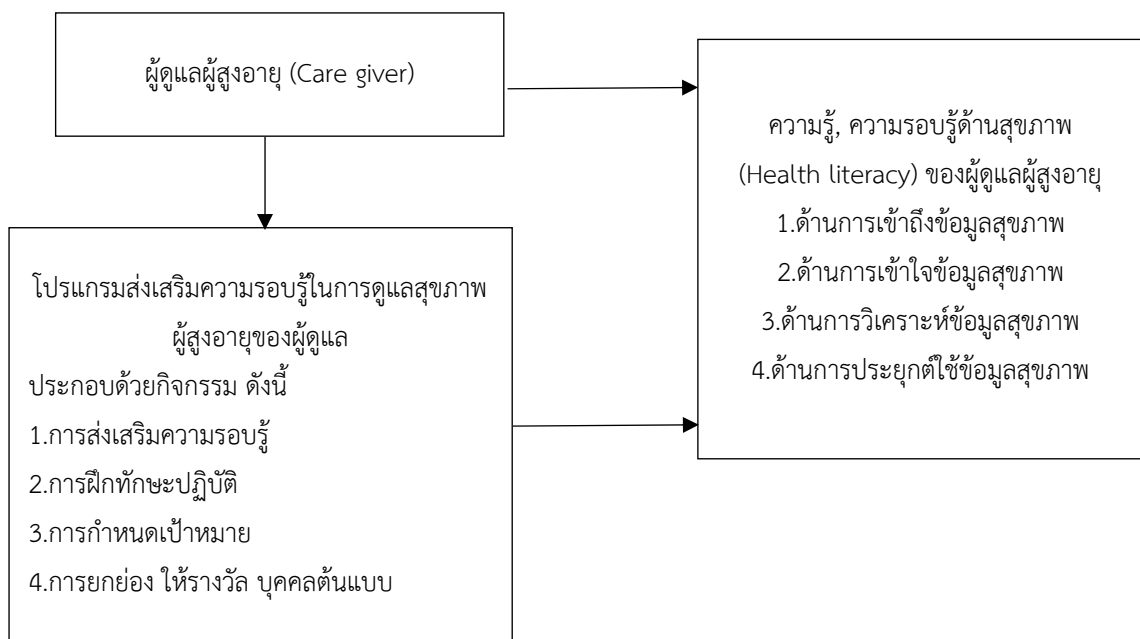
เพื่อศึกษาและพัฒนาความรู้และความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ เพื่อเปรียบเทียบรู้และความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลก่อนใช้โปรแกรมและหลังใช้โปรแกรม

สมมุติฐานการวิจัย

1. ความรู้และความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลอยู่ในระดับมาก
2. โปรแกรมพัฒนาความรู้และความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเพิ่มระดับความรู้และความรอบรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ประกอบด้วย กิจกรรม ดังนี้ 1.การส่งเสริมความรู้ 2.การฝึกทักษะปฏิบัติ 3.การกำหนดเป้าหมาย 4.การยกย่อง ให้รางวัล บุคคลต้นแบบ



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ การศึกษาและพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ และเปรียบเทียบความรู้และความรอบรู้หลังใช้ โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care giver) ในเขตอำเภอขุนหาญ จำนวน 156 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิงในเขตพื้นที่อำเภอขุนหาญ จำนวน 150 คน เลือก กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมพัฒนา ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแล และ แบบสอบถามการวิจัยเรื่องความรู้ในการดูแล สุขภาพของผู้ดูแล มีทั้งหมด 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ส่วนที่ 3 การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ส่วนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูล สุขภาพ ส่วนที่ 5 การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ส่วนที่ 6 ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมพัฒนาความรู้และความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ ผ่านการตรวจสอบความ เหมาะสมของเนื้อหา (Content Validity) โดย ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน และแบบสอบถามการวิจัยเรื่อง ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของผู้ดูแล ทดสอบค่าความเชื่อมั่นโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลในพื้นที่อำเภอขุนหาญ จังหวัด ศรีสะเกษ ระหว่างเดือนเมษายน-พฤษภาคม 2566

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน และสถิติอนุมาน Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ ให้การรับรองผ่านการพิจารณา เห็นชอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารเลขที่ SPPH 2023-037

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.0) มีช่วงอายุ ระหว่าง 40 – 49 ปี (ร้อยละ 49.31) มากที่สุด รองลงมาได้แก่ ช่วงอายุระหว่าง 50 - 59 มีอายุเฉลี่ย 46.63 ปี (SD = 8.06) ด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่ม ตัวอย่างมีสถานภาพคู่มากที่สุด (ร้อยละ 82.0) ระดับ การศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับ การศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 67.3) รองลงมาได้แก่ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 25.3) การประกอบอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 74.7) รายได้ ของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยต่อเดือน 5,360 บาท กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 57.3) รองลงมามีรายได้ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 38.7) มีภูมิลำเนาอยู่ใน เขตพื้นที่อำเภอขุนหาญทั้งหมด (ร้อยละ 100) กลุ่ม ตัวอย่างส่วนใหญ่มีการได้รับข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 96.7) โดยพบว่าได้รับข่าวสารจากอินเทอร์เน็ตมากที่สุด (ร้อยละ 86.7) รองลงมาคือ ได้รับข่าวสารจากโทรทัศน์ (ร้อยละ 56.0) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 85.3) โดยพบว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 56.0)

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลโดยรวม พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 90.00) โดยมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ เท่ากับ 34.62 (S.D. = 5.12) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในระดับมาก (ร้อยละ 81.30) โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.95 (S.D. = 1.44) ความรอบรู้ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 82.00) โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.95

(S.D.= 1.55) ความรอบรู้ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในระดับมาก (ร้อยละ 79.00) โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.29 (S.D. = 1.97) ความรอบรู้ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพในระดับมาก (ร้อยละ 79.00) มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 8.16 (S.D. = 1.85) และมีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 93.3) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.22 (S.D. = 1.51) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล จำนวนรายด้านตามระดับความรอบรู้ (n=150)

ความรู้ด้านสุขภาพ	มาก		ปานกลาง		น้อย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึง	112	81.3	26	17.3	2	1.3
การเข้าใจ	123	82.0	26	17.3	1	0.7
การวิเคราะห์	117	79.0	32	20.3	1	0.7
การประยุกต์ใช้	117	79.0	33	21.0		
ความรอบรู้โดยรวม	134	89.3	16	10.7		
ความรู้การดูแลผู้สูงอายุ	10	6.7	140	93.3		

ส่วนที่ 3 ความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลก่อนและหลังใช้ โปรแกรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในระดับมาก (M = 34.62, SD = 5.12) หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่

มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลในระดับมาก (M = 38.81, SD = 2.74) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบ ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล หลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05(p-value < .001) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=150)

โปรแกรม	คะแนน		t	df	P-value
	M	SD			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	34.62	5.12	10.578	149	.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	38.81	2.74			

ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในระดับปานกลาง (M = 13.22 SD = 1.511) หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลในระดับมาก (M = 18.31, SD = 1.545) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของ

คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุพบว่า ค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value < .001) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม (n=150)

โปรแกรม	คะแนน		t	df	P-value
	M	SD			
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	13.22	1.511	-28.81	149	.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	18.31	1.545			

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เริ่มด้วยการเก็บข้อมูลความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง วิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวและนำมาออกแบบกิจกรรมที่หลากหลายสอดคล้องกับบริบทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มุ่งพัฒนาทักษะตามทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น กล่าวคือมีทักษะในเรื่องการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพเพิ่มขึ้น

อภิปรายผล

1. ผลของการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ในพื้นที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลโดยรวม พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ (ร้อยละ 89.3) รองลงมา ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลโดยรวมอยู่ในปานกลาง (ร้อยละ 10.7)

2. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ในพื้นที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษาพบว่า

ความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < .001) เนื่องจากโปรแกรมที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ได้พัฒนามาจากแนวคิดของ Sorensen (Sorensen, 2012) โดยโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ใช้ในการวิจัย ได้ออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมและหลากหลายในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ผู้ดูแลได้รับการฝึกทักษะที่ตรงประเด็นทำให้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้น ซึ่งผลของการศึกษายังสัมพันธ์กับงานวิจัยของ เอื้อจิต สุขพูล, ชลดา กิ่งมาลา, ภาวิณี แพงสุข, ธวัชชัย ยืนยาว และ วัชรวิรงค์ หวังมัน ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน (2562) โดยจัดกิจกรรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง การปฏิบัติตัวตามหลัก 3อ2ส โดยการบรรยาย การสาธิตย้อนกลับ การฝึกปฏิบัติ การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว กิจกรรมรณรงค์ในพื้นที่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการเยี่ยมบ้านเสริมพลัง พบว่า หลังทดลองกลุ่มทดลอง มีความรู้ด้านสุขภาพมากกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล ในพื้นที่อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ผลการศึกษา พบว่าความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p -value < .001) เนื่องจากโปรแกรมพัฒนาความรู้ ได้มีการแทรกความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะอยู่ในกิจกรรมการพัฒนาทักษะด้านความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะด้านการวิเคราะห์

ข้อมูลสุขภาพ และทักษะด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับ โรคเรื้อรัง ภาวะสมองเสื่อม ข้อเข่าเสื่อม อุบัติเหตุหกล้ม การนอนหลับพักผ่อน การจัดการอารมณ์ การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกาย เป็นต้น เพื่อเป็นการเสริมสร้างองค์ความรู้ให้แก่กลุ่มตัวอย่าง เป็นพื้นฐานให้สามารถต่อยอดนำความรู้เหล่านั้นไปใช้ในการพัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ ได้ จึงทำให้หลังใช้โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้มากกว่าก่อนใช้โปรแกรม ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของพิเชษฐ์ หอสุติสิมา (2562) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยง ที่ตั้งอยู่ในตำบลระเซ่หิน อำเภอศรีนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และภายหลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรสาธารณสุขควรนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่
2. บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับระดับความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือใช้ในการศึกษาวิจัยเพื่อต่อยอดองค์ความรู้ต่อไปได้
3. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรดำเนินการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่มีการมีส่วนร่วม โดยให้ภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพมีส่วนร่วมในการทำวิจัย ควรเพิ่มระยะเวลาการติดตามผลเพื่อประเมินความยั่งยืนของโปรแกรม
4. ในการวิจัยครั้งต่อไปควรพัฒนาเครื่องมือในการเก็บข้อมูลใหม่ เพิ่มคำถามให้ครอบคลุม มีความ

เฉพาะเจาะจงกับประเด็นที่ต้องการศึกษาและปรับ
คำถามให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ชี้แนะ สำนักงาน
สาธารณสุขศรีสะเกษ บุคลากรจากสำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอขุนหาญและผู้ช่วยวิจัยที่ร่วมมือใน
การทำวิจัยนี้ ขอขอบคุณบุคลากรทั้งหมดที่ทำให้กำลังใจ
และสนับสนุนการทำวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- ปาริชาติ รัตนราช, กชพงศ์ สารการ และไพรวลัย
โคตรตะ. (2563) ศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุที่
สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมท้องถิ่นอีสาน.
วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 21(1),147-156
ฐานข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพจังหวัด ศรีสะเกษ.
(2566). สืบค้นจาก[https://ssk.hdc.moph
.go.th/hdc/](https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/)
- วัชรภาพร เขยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ
: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการ
พยาบาล. วารสารแพทยนาวิ, 44(3), 182-197.
- Deeken F, Rezo A, Hinz M, Discher R, & Rapp
MA. (2019). Evaluation of technology-
based interventions for informal
caregivers of patients with dementia-a
meta-analysis of randomized controlled
trials. The American Journal of Geriatric
Psychiatry : Official Journal of the
American Association for Geriatric
Psychiatry, 27(4), 426-445.
- Department of Older Persons. (2021). สถิติ
ผู้สูงอายุ [Statistics on older persons].
Retrieved from
<https://www.dop.go.th/th/statistics>

- Foundation of Thai Gerontology Research and
Development institute. (2016). This
report, situation of the Thai elderly.
Bangkok: Author. Retrieved from
<https://thaitgri.org/?p=38427> (in Thai)
- Sorensen, Kristine, et al. (2012). Health literacy
and public health: A systematic review
and integration of definitions and
models. BMC Public Health, 12(1), 80.
- United Nations. (2021). World population
prospects 2019: Highlights. Retrieved
from [https://population.un.org/wpp/
Publications/Files/WPP2019_10Key
Findings.pdf](https://population.un.org/wpp/Publications/Files/WPP2019_10KeyFindings.pdf)
- World Health Organization. (2017). World report
on ageing and health. World Health
Organization

รูปแบบการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพด้านวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ

กำพล เข็มทอง¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการคุณภาพงานวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ สุ่มตัวอย่างแบบไม่เจาะจง จำนวน 325 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลความพึงพอใจรูปแบบการบริหารจัดการคุณภาพงานวิชาการรูปแบบโซน ระหว่าง พฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2566 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 อายุน้อยกว่า 30 ปีลงมา ร้อยละ 35.7 สถานภาพสมรสสมรสแล้ว ร้อยละ 57.1 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 75.9 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 1-5 ปี ร้อยละ 17.9 ปฏิบัติในระดับตำแหน่ง เป็นผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 61.6 ปฏิบัติงานในตำแหน่ง แพทย์ ร้อยละ 16.1 และนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 16.1 ระดับรายได้ต่อเดือน 20,000-29,999 บาท ร้อยละ 21.4 สถานที่ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 75.0 สถานที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 36.6 ส่วนใหญ่ยังไม่เคยศึกษาการทำผลงานการวิจัย ร้อยละ 59.8 ไม่เคยอบรมหลักสูตรการทำผลงานการวิจัย ร้อยละ 53.6 ไม่เคยมีประสบการณ์การทำผลงานการวิจัย ร้อยละ 62.5 สำหรับผู้ที่เคยมีประสบการณ์การทำผลงานการวิจัย ผลงานวิชาการที่เคยทำ เป็นประเภทวิจัย ร้อยละ 52.4 เคยเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการ ทุกคน ร้อยละ 100 ที่เข้าร่วมกิจกรรมวิชาการ เป็นการนำเสนอผลงาน ร้อยละ 60.7 มีประสบการณ์การนำเสนอผลงานวิชาการในระดับกระทรวง ร้อยละ 33.8 วัตถุประสงค์การทำวิจัย/ผลงานวิชาการ เพื่อประกอบการเลื่อนระดับตำแหน่ง ร้อยละ 61.8 ปัจจัยที่ตัดสินใจเข้าร่วมการประชุมวิชาการจากความน่าสนใจของเรื่องการจัดประชุมวิชาการ ร้อยละ 52.4 มีความพึงพอใจระดับสูงในทุกข้อคำถาม โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ย ต่ำสุด 3.54 และมากที่สุด 4.52 สรุปการศึกษาพบว่า ได้รูปแบบใหม่ 6 ความเป็นเลิศโซนพื้นที่ คือ Six Smart Sisaket ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัย/วิชาการของบุคลากรการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กรส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและทักษะบุคลากร

คำสำคัญ บริหารจัดการ, คุณภาพ, วิชาการ, บุคลากรสาธารณสุข

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ E-mail : baokamk@gmail.com โทร. 0872447428

Management Model for Academic Quality Development of Public Health Personnel in Sisaket Province

Kampol Khemthong¹

Abstract

This study aims to develop a model for managing the quality of the academic work of health workers in Sisaket province. The sample group was health workers under the Provincial Public Health Office. Sisaket and Sisaket Provincial Administration Organization conducted a non-specific sample of 325 people, collecting data using online questionnaire research tools. Personal Data Satisfaction with the Quality Management Model of Academic Work Zone Between May and June 2023, statistics used in data analysis include frequency, percentage, average, standard deviation, and content analysis.

The study found that 75.0% of women were younger than 30 years of age. 35.7% were married. 57.1% had a bachelor's degree (75.9%), 17.9% worked for 1-5 years, 61.6% worked as a doctor, 16.1% as a public health scholar, and 16.1% as a public health academic. Monthly income level: 20,000-29,999 baht 21.4% Place of work under the Public Health Office, Sisaket Province 75.0% of work sites are in community hospitals. Most, 36.6 percent, have never studied their research. 59.8% have never completed a research course. 53.6% had no research experience. 62.5% for those who have experience in research 52.4% of academic works were in the research category, with 52.4% having participated in academic activities. 100% of those who participated in academic activities gave presentations. 60.7% have experience presenting academic work at the ministry level. 33.8% Objectives of research and academic work to support promotion 61.8% of the factors decided to attend the conference due to the attractiveness of the subject of the conference. 52.4% had a high level of satisfaction with all questions, with average scores as low as 3.54 and as high as 4.52. Organizing learning exchange activities in the organization affects the development of research quality and personnel skills.

Keywords : Management, Quality, Academics, Health Workers

¹Public Health Technician, Professional, Sisaket Provincial of Public Health Office, E-mail: baokamk@gmail.com

บทนำ

ทั่วโลกได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาประเทศโดยอาศัยดัชนีชี้วัดความสามารถในการวิจัยและพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี โดยมีหลายประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา สหราชอาณาจักร สิงคโปร์ เนเธอร์แลนด์ และแคนาดาให้ความสำคัญกับคำมั่นสัญญาของศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพวิชาการ (AHSCs) เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพในประเทศและทั่วโลก ในขณะเดียวกันก็สนับสนุนการพัฒนาเศรษฐกิจควบคู่ไปพร้อมๆกัน (Victor J Dzau และคณะ, 2010) ซึ่งเมื่อสี่ปีที่ผ่านมาทั่วโลกเกิดการแพร่ระบาดของสถานการณ์โรคโควิด-19 ยิ่งทำให้การตอบสนองอย่างรวดเร็วต่อโควิด-19 และข้อมูลด้านสุขภาพยังสนับสนุนให้มีการจัดการการแพร่ระบาดของโรคด้วยระบบวิชาการด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น (J Jeffery Reeves และคณะ, 2020) การวิจัยจึงถือเป็นกิจกรรมพัฒนาปัญญาเพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่ทุกคนเพื่อนำไปปรับปรุงและพัฒนาวิธีการดำรงชีวิตทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมืองและวัฒนธรรมให้ดีขึ้น ปรับตัวเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของธรรมชาติและอารยธรรมของโลกที่เปลี่ยนไป (บุญเจิด โสภณ, 2554)

จังหวัดศรีสะเกษ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษมีรูปแบบการพัฒนาด้านวิชาการให้แก่บุคลากรสาธารณสุขมานาน ทั้งข้าราชการ ลูกจ้างและบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องในทุกๆระดับ โดยสนองนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

เริ่มมาตั้งแต่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบาย ทศวรรษการพัฒนาสถานีอนามัย ในปี 2535 ที่ส่งเสริม กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานต่างๆ ทุกระดับได้เริ่มรวบรวมข้อมูลและจัดทำผลงานทางด้านวิชาการโดยเริ่มจากอย่างง่าย ก่อน ส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเข้าร่วมการประชุมวิชาการ การนำเสนอผลงานวิชาการในเวทีวิชาการในระดับต่าง ๆ ทั้งภายในหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน การประชุมวิชาการระดับอำเภอ การประชุมวิชาการสาธารณสุขระดับจังหวัด และส่งเสริมสนับสนุนให้มีการยกระดับการนำเสนอผลงานในเวทีวิชาการภายนอก ได้แก่ การประชุมวิชาการของศูนย์วิชาการต่าง ๆ การประชุมวิชาการในระดับเขต การประชุมวิชาการประจำปีของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผลงานวิชาการเป็นเสมือนเครื่องมือหนึ่ง ในการปรับปรุงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานในหน้าที่ ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคล ยกกระดับให้สูงขึ้น และความต้องการปรับปรุงแก้ปัญหาจากการปฏิบัติงาน อันจะเป็นการรายงานและวัดผลความก้าวหน้าในหน้าที่ความรับผิดชอบการปฏิบัติงานของตนเอง บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษจะได้รับการพัฒนาด้านการวิจัยโดยการอบรมให้ความรู้ด้านการวิจัย ทั้งการจัดโดยหน่วยงานต้นสังกัดและการจัดโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ผลความสำเร็จจะวัดประเมินจากการเข้ารับการอบรม จากจำนวน

ผลงานวิชาการ การขับเคลื่อนงานวิชาการโดย
เครือข่ายบริการสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.)
และการแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนวิชาการ
ระดับจังหวัด การขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพ
วิชาการของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
โดยการส่งผลงานเข้าร่วมประกวดผลงานวิชาการ
แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับจังหวัด ส่งโดยอิสระ
ระดับเขตสุขภาพที่ 10 ส่งโดยผ่านการคัดเลือก
จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ
ตามโควตาที่เขตสุขภาพที่ 10 กำหนด และ
ระดับกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดไม่มีเงื่อนไขใน
การส่ง สามารถส่งได้เองโดยไม่ผ่านการพิจารณา
จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โดยใน
ระดับจังหวัด การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดย
การจัดประชุมวิชาการสาธารณสุขประจำปี ให้
ลงทะเบียนเข้าร่วมประชุมทางเว็บไซต์ของ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งผลงาน
วิชาการที่ส่งตั้งแต่ปี 2554 – 2565 รวม
ทั้งสิ้น 4,530 ผลงาน โดยในปี 2554 จำนวน 525
ผลงาน ปี 2555 จำนวน 465 ผลงาน ปี 2566
จำนวน 540 ผลงาน ปี 2557 จำนวน 391 ผลงาน
ปี 2558 จำนวน 422 ผลงาน ปี 2559 จำนวน
293 ผลงาน ปี 2560 จำนวน 493 ผลงาน ปี
2561 จำนวน 315 ผลงาน ปี 2562 จำนวน 360
ผลงาน ปี 2563 จำนวน 548 ผลงาน แต่ในปี
2564 มีสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-
19 จึงมีผู้ส่งผลงานวิชาการน้อยเพียง 169 ผลงาน
และในปี 2565 ยังอยู่ในระยะสถานการณ์การแพร่

ระบาดของโควิด-19 จึงมีผู้ส่งผลงานวิชาการใน
ระบบเพียง 9 ผลงาน ทั้งนี้สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ ได้กำหนดตัวชี้วัดประเมินผลทั้ง
สัดส่วนปริมาณผลงานวิชาการต่อจำนวนบุคลากร
ของหน่วยงาน การนิเทศงานการพัฒนาวิชาการ
ของหน่วยงาน และการเสริมพลังการพัฒนาวิชาการ
กระบวนการที่หัวหน้ากลุ่มงานหรือการบังคับ
บัญชา เอื้อและสนับสนุน ความเป็นกันเองทำ
ให้มีความยินดีและร่วมปฏิบัติงานงานวิจัย(นพคุณ
กสานติกุล และคณะ, 2554) ผลงานวิชาการที่
ได้รับการคัดเลือกให้เป็นผลงานวิชาการดีเด่น
ประจำปี ทั้งในเวทีวิชาการระดับจังหวัด ระดับเขต
และระดับกระทรวงสาธารณสุข จากการ
ดำเนินงานที่ผ่านมาแม้ในภาพของความสำเร็จจาก
การมีผลงานวิชาการ จำนวนเข้าร่วมประชุมและ
การได้รับรางวัล แต่ยังคงพบว่ามีความรู้และทักษะ
การศึกษาวิจัยที่แตกต่างกัน รูปแบบและการ
นำเสนอผลการศึกษาวิจัย การไม่มีโอกาสเข้าถึง
การส่งผลงานและนำเสนอผลงาน ระยะเวลาการ
เข้าร่วมประชุมและนำเสนอผลงานที่จำกัด การ
สนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานที่จำกัด ความ
มั่นใจในการนำเสนอผลงานวิชาการ และการ
เริ่มต้นการศึกษาวิจัย เหล่านี้เป็นต้น จึงเป็นปัญหา
และช่องว่างที่ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษา
เพื่อที่จะหารูปแบบในการบริหารจัดการคุณภาพ
งานวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
โดยคาดหวังที่จะได้รูปแบบที่เหมาะสม มี

คุณภาพและประสิทธิภาพในการขับเคลื่อนงาน
วิชาการสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการคุณภาพ
งานวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการศึกษา

ประชากร

ที่ศึกษาเป็นบุคลากรสาธารณสุขในสังกัด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และสังกัดองค์การ
บริหารส่วนจังหวัดศรีสะเกษ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดย
การสุ่มตัวอย่างแบบไม่เจาะจง จำนวน 325 คน

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องมือวิจัย

เป็นแบบสอบถามออนไลน์ ประกอบด้วย ข้อมูล
ส่วนบุคคล ความพึงพอใจรูปแบบการบริหารจัดการ
คุณภาพงานวิชาการรูปแบบออนไลน์ เก็บรวบรวมข้อมูล
ระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 6 มิถุนายน 2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่
ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการ
วิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา

จากผลการศึกษาในปี 2565 เรื่องการศึกษาวิจัย
เพื่อยกระดับการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยสำหรับบุคลากร
สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โดย อนันต์ ถันทอง (2565)
ซึ่งมีข้อเสนอแนะเพื่อหาคำตอบสำคัญในการจะขับเคลื่อน
การพัฒนางานวิจัยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยมุ่งคุณภาพ
กับคุณค่าของงานวิจัยต่อการพัฒนาระบบสุขภาพจังหวัด
ศรีสะเกษ การหารูปแบบนวัตกรรมที่จะเป็นการเพิ่ม
คุณค่าและคุณภาพของงานวิจัยทางการแพทย์และ
สาธารณสุข และยังมีมุมมองรูปแบบสังคมนักปฏิบัติ

ผู้วิจัยได้สุ่มสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่เป็น
ผู้บริหารหน่วยงาน หัวหน้ากลุ่มงาน หัวหน้างานระดับ
จังหวัด คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับ
อำเภอ(คปสอ.) คณะทำงานวิชาการของหน่วยงาน
ผู้รับผิดชอบงานวิชาการของหน่วยงาน ผู้เคยส่งผลงาน
วิชาการเข้าร่วมการประกวด ผู้เคยส่งผลงานวิชาการ เข้า
ร่วมการประกวดและได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอผลงาน
วิชาการ ผู้เคยส่งผลงานวิชาการเข้าร่วมการประกวดและ
ได้รับการคัดเลือกให้นำเสนอผลงานวิชาการซึ่งได้รับ
รางวัล โดยมีคำถามประเด็นรูปแบบการบริหารจัดการ
พัฒนาคุณภาพทางด้านวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ เป็นคำถามที่ไม่เป็นทางการ สามารถ
ตอบได้โดยไม่มีข้อจำกัด โดยมีวัตถุประสงค์และเป้าหมาย
เพื่อพัฒนาคุณภาพวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ ที่ก้าวหน้าและเป็นการยกระดับ
มาตรฐาน

ผลจากการศึกษานำร่อง (Pilot study) ที่ส่วน
ใหญ่เห็นด้วยและเสนอให้มีการบริหารจัดการมหกรรม
งานวิชาการจังหวัดศรีสะเกษในรูปแบบใหม่ และจากการ
ประเมินศักยภาพและวิเคราะห์ความเป็นไปได้ ประกอบ
กับความท้าทายที่จะก้าวล้ำไปข้างหน้า โดยประเมินจาก
ความพร้อมในระดับโซนและระดับอำเภอแล้ว มีความ
เป็นไปได้สูง ตลอดจนความเห็นชอบจากที่ประชุมของ
คณะกรรมการขับเคลื่อนการพัฒนาสาธารณสุขระดับ
จังหวัดแล้ว จึงกำหนดเป็นโมเดลการพัฒนางานวิชาการ
สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพวิชาการ
ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โดยโซนของ
จังหวัด ศรีสะเกษดำเนินการด้วย 6 ความเป็นเลิศ ซึ่งแต่
ละโซนดำเนินการโซนละความเป็นเลิศ ตามความ
เชี่ยวชาญและศักยภาพของโซน รวม 6 โซน ดังนี้

1.การส่งเสริมป้องกันเป็น
เลิศ (Promotion & Prevention Excellence)

ดำเนินการโดยโซน 2 ประกอบด้วยอำเภอกันทรารมย์ อำเภอโนนแก้วและอำเภอโนนคูณ โซนนี้มีศักยภาพและมีผลงานดีเด่นด้านการส่งเสริมป้องกัน

2. บริการเป็นเลิศ (Service Excellence) ดำเนินการโดยโซน 1 ประกอบด้วยอำเภอเมือง อำเภอพยุห์และอำเภอวังหิน ซึ่งโซนนี้มีศักยภาพด้านบริการโดยโรงพยาบาลศรีสะเกษ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ตั้งอยู่ในตัวจังหวัด มีแพทย์มากถึง 242 คน มีบริการและเครื่องมือแพทย์ที่ทันสมัย

3. บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) ดำเนินการโดยโซน 4 ประกอบด้วยอำเภอขุขันธ์ อำเภอปรังค์กู อำเภอไพรบึงและอำเภอภูสิงห์ โซนนี้มีจุดแข็งด้านบุคลากร

4. บริหารเป็นเลิศ (Governance Excellence) ดำเนินการโดยโซน 3 ประกอบด้วย อำเภอกันทรลักษ์ อำเภอขุนหาญ อำเภอศรีรัตนะและอำเภอเบญจลักษ์ โซนนี้มีจุดแข็งด้านการบริหารจัดการ ด้านธรรมาภิบาล

5. เศรษฐกิจเป็นเลิศ (Health Economics Excellence) ดำเนินการโดยโซน 5 ประกอบด้วยอำเภออุทุมพรพิสัย อำเภอห้วยทับทัน อำเภอเมืองจันทร์และอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ โซนนี้มีจุดแข็งด้านเศรษฐกิจสุขภาพที่เป็นศูนย์ผลิตและกระจายสินค้าการแพทย์แผนไทยและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

6. เทคโนโลยีและสิ่งแวดล้อมเป็นเลิศ (Technology & Environmental Excellence) ดำเนินการโดยโซน 6 ประกอบด้วยอำเภอราชธิปไตย อำเภอขามน้อย อำเภอบึงบูรพ์และอำเภอศิลาลาด โซนนี้มีศักยภาพด้านระบบเทคโนโลยีทางการแพทย์ การแพทย์ทางไกล

ด้วยศักยภาพของโซนและความพร้อมในการพัฒนาด้านวิชาการให้แก่บุคลากรสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ ผู้วิจัยจึงกำหนดความเป็นเลิศจากความสำเร็จ

และด้านศักยภาพของแต่ละโซน ภายใต้ชื่อSisaket Great Challngs เป็นโมเดล Six Smart Sisaket หรือ 6 Smart Sisaket และได้กำหนดเป็นแผนดำเนินงาน มหกรรมคุณภาพวิชาการสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โดยโมเดล Six Smart Sisaket ประกอบด้วย

1. S: Smart Health Literacy & Samrt EOC ดำเนินการโดยโซน 2
2. S: Smart Service & Modernize Hospital ดำเนินการโดยโซน 1
3. S: Smart People ดำเนินการโดยโซน 4
4. S: Smart Governance ดำเนินการโดยโซน 3
5. S: Smart Health Economics ดำเนินการโดยโซน 5
6. S: Smart Digital Smart Environment ดำเนินการโดยโซน 6

จากการศึกษาข้อมูลกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพด้านวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โดยสรุปผลจากการตอบแบบสอบถามในระบบออนไลน์ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.0 มีอายุอยู่ในช่วงอายุน้อยกว่า 30 ปีลงมา ร้อยละ 35.7 อายุ อยู่ระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 16.1 อายุเฉลี่ย 37.92 อายน้อยสุด 22 ปี มากสุด 59 ปี สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรสแล้ว ร้อยละ 57.1 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษา ปริญญาตรี ร้อยละ 75.9 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ในช่วงระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 17.9 มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 16.59 ปี น้อยสุด 1 ปี มากสุด 39 ปี ปฏิบัติในระดับตำแหน่ง ส่วนใหญ่ เป็นผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 61.6 ปฏิบัติงานในตำแหน่ง ส่วนใหญ่เป็นตำแหน่ง แพทย์ ร้อยละ 16.1 และ นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 16.1 ระดับรายได้ต่อ

เดือน ส่วนใหญ่มีระดับรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 20,000-29,999 บาท ร้อยละ 21.4 สถานที่ปฏิบัติงานสังกัด ส่วนใหญ่ ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ร้อยละ 75.0 สถานที่ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 36.6

มีประสบการณ์การทำงานผลงานวิจัยและผลงานวิชาการที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่เคยศึกษาการทำผลงานการวิจัย ร้อยละ 59.8 ไม่เคยอบรมหลักสูตรการทำผลงานการวิจัย ร้อยละ 53.6 ไม่เคยมีประสบการณ์การทำงานการวิจัย ร้อยละ 62.5 สำหรับผู้ที่เคยมีประสบการณ์การทำงานการวิจัย พบว่าเป็นผลงานการวิจัยที่ทำคนเดียว ร้อยละ 50.0 เท่ากับการทำร่วมกับคนอื่น ร้อยละ 50.0 ซึ่งผลงานวิชาการที่เคยทำ ส่วนใหญ่เป็นประเภทวิจัย ร้อยละ 52.4 เคยเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการทุกคน ร้อยละ 100 ที่เข้าร่วมกิจกรรมวิชาการ เป็นการนำเสนอผลงาน ร้อยละ 60.7 มีประสบการณ์การนำเสนอผลงานวิชาการในระดับกระทรวง ร้อยละ 33.8 ผลงานการวิจัย/ผลงานวิชาการ ส่วนใหญ่ได้รับการตีพิมพ์ ร้อยละ 58.8 ซึ่งผลงานการวิจัย/ผลงานวิชาการ ที่ได้รับการตีพิมพ์ ได้รับการตีพิมพ์กับวารสารในประเทศ ร้อยละ 100 วัตถุประสงค์การทำวิจัย/ผลงานวิชาการ ส่วนใหญ่เพื่อประกอบการเลื่อนระดับตำแหน่ง ร้อยละ 61.8 ปัจจัยที่ตัดสินใจเข้าร่วมการประชุมวิชาการ ส่วนใหญ่ ความน่าสนใจของเรื่องที่จะจัดประชุมวิชาการ ร้อยละ 52.4

มีความพึงพอใจระดับสูงในทุกข้อคำถาม โดยมีคะแนนค่าเฉลี่ย ต่ำสุด 3.54 และมากที่สุด 4.52 ซึ่งเป็นรายด้าน ดังนี้

ด้านความพึงพอใจต่อเรื่อง/หัวข้อบรรยายที่จัดประชุมวิชาการ โดย ความน่าสนใจของเรื่องที่จะจัดประชุมวิชาการ เฉลี่ย 4.25 การได้รับความรู้ใหม่ๆ จากการประชุมวิชาการ เฉลี่ย 4.25 ความสอดคล้องกับความต้องการ/เรื่องที่สนใจ เฉลี่ย 4.18 ความสอดคล้องกับภารกิจของหน่วยงาน/บุคลากรที่ปฏิบัติงาน เฉลี่ย 4.28

ความเหมาะสมของระยะเวลาการบรรยาย/เสวนาในหัวข้อต่างๆ เฉลี่ย 3.89 สามารถนำไปใช้ประโยชน์ เฉลี่ย 4.09 ความพึงพอใจโดยรวมต่อเรื่องที่จะจัดประชุมวิชาการ เฉลี่ย 4.42

ด้านความพึงพอใจต่อวิทยากร/ผู้บรรยาย/เสวนา โดยความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ เฉลี่ย 4.52 ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ ได้น่าสนใจ เข้าใจง่ายและชัดเจน เฉลี่ย 4.03 ความสามารถในการนำเสนอเนื้อหาสาระสำคัญได้ครบถ้วนและน่าสนใจ เฉลี่ย 4.27 ความเหมาะสมของเอกสาร/สื่อ ประกอบการบรรยาย เฉลี่ย 4.01 ความสามารถตอบคำถามได้ตรงประเด็น เฉลี่ย 4.22 ความพึงพอใจโดยรวมต่อวิทยากร/ผู้บรรยาย/เสวนา เฉลี่ย 4.36

ด้านความพึงพอใจต่อสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก อาหารและเครื่องดื่ม วัน เวลา การจัดประชุมวิชาการ โดยความเหมาะสมของสถานที่จัดประชุมวิชาการ เฉลี่ย 3.77 ความเหมาะสมของวัน เวลา การจัดประชุมวิชาการ เฉลี่ย 3.91 ความพร้อมของสื่อ โสตทัศนอุปกรณ์ต่างๆ เฉลี่ย 3.88 คุณภาพ/ความเพียงพอของอาหารและเครื่องดื่ม เฉลี่ย 3.81 ความน่าสนใจ ความแปลกใหม่ การบริหารจัดการรูปแบบใหม่ของการจัดประชุมวิชาการ เฉลี่ย 3.76 ความพึงพอใจโดยรวมต่อสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก อาหารและเครื่องดื่ม วัน เวลา การจัดประชุมวิชาการ เฉลี่ย 3.54

ด้านการบริการของเจ้าหน้าที่และคณะทำงาน โดยการติดต่อประสานงาน เฉลี่ย 3.65 การให้ข้อมูล/การชี้แจงที่ชัดเจน เฉลี่ย 3.76 ความเอื้อเฟื้อน้ำใจ และการให้บริการ เฉลี่ย 4.11 ความพร้อมต่อการให้บริการ เฉลี่ย 4.19 ความเพียงพอ เหมาะสมต่อการให้บริการ เฉลี่ย 4.22 ความสามารถ ความเหมาะสมของพิธีกร เฉลี่ย 3.75

ด้านความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัด
ประชุมวิชาการ เฉลี่ย 4.25

ด้านความพึงพอใจโดยรวมต่อการ
ประกวดผลงานวิชาการ เฉลี่ย 3.75

สรุปผลและถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ใน
10 ด้าน พบว่า

๑) ด้านการประชาสัมพันธ์และสื่อ โดยโซนแต่
ละโซนมีการประชาสัมพันธ์การพัฒนาคุณภาพวิชาการ
โดยการเชิญชวนผู้สนใจส่งผลงานวิชาการเข้าร่วมการ
ประกวดและนำเสนอผลงาน เข้าร่วมการพัฒนาทักษะ
ทางด้านวิชาการและด้านการวิจัย โดยผ่านสื่อออนไลน์
และประชาสัมพันธ์แจ้งผ่านบุคคล ซึ่งเป็นการช่วยให้
เข้าถึงกิจกรรมและการเข้าร่วมประชุมพัฒนาด้านวิชาการ
ของบุคลากร

๒) ด้านการส่งเอกสารผลการวิจัย/ผลงาน
วิชาการ แบบฟอร์มการส่งผลงานที่ไม่ได้จำกัดรูปแบบ
โดยเปิดโอกาสให้ปรับประยุกต์ได้บ้างตามความเหมาะสม

๓) ด้านสถานที่และห้องประชุม มีสถานที่การ
จัดแสดงผลงานวิชาการ พื้นที่จัดบูธนิทรรศการวิชาการ
ของ คปสอ.ในโซนสุขภาพ ทุกแห่ง -สถานที่ส่วนใหญ่มีความ
เหมาะสมในการจัดงาน

๔) ด้านการจัดบูธนิทรรศการ มีความเหมาะสม
ในการจัดนิทรรศการ การ เช่นด้านงบประมาณที่ใช้ในการจัด
นิทรรศการ -จำนวนผู้เข้าเยี่ยมชมนิทรรศการ ระยะเวลา
ในการเยี่ยมชมนิทรรศการ

๕) ด้านเวทีเสวนาและบรรยายทางวิชาการ มี
จำนวนผู้เข้าร่วมประชุมการเสวนาทางวิชาการในภาคเช้า
จำนวนมาก

๖) ด้านการประกวดผลงานวิชาการ มีการจัด
ประกวดผลงานวิชาการทั้งหมด ๗๐๙ ผลงาน
วัตถุประสงค์ในการจัดกิจกรรมที่ชัดเจน จัดรูปแบบการ
ประกวดที่เหมาะสม ตรงตามประเภทและหมวดหมู่
ผลงานวิชาการ

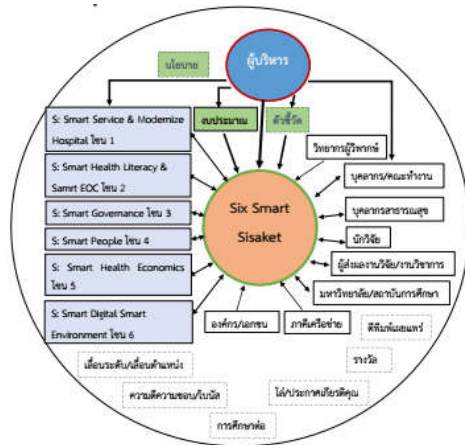
๗) ด้านวิทยากรผู้วิพากษ์ผลงานวิชาการ มี
คณะกรรมการและวิทยากรผู้วิพากษ์ในการวิพากษ์ผลงาน
วิชาการ ตามความเชี่ยวชาญประจำห้องนำเสนอผลงาน
วิชาการ และตามประเภท สาขาความรู้ และความ
เชี่ยวชาญ

๘) ด้านการอำนวยความสะดวกและต้อนรับ
คณะต้อนรับมีความพร้อมและอำนวยความสะดวกได้
เหมาะสม-การจัดเตรียมด้านอาหารและเครื่องดื่มที่มี
ความพร้อมและเพียงพอสำหรับวิทยากรผู้วิพากษ์ ผู้นำ
เสนอผลงานวิชาการ ผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการและ
ผู้เกี่ยวข้อง

๙) ด้านบริหารจัดการของโซน มีการวางแผน
และเตรียมการด้านการเงิน งบประมาณ ทรัพยากรและ
วัสดุอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งคณะทำงาน

๑๐) ด้านการสนับสนุนโซน เป็นจุดแข็งและ
จุดสำคัญของการประเมินศักยภาพและความพร้อมในการ
ดำเนินการพัฒนาคุณภาพวิชาการ ซึ่งในระหว่าง
การศึกษา โซนทั้ง 6 โซนสนับสนุนแนวคิดและวิธีการจัด
กิจกรรมการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทั้งการบริหารจัดการ
การสนับสนุนเงินงบประมาณ การสนับสนุนบุคลากรใน
การพัฒนาคุณภาพวิชาการ การประเมินผล

รูปแบบการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพด้าน
วิชาการของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้
จากการศึกษาวิจัย ดังรูป 1



รูป 1 รูปแบบการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพด้านวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษานำร่อง (pilot study) แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การสังเกตและสัมภาษณ์ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการบริหารจัดการในรูปแบบที่ต่างจากที่เคยดำเนินการมาทุกปีที่บริหารจัดการในภาพรวมของจังหวัด ส่วนใหญ่มีความยินดีและเห็นด้วยกับการพัฒนางานทางด้านวิชาการที่จะพัฒนาต่อยอด และยกระดับมาตรฐานงานวิชาการทั้งระดับอำเภอและระดับจังหวัด เพื่อให้เป็นผลงานวิชาการที่มีคุณค่า และเป็นผลงานวิชาการที่เป็นที่ยอมรับและเชื่อมั่นของผลจากการศึกษาวิจัยนั้น โดยประเด็นสำคัญประการหนึ่ง คือ การบริหารจัดการที่หลายท่านให้ทรรศนะและมองว่า ศักยภาพในระดับอำเภอ หรือศักยภาพของระดับโซน ที่โซนจะรวมกัน 3-5 อำเภอ เป็น 1 โซน ว่ามีศักยภาพและมีความพร้อมในการดำเนินงานและบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยความร่วมมือของเครือข่ายและผู้เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้กำหนดรูปแบบของการพัฒนาคุณภาพด้านวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โดยกำหนดเป็นรูปแบบใหม่จากเดิมที่ดำเนินการในทุกๆ ปี โดยดำเนินการภาพรวมของจังหวัด

ทั้งการประชาสัมพันธ์การส่งผลงานวิชาการ การเตรียมผลงานวิชาการ การจัดกิจกรรมการประกวดผลงานวิชาการ การประเมินผล การสนับสนุนในระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับกระทรวงสาธารณสุข ปรับเป็น ให้โซนแต่ละโซนเป็นเจ้าภาพในการดำเนินการและบริหารจัดการทั้งหมด โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ร่วมดำเนินการ ในรูปแบบการพัฒนาคุณภาพวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โดยโซนของจังหวัดศรีสะเกษดำเนินการด้วย 6 ความเป็นเลิศ ซึ่งแต่ละโซนดำเนินการโซนละความเป็นเลิศ ตามความเชี่ยวชาญและศักยภาพของโซน รวม 6 โซน ด้วยศักยภาพของโซน ความเชี่ยวชาญและความพร้อมในการพัฒนาด้านวิชาการให้แก่บุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ภายใต้ชื่อ Sisaket Great Challenges เป็นโมเดล Six Smart Sisaket หรือ 6 Smart Sisaket และได้กำหนดเป็นแผนดำเนินงาน มหกรรมคุณภาพวิชาการสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โดยโมเดล Six Smart Sisaket โซน 1 S: Smart Service & Modernize Hospital โซน 2 S: Smart Health Literacy & Samrt EOC โซน 3 S: Smart Governance โซน 4 S: Smart People โซน 5 S: Smart Health Economics และโซน 6 S: Smart Digital Smart Environment

กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาคุณภาพด้านวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วงอายุน้อยกว่า 30 ปีลงมา อายุเฉลี่ย 22 ปี มากสุด 59 ปี ซึ่งมีความหลากหลายด้านอายุ ที่ไม่จำกัดด้านอายุในการทำการศึกษาวิจัย และการทำผลงานวิชาการ ส่วนระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในปริญญาตรี ซึ่งเป็นระดับการศึกษาปริญญาตรีของบุคลากรสาธารณสุขด้านระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานอยู่ในช่วงระหว่าง 1-5 ปี มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 16.59 ปี น้อยสุด 1 ปี มากสุด 39 ปี

สะท้อนให้เห็นว่าคนรุ่นใหม่ให้ความสำคัญกับการทำการศึกษาวิจัย และการผลงานวิชาการกันมากขึ้น บ่งชี้วัดถึงการพัฒนาทางด้านวิชาการและคุณภาพทางด้านวิชาการ ปฏิบัติในระดับตำแหน่ง ส่วนใหญ่ เป็นผู้ปฏิบัติงาน ปฏิบัติงานในตำแหน่ง ส่วนใหญ่เป็นตำแหน่งแพทย์ และนักวิชาการสาธารณสุข ระดับรายได้ต่อเดือน ส่วนใหญ่มีระดับรายได้ต่อเดือน ระหว่าง 20,000-29,999 บาท สถานที่ปฏิบัติงานสังกัด ส่วนใหญ่ ปฏิบัติงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ สถานที่ปฏิบัติงาน ส่วนใหญ่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน

มีประสบการณ์การทำผลงานวิจัยและผลงานวิชาการที่ผ่านมา สอดคล้องกับการศึกษาของ อนันต์ ถิ่นทอง (2565) ที่พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่เคยศึกษากการทำผลงานการวิจัย ไม่เคยอบรมหลักสูตรการทำผลงานการวิจัย ไม่เคยมีประสบการณ์การทำผลงานการวิจัย สำหรับผู้ที่เคยมีประสบการณ์การทำผลงานการวิจัย พบว่าเป็นผลงานการวิจัยที่ทำคนเดียวหรือทำร่วมกับคนอื่น ผลงานวิชาการที่เคยทำส่วนใหญ่เป็นประเภทวิจัย โดยผู้ที่ได้รับการพัฒนาทางด้านทักษะการวิจัยและได้ศึกษาวิจัย จะมีผลงานวิจัยและผลงานวิชาการซึ่งกระทรวงสาธารณสุข เปิดโอกาสและสนับสนุนให้ผู้มีผลงานดังกล่าวเข้ารับการนำเสนอผลงานทุกปี อย่างเช่นปี 2566 สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2566) ได้เชิญชวนผู้มีผลงานการศึกษาวิจัยทั้งที่เคยและไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการได้ลงทะเบียนและร่วมนำเสนอผลงานการศึกษาวิจัยและผลงานวิชาการ เข้าร่วมกิจกรรมวิชาการ และนำเสนอผลงาน ซึ่งที่ผ่านมา มีผู้ที่มีประสบการณ์การนำเสนอผลงานวิชาการในระดับกระทรวง และบางส่วนได้รับการตีพิมพ์กับวารสารในประเทศ โดยผลงานเพื่อประกอบการเลื่อนระดับตำแหน่ง การตัดสินใจเข้าร่วมการประชุมวิชาการ

มีความพึงพอใจระดับสูงในทุกข้อคำถาม โดยมีความคะแนนค่าเฉลี่ย ต่ำสุด 3.54 และมากที่สุด 4.52 ซึ่งความ

พึงพอใจที่มีต่อเรื่องและหัวข้อบรรยายที่จัดประชุมวิชาการ มีความน่าสนใจที่จัดประชุมวิชาการ การได้รับความรู้ใหม่ๆ จากการประชุมวิชาการ ความสอดคล้องกับความต้องการ/เรื่องที่น่าสนใจ ความสอดคล้องกับการกิจของหน่วยงาน/บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ความเหมาะสมของระยะเวลาการบรรยาย/เสวนาในหัวข้อต่างๆ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ ความพึงพอใจโดยรวมต่อเรื่องที่จัดประชุมวิชาการ ด้านความพึงพอใจต่อวิทยากร/ผู้บรรยาย/เสวนา โดยความรู้ ความสามารถ และประสบการณ์ ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ ได้น่าสนใจ เข้าใจง่ายและชัดเจน ความสามารถในการนำเสนอเนื้อหาสาระสำคัญได้ครบถ้วนและน่าสนใจ ความเหมาะสมของเอกสาร/สื่อประกอบการบรรยาย ความสามารถตอบคำถามได้ตรงประเด็น ความพึงพอใจโดยรวมต่อวิทยากร/ผู้บรรยาย/เสวนา ด้านความพึงพอใจต่อสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก อาหารและเครื่องดื่ม วัน เวลา การจัดประชุมวิชาการ โดยความเหมาะสมของสถานที่จัดประชุมวิชาการ ความเหมาะสมของวัน เวลา การจัดประชุมวิชาการ ความพร้อมของสื่อโสตทัศนูปกรณ์ต่างๆ คุณภาพ/ความเพียงพอของอาหาร อาหารและเครื่องดื่ม ความน่าสนใจ ความแปลกใหม่ การบริหารจัดการรูปแบบใหม่ของการจัดประชุมวิชาการ ความพึงพอใจโดยรวมต่อสถานที่ สิ่งอำนวยความสะดวก อาหารและเครื่องดื่ม วัน เวลา การจัดประชุมวิชาการ ด้านการบริการของเจ้าหน้าที่และคณะทำงาน โดยการติดต่อประสานงาน การให้ข้อมูล/การชี้แจงที่ชัดเจน ความเอื้อเฟื้อ น้ำใจ และการให้บริการ ความพร้อมต่อการให้บริการ ความเพียงพอ เหมาะสมต่อการให้บริการ ความสามารถ ความเหมาะสมของพิธีกร ด้านความพึงพอใจโดยรวมต่อการจัดประชุมวิชาการ ด้านความพึงพอใจโดยรวมต่อการประกวดผลงานวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2564).

แผนดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม พ.ศ. 2562 - 2565.

<https://www.md.go.th/md/images/download/ICT2562-2565.pdf>

ชนิดา ฉัตรภูมิ. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการ

คุณภาพโดยรวม (TQM) ของโรงพยาบาล

ตำรวจ. http://www3.ru.ac.th/mpa-abstract/files/2563_1614239017_6214830013.pdf

ธนวรรธน์ เพชรทอง และกรเอก กาญจนนาโภคิน. (2564).

ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดการคุณภาพการปฏิบัติงานในสภาวะวิกฤตการณ์เกิดโรคระบาดไวรัสโคโรนา-19 กับการมีส่วนร่วมของบุคลากรโรงพยาบาลเอกชนของพื้นที่กรุงเทพมหานคร. http://www.vl-abstract.ru.ac.th/AbstractPdf/2562-1-1_1607427822.pdf

ธีรพงษ์ ชันทอง. (2554). การปรับปรุงคุณภาพการผลิตโดยใช้เทคนิคการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กรและสิ้น.

<http://www.repository.rmutt.ac.th/dspace/bitstream/123456789/825/1/124359.pdf>

บุญเจ็ด โสภณ. (2554). ความสำคัญของงานวิจัย.

สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ รายงานสถาบันนานาชาติเพื่อการบริหารการพัฒนา (*International Institute for Management Development; IMD*).

บุญไทย จันทระเสนา และมานพ คณະโต. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการทำวิจัยของนักวิชาการสาธารณสุขที่

ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2(3), 321 – 335.

บุญไทย จันทระเสนา และมานพ คณະโต. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการทำวิจัยของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชนมหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2(3), 321 – 335.

รตามณี พิณฑลชนกนาค และทิพย์รัตน์ เลหาวิเชียร.

(2560). อิทธิพลของการจัดการคุณภาพและการจัดการโครงการที่มีต่อผลการดำเนินงานด้านนวัตกรรม. <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/CBSReview/article/view/116604/89701>

วาสนา เลิศมะเลา และเทพศักดิ์ บุญยรัตพันธ์. (2561).

การพัฒนาองค์การสู่ความเป็นเลิศของมหาวิทยาลัยราชภัฏในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.

[file:///C:/Users/anan/Downloads/polscicmujournal,+Journal+manager,+7-Template+Wasana%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/anan/Downloads/polscicmujournal,+Journal+manager,+7-Template+Wasana%20(2).pdf)

วาสนา สะอาด และคณະ. (2557). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานประกันคุณภาพการศึกษา ภายในของสำนักคอมพิวเตอร์และเครือข่ายมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. รายงานการวิจัยมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข(สวรส). (2562). กรอบการวิจัยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). <https://research.pkru.ac.th/images/news/TIRAs/26/8.pdf>

สภานโยบายวิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ (สวทช.).

(2560). แผนกลยุทธ์การพัฒนาบุคลากรวิจัย

- และนวัตกรรม ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579).
https://www.ubu.ac.th/web/files_up/03f2019013108571396.pdf
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 20 ปี.
http://www.stopcorruption.moph.go.th/index.php/main/p_detail/page/60
- สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2566). มหกรรมการจัดการความรู้และบทเรียนโควิด-19 และโครงการประชุมวิชาการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี ๒๕๖๖. [https://mophconf.moph.go.th/สุทธิณี_เขาวรัตน์_\(2557\).ผลกระทบของการบริหารจัดการคุณภาพโดยรวมและเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพด้านคุณภาพในการดำเนินงานของสถานพยาบาลในประเทศไทย](https://mophconf.moph.go.th/สุทธิณี_เขาวรัตน์_(2557).ผลกระทบของการบริหารจัดการคุณภาพโดยรวมและเทคโนโลยีที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพด้านคุณภาพในการดำเนินงานของสถานพยาบาลในประเทศไทย).
http://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2014/TU_2014_5602030362_951_327.pdf
- สุรัชย์ เกตนิล. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำวิจัยสถาบันของบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม.
- หนึ่งทัย ขอผลกลาง และกิตติ กัญภัย. (2553). งานวิจัยด้านการสื่อสารสุขภาพ: กลไกในการพัฒนาสังคม. *Suranaree J.Soc.Sci*, Vol. 4 No. 1; June 2010 (65-77), 65-77.
- อนันต์ ถันทอง. (2565). ปัจจัยทำนายนายการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ, ปีที่ 1(ฉบับที่ 1: กันยายน-ธันวาคม 2565).
อาบทิพย์ กาญจนวงศ์. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำวิจัยของบุคลากรคณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
http://mdc.library.mju.ac.th/research/2561/arbthip_kanchanawong2559/fulltext.pdf
- Atz Teresa W และคณะ. (2014). Perceptions of academic health science research center personnel regarding informed consent processes and therapeutic misconception. 21(5), 300-314.
- J Jeffery Reeves และคณะ. (2020). Rapid response to COVID-19: health informatics support for outbreak management in an academic health system. 27(6), 853-859.
- United Nations. (2023). Department of Economic and Social Affairs
<https://sdgs.un.org/goals>
- Victor J Dzau และคณะ. (2010). The role of academic health science systems in the transformation of medicine. 375(9718), 949-953.
- World Health Organization. (2010). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations. World Health Organization.

ถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาสมเหตุผล : พื้นที่นำร่องอำเภอใช้ยาสมเหตุผล จังหวัดศรีสะเกษ

พรรณณา ศรีสวัสดิ์¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาสมเหตุผลในอำเภอนำร่องการดำเนินงานใช้ยาสมเหตุผล จังหวัดศรีสะเกษ 2) เพื่อเสนอแนวทางระบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสู่ “จังหวัดใช้ยาสมเหตุผล” จังหวัดศรีสะเกษ พื้นที่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือ อำเภออุทุมพรพิสัย ห้วยทับทัน เมืองจันทร์ โพธิ์ศรีสุวรรณ ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคคลที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้ประกอบการร้านค้า จำนวน 193 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาลและชุมชน ทำการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร (Document analysis) และการเก็บข้อมูลภาคสนาม(Field study) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group)

ผลการศึกษา พบว่า 1)การดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาล ดำเนินงานที่ขับเคลื่อนนโยบายลงสู่การปฏิบัติโดยผู้บริหารของโรงพยาบาล และคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด โดย RDU Coordinator ระดับอำเภอ เป็นผู้ประสานการดำเนินงานและกำกับติดตามตัวชี้วัด ผ่านนโยบายกฎแฉสำคัญ 6 ประการ (PLEASE) ที่เน้นเรื่องการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ให้เป็นตามนโยบาย การส่งเสริมให้มีการใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาลแทนการใช้ยาปฏิชีวนะ การจัดทำฉลากยาเสริมในยากลุ่มที่มีความเสี่ยงในการใช้ยา การจัดทำคู่มือในการใช้ยาปฏิชีวนะในโรงพยาบาล ยาHigh Alert Drug การประเมินการใช้ยา (DUE) และสื่อสารให้กับทีมสหวิชาชีพให้ตระหนักเรื่องการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาล 2)การดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน การดำเนินงานขับเคลื่อนนโยบายลงสู่การปฏิบัติโดยคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.) โดยมี RDU Coordinator ระดับอำเภอ เป็นผู้ประสานงานกำกับติดตามตัวชี้วัด โดยดำเนินการตามนโยบาย Key Activity 5 กิจกรรม การเฝ้าระวังเชิงรุกในโรงพยาบาล ค้นหาปัญหาของผู้ป่วย การส่งต่อให้เกิดการเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน โดยร่วมกับเครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน เช่นการดำเนินงานปฐมภูมิ การตรวจเฝ้าระวังร้านขายยา การเฝ้าระวังปัญหาความเสี่ยงในชุมชน การจัดการเรื่องร้องเรียน และการพัฒนาเครือข่ายองค์กรผู้บริโภคนในชุมชน ซึ่งเป็นการให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมการดำเนินงานเกิดความปลอดภัยด้านยาในชุมชน

สรุปผลการศึกษา พบว่า จากการศึกษาการดำเนินงานสามารถจัดทำระบบการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาลและในชุมชน โดยนำข้อมูลที่ได้นำไปวางแผนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสู่ “จังหวัดใช้ยาสมเหตุผล”จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อให้ประชาชนมีความปลอดภัยด้านยาและความความสำเร็จในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลจังหวัดศรีสะเกษ

คำสำคัญ: จังหวัดใช้ยาสมเหตุผล,อำเภอใช้ยาสมเหตุผล, กฎแฉสำคัญ 6 ประการ, การส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน

¹ เภสัชกรชำนาญการ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

E-mail :nukeing44@hotmail.com

The lessons learned from the Implementation Development of the Provincial RDU: a pilot Study in RDU District, Sisaket Province

Phannapha Srisawat¹

Abstract

This study is based on Qualitative research and aims to 1) distill the Lessons learned from the Operation of the development RDU Province of Pilots Study in RDU District, Sisaket Province, and 2) propose guidelines for the operation of development RDU Province in Sisaket Province. The area of this study is Uthumphon Phisai District, Huai Thap Than, Mueang Chan, Pho Si Suwan The informants in this study were people who participated in the implementation, including health personnel. The sample consisted of 193 village health volunteers, community leaders, shop operators. The questionnaire was used as a questionnaire related to the implementation of rational drug use promotion in hospitals and communities. Conducted a document analysis, a field study, and a focus group discussion.

Results:1) The implementation of the promotion of Rational Drug Use in hospital Implement the operation that drives the policy into practice by the hospital's executives. and the Board of Pharmacy Therapy by the RDU Coordinator coordinating the implementation and monitoring of the indicators. through 6 key policies that focus on regulating the management of drugs and medical supplies according to the policy Promoting the use of herbal medicines in hospitals instead of antibiotics Add-on drug labeling for drugs that are at risk for drug use Preparing a handbook on the use of antibiotics in hospitals, High Alert Drug, Drug Evaluation, and communicating to multidisciplinary teams to raise awareness of rational drug use in hospitals. 2) Implementation of the promotion of rational drug use in the community Implementation of policy driving into practice by the District Health Coordinating Committee. The RDU Coordinator coordinates and monitors the indicators. By implementing the Key Activity 5 policy, proactive surveillance activities in the hospital. Find the patient's problem, Implementation of proactive surveillance in the community by working with the network to promote rational drug use in the community. such as primary care in the community, and operations of grocery store surveillance. Surveillance of risk problems in the community, Complaint Handing Procedures in the community. The development of a network of consumer organizations in the community is the development of a network for the community to participate in drug safety operations in the community.

Conclusions : It was found that from the implementation study, it was possible to establish an operating system for the promotion of the use of medicines in hospitals, community. By using the information that has been used to plan operations to develop into "Province uses rational use in Sisaket Province to provide people with drug safety and success in promoting rational use in Sisaket Province.

Keywords: RDU Province, RDU District, PLEASE, RDU community.

¹Professional pharmacist, Pharmaceutical and Health consumer Protection, Sisaket Provincial Public Health Office.

บทนำ

ตามนโยบายแห่งชาติด้านยา พ.ศ.2554 และ ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 กำหนดให้ยุทธศาสตร์การใช้อย่างสมเหตุผล เป็น ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบยาแห่งชาติ และกำหนดให้มีการดำเนินโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล (Rational Drug Use Hospital; RDU Hospital) ขึ้น เพื่อให้การดำเนินการในสถานพยาบาล เรื่องการใช้อย่างสมเหตุผลเป็นรูปธรรมชัดเจน เกิดความตระหนักถึงปัญหาการใช้ยาและสร้างระบบในการบริหารจัดการด้านยา ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน (คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล,2558) ในปี 2565 นโยบายการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งเน้นพัฒนาระบบสุขภาพให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล ในระดับอำเภอ (RDU District) เพื่อพัฒนาสู่ “จังหวัดใช้อย่างสมเหตุผล” (RDU Province) (ศูนย์วิชาการเฝ้าระวัง และพัฒนาระบบยา,2565) ที่ดำเนินงานให้ครอบคลุม องค์ประกอบทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ (1) การพัฒนาโรงพยาบาล ทั้งรัฐและเอกชนให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) (2) การพัฒนาการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) (3) การพัฒนาสถานพยาบาลเอกชน และร้านยาให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU in Private Sectors) ตามแนวทางกฎแฉสำคัญ 6 ประการ สู่ โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล (PLEASE) ดังนี้ P : การสร้างความเข้มแข็งของคณะกรรมการเภสัชกรรม และการบำบัด L:การจัดทำฉลากยา ฉลากเสริม และข้อมูล ยาสู่ประชาชน E: การจัดทำหรือจัดหาเครื่องมือจำเป็น ที่ช่วยให้เกิดการสั่งใช้อย่างสมเหตุผล A: การสร้างความตระหนักของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อการใช้อย่างสมเหตุผล S:การดูแลด้านยาเพื่อความปลอดภัย ของประชากรกลุ่มพิเศษ E: การส่งเสริมจริยธรรมและ จรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา และนโยบาย ส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในชุมชน ตาม Key Activity 5 กิจกรรมหลัก(กองบริหารการสาธารณสุข,2563) ดังนี้ (1) การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกใน

โรงพยาบาล (Proactive Hospital Based Surveillance) (2) การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community Based Surveillance) (3) การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อการใช้อย่างสมเหตุผล (Community Participation) (4) การส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) (5) การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy)

จังหวัดศรีสะเกษ เริ่มดำเนินงานส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผลขึ้นในปี 2558 โดยขับเคลื่อนการดำเนินงาน ภายใต้การควบคุมกำกับของคณะกรรมการเครือข่ายสาขา การพัฒนาระบบบริการให้มีการใช้อย่างสมเหตุผล (RDU) จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งระดับจังหวัดและระดับอำเภอ มีหน้าที่นำนโยบายลงสู่การปฏิบัติ พร้อมทั้งติดตาม ประเมินผลรวมถึงรณรงค์เสริมสร้างความรู้และสร้างความตระหนักแก่ผู้เกี่ยวข้อง และจากข้อมูลผลการดำเนินงาน ในช่วงปี 2562-2564 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ,2564) พบว่า โรงพยาบาลที่มีผลการดำเนินงาน ส่งเสริมการใช้อย่างสมเหตุผล ผ่านเกณฑ์ประเมินขั้นที่ 1 เท่ากับร้อยละ 100 ทั้งหมด ผลการประเมินขั้นที่ 2 เท่ากับ ร้อยละ 45.45 ร้อยละ 59.09 ร้อยละ 54.34 และผลการ ประเมินขั้นที่ 3 เท่ากับ ร้อยละ 22.72 ร้อยละ 18.18 ร้อยละ 27.27 ตามลำดับ และผลการดำเนินงานปี 2565 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด,2565) เริ่มมีการดำเนินงาน พัฒนาสู่จังหวัดใช้อย่างสมเหตุผล (RDU Province) พบว่า อำเภอที่ผ่านเกณฑ์การดำเนินงาน จำนวน 5 อำเภอ ร้อยละ 22.72 ซึ่งผ่านเกณฑ์ประเมินตามเป้าหมาย ที่กำหนด จะเห็นได้ว่าในการดำเนินงานจะต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพและเครือข่าย เพื่อให้เกิดการดำเนินงานร่วมกันทั้งส่วนของโรงพยาบาล เชื่อมต่อไปยังชุมชน

ผู้วิจัยมีความสนใจและทำศึกษาการดำเนินงาน พัฒนาสู่จังหวัดใช้อย่างสมเหตุผลในพื้นที่อำเภอนำร่อง 4 อำเภอ ได้แก่ อุทุมพรพิสัย ห้วยทับทัน โพธิ์ศรีสุวรรณ เมืองจันทร์ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อถอดบทเรียนการ

ดำเนินงานพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาสมเหตุผลและใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนเพื่อเสนอแนวทางระบบการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในจังหวัดศรีสะเกษ โดยเป้าหมายสูงสุดคือประชาชนได้รับความปลอดภัยด้านยา

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาสมเหตุผลในอำเภอนำร่องการดำเนินงานใช้ยาสมเหตุผล จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อเสนอแนวทางระบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาสู่ “จังหวัดใช้ยาสมเหตุผล” ของจังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาเรื่องถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาสมเหตุผล : พื้นที่นำร่องอำเภอใช้ยาสมเหตุผลจังหวัดศรีสะเกษ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ทำการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลเอกสาร (Document analysis) การเก็บข้อมูลภาคสนาม (Field study) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะ เชิงพรรณนา (Description) เพื่อถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาสมเหตุผล โดยศึกษาจากพื้นที่นำร่องที่มีการดำเนินงานอำเภอใช้ยาสมเหตุผล จำนวน 4 อำเภอ ได้แก่ อุทุมพรพิสัย ห้วยทับทัน เมืองจันทร์ โพธิ์ศรีสุวรรณ จำนวน 193 คน ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ บุคลากรที่ดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล โดยแบ่งการเก็บข้อมูลเป็น 2 ส่วนดังนี้ 1) การเก็บข้อมูลการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาล ซึ่งกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาล 2) การเก็บข้อมูลการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาในชุมชน ซึ่งกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้ประกอบการร้านค้า การคัดเลือกและคำนวณกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตาม

ขนาดพื้นที่ เครื่องมือที่ใช้เป็นข้อคำถาม 2 ชุด คือ ข้อคำถามการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาลและข้อคำถามการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน โดยเป็นคำถามเปิดให้ผู้ให้ข้อมูลมีการแลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ มีการบันทึกข้อมูลและบันทึกเสียงในประเด็นที่สำคัญ การตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (บุญมี พันธุ์ไทย, 2559) โดยผู้วิจัยนำแบบข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ทดสอบหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งได้ค่าดัชนีความสอดคล้องในงานวิจัยครั้งนี้ มีค่า IOC เท่ากับ 1

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้มาจัดหมวดหมู่และสรุปประเด็นสำคัญ แล้วนำเสนอด้วยการบรรยาย และอภิปรายตามสภาพความเป็นจริง

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการหลังจากผู้วิจัยได้รับหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารรับรองโครงการวิจัย เลขที่ SPPH 2023-043 ลงวันที่ 22 มีนาคม 2566

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องถอดบทเรียนการดำเนินงานพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาสมเหตุผล จังหวัดศรีสะเกษในพื้นที่อำเภออุทุมพรพิสัย ห้วยทับทัน เมืองจันทร์ โพธิ์ศรีสุวรรณ โดยมีการศึกษาผลการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลเป็น 2 ส่วน คือ 1) การดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาล 2) การดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาการดำเนินงานส่งเสริม การใช้ยาสมเหตุสมผลในโรงพยาบาล (RDU Hospital)

1. 1.1.1 นโยบายยา

นโยบายที่ 1 คือ P : การสร้างความเข้มแข็งของ คณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด พบว่า การดำเนินงาน ขับเคลื่อนนโยบายโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัดของโรงพยาบาล ซึ่งมีบทบาทในการกำกับ ติดตามการบริหารยาและเวชภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพ เช่น การคัดยาเข้า ยาออก โดยพิจารณาตามรายการยาในบัญชี ยาหลักแห่งชาติ กรอบรายการยาตามสาขาบริการ และใน โรงพยาบาลการดำเนินงานโดยคณะกรรมการความปลอดภัยด้านยา คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก (Patient Care Team : PCT) ซึ่งมีบทบาทในการกำกับ ติดตาม ความปลอดภัยด้านยา ให้มีการสรุปรายงานผลการดำเนินงานเป็นรายไตรมาส และนำข้อมูลเข้าที่ประชุมเพื่อ คัดข้อมูลให้กับทีมสหวิชาชีพ นอกจากนี้ส่งเสริมให้มีการ ประเมินการใช้ยา (DUE) ในกลุ่มยาที่มีมูลค่ายาสูงและ มีความเสี่ยงที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา และการปฐมนิเทศแพทย์ใช้ทุน เพื่อการสื่อสารกับแพทย์เรื่อง การลงข้อมูลวินิจฉัยโรคถูกต้องตาม ICD-10 โดยดูข้อมูล ตาม Template ของระบบโปรแกรม ตรวจสอบ ติดตาม ผลก่อนสิ้นสูตรยาไตรมาสและสนับสนุนนโยบายการ ส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรเพื่อลดการใช้ยาปฏิชีวนะ ในโรงพยาบาล

นโยบายที่ 2 คือ L : การจัดทำฉลากยา ฉลาก เสริม และข้อมูลยาสู่ประชาชน พบว่า ดำเนินงานจัดทำ ฉลากยามาตรฐาน ฉลากยาเสริมในกลุ่มยาโรคเรื้อรัง กลุ่ม ยาฉุกเฉินและในยากลุ่มเสี่ยง High Alert Drug และกลุ่ม ยาที่ต้องมีการเฝ้าระวังเป็นพิเศษ และยาเทคนิคพิเศษต่างๆ นอกจากนี้ในกลุ่มผู้ป่วยพิเศษ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุก็ได้จัดทำ ฉลากช่วยที่มีตัวอักษรขนาดใหญ่และรูปภาพที่ช่วยสื่อสาร กับผู้ป่วยสูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดเจนและผู้ป่วยที่อ่าน หนังสือไม่ออกสามารถเข้าใจได้

นโยบายที่ 3 คือ E : การจัดทำหรือจัดหา เครื่องมือจำเป็นที่ช่วยทำให้เกิดการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล

คือระบบ HIMPRO ซึ่งทั้ง 4 โรงพยาบาลใช้ระบบโปรแกรม เดียวกัน มีระบบการแจ้งเตือน POP UP ในรายการยาได้ บันทึกรหัสข้อมูลแจ้งเตือนไว้ เช่น ยาที่มีความเสี่ยงสูง ยาที่มีอัน ตกิริยาระหว่างยา (Drug interaction) ข้อมูลแพ้ยาและ ข้อมูลสำคัญอื่นๆที่จำเป็นใช้ในการสื่อสารกับแพทย์ผู้สั่งใช้ ยา นอกจากนี้การสร้างระบบไลน์กลุ่ม เพื่อสื่อสาร ความเสี่ยงในทีมสหวิชาชีพ ซึ่งโรงพยาบาลห้วยทับทันมี จุดเด่นที่มีความแตกต่างคือมีการนำระบบโปรแกรม HRMS ซึ่งเป็นระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงของ สถานพยาบาล รายงานความเสี่ยงที่เป็นปัญหาด้านระบบ ยา สามารถรายงานข้อมูลเป็นแบบ real time ทำให้ทราบ ข้อมูลได้ทันที ทำให้สามารถมีการเฝ้าระวังปัญหาด้านยา เพื่อให้เกิดการใช้ยาสมเหตุสมผลในโรงพยาบาล

นโยบายที่ 4 คือ A : การสร้างความตระหนักรู้ ของบุคลากรทางการแพทย์และผู้รับบริการต่อการใช้ยาสม เหตุผล พบว่า มีการจัดรายงานผลการดำเนินงานทุกราย ไตรมาสและรายงานปัญหาความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ยา โดยนำเสนอข้อมูลผ่านคณะกรรมการความปลอดภัย ด้านยา คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก ของแต่ละ โรงพยาบาล มีการสื่อสารกับองค์กรแพทย์ ให้ทราบ สถานการณ์ โดยโรงพยาบาลเมืองจันทร์มีจุดเด่นที่มีความ แตกต่างคือ มีนโยบายให้มีการรายงานประจำวัน (Daily Performance) ซึ่งทำให้สื่อสารข้อมูลไปยังผู้ปฏิบัติ สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วและสามารถแก้ไขปัญหา ได้ทันที นอกจากนี้กรณีแพทย์ใช้ทุน จะมีการจัด ปฐมนิเทศ เพื่อรับทราบนโยบายการใช้ยาสมเหตุสมผล ในโรงพยาบาล และสื่อสารการดำเนินงานเช่น การลง ข้อมูลวินิจฉัยโรคตาม ICD-10 การชี้แจงเกณฑ์ประเมินตาม Template เพื่อให้แพทย์ได้รับทราบและสร้างความ ตระหนักในการสั่งใช้ยาของแพทย์ ส่งเสริมนโยบายการสั่ง ใช้ยาสมุนไพรในโรงพยาบาล และในส่วนของกรณีตระหนัก รู้ของผู้รับบริการเน้นเรื่องการให้ความรู้เรื่องยา การให้ คำแนะนำด้านยา

นโยบายที่ 5 คือ S : การดูแลด้านยาเพื่อความ ปลอดภัยของประชากรกลุ่มพิเศษ พบว่า ติดตามการใช้ยา

ในผู้ป่วยสูงอายุ สตรีตั้งครรภ์ สตรีให้นมบุตร ผู้ป่วยเด็ก ผู้ป่วยโรคไต และผู้ป่วยกลุ่มพิเศษที่มีการใช้ยาที่ต้องได้รับคำแนะนำพิเศษ ยาที่มีความเสี่ยงสูง เช่น warfarin ต้องติดตามค่า INR ซึ่งจำเป็นต้องให้คำแนะนำในเรื่องการรับประทานให้ถูกต้อง เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา นอกจากนี้พิจารณาคัดเลือกผู้ป่วยที่ต้องมีการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามการใช้ยาและเฝ้าระวังปัญหาจากการใช้ยาของผู้ป่วย

นโยบายที่ 6 คือ E : การส่งเสริมจริยธรรมและจรรยาบรรณทางการแพทย์ในการสั่งใช้ยา พบว่า มีการดำเนินการ ได้แก่ การคัดเลือกยาเข้าโรงพยาบาล เกณฑ์สัดส่วนการใช้ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติมากกว่าร้อยละ 90 การจัดทำกรอบบัญชียาโรงพยาบาล จัดทำแผนการใช้ยา การปฏิบัติให้ถูกต้องตามระเบียบพัสดุและเกณฑ์ประเมินคุณธรรมและความโปร่งใส(ITA) ด้านเวชภัณฑ์ โดยยึดหลักการดำเนินงานด้วยความโปร่งใส การจัดทำราคาอ้างอิงยา เพื่อเป็นฐานข้อมูลอ้างอิงราคาขายให้โรงพยาบาลสามารถจัดซื้อยาในราคาที่สมเหตุผลและเกิดมูลค่าประหยัด นโยบายไม่จัดกิจกรรมการส่งเสริมการขายยาในโรงพยาบาล

2.ด้านปัจจัยสนับสนุน

1) ด้านการสนับสนุนของผู้บริหาร พบว่า มีการขับเคลื่อนนโยบายลงสู่การปฏิบัติ โดยคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัดของโรงพยาบาล คณะอนุกรรมการความปลอดภัยด้านยา คณะกรรมการทีมนำทางคลินิก มีการควบคุมกำกับตัวชี้วัดและการกระตุ้นเตือนให้เจ้าหน้าที่ตระหนักถึงความสำคัญ เช่นรายงานผลการดำเนินงานและรายงานความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ยาในโรงพยาบาล ประจำเดือน นำรายงานปัญหาที่เกิดจากการเข้าที่ประชุมเพื่อวางแผนการแก้ไขปัญหา โดยปัจจัยด้านการสนับสนุนของผู้บริหารจะมีสำคัญอย่างมากต่อการดำเนินงานขององค์กรให้สำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนด

2) ด้านงบประมาณ พบว่า มีส่วนต่อการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลอย่างมาก เนื่องจากในการจัดทำโครงการรวมทั้ง การส่งเสริมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับ

การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของงาน และเนื่องด้วยงบประมาณค่อนข้างจำกัด ทำให้การกำกับติดตามงานต้องเน้นเรื่องการสื่อสารภายในองค์กร การจัดอบรมหรือประชุมที่ต้องใช้งบประมาณอาจทำได้ยาก

3) ด้านบุคลากร พบว่า มีเภสัชกรรับผิดชอบงานจำนวน 1 คน ซึ่งจะเป็นผู้กำกับติดตามตัวชี้วัดการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาลและรพ.สต. และทำหน้าที่ประสานกับทีมแพทย์ รวมถึงการจัดทำรายงานผลการดำเนินงานและรายงานความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ยา เพื่อสะท้อนไปยังทีมแพทย์ผู้สั่งใช้ยา นอกจากนี้ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศของโรงพยาบาลในการช่วยกำกับและตรวจสอบข้อมูลของตัวชี้วัด การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลในระบบHDC ซึ่งปัจจัยด้านบุคลากรมีส่วนสำคัญต่อการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายกำหนด

4) ด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า มีการจัดคู่มือ guideline ยาต่างๆ เช่น ยาปฏิชีวนะ 3 กลุ่มโรคแบบฟอร์มประเมินการใช้ยา (DUE) และการสื่อสารช่องทางต่างๆ เช่น ไลน์ โทรศัพท์ และการสื่อสารภายในองค์กร เน้นการนำระบบIT มาใช้ในระบบการดำเนินงาน เช่นระบบการรายงานความเสี่ยง การเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากยา Drug interaction เป็นต้น

5) ด้านประชาสัมพันธ์ พบว่า การสื่อสารภายในองค์กร ตามนโยบายของผู้บริหารโรงพยาบาลที่ต้องการให้ทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลรับทราบการดำเนินงานและมีการสะท้อนปัญหาที่เกิดจากการดำเนินงานได้ทันที ส่วนในเรื่องการประชาสัมพันธ์มีช่องทางการสื่อสารผ่าน เว็บไซต์ และFacebook ของโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้สะดวกรวดเร็ว และการสร้างความรอบรู้ให้กับประชาชน มีการดำเนินโครงการและกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่อสม. ผู้ดูแลผู้ป่วยภาคประชาชน เพื่อให้เข้าและสามารถส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชนมากขึ้น ซึ่งปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์ทั้งส่วนที่เป็นการสื่อสารกันภายในองค์กรบุคลากรทาง

การแพทย์ เกิดความตระหนักในเรื่องการใช้จ่ายสมเหตุผล และการประชาสัมพันธ์ให้กับผู้มารับบริการได้เข้าใจและมีความรู้เรื่องการใช้ยาสมเหตุผลมากขึ้น

3.ด้านกระบวนการ พบว่า มีระบบการดำเนินงานที่ขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด ในด้านการบริหารยาและเวชภัณฑ์ และคณะอนุกรรมการความปลอดภัยด้านยา บทบาทสำคัญในด้านการกำกับติดตามความปลอดภัยด้านยา เฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดจากยา และการขับเคลื่อนนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาล กำกับติดตามตัวชี้วัดอย่างใกล้ชิด และสะท้อนปัญหาที่เกี่ยวข้องได้รับทราบ ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยปีงบประมาณ 2565 ผลการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลโรงพยาบาลผ่านเกณฑ์การประเมินทั้ง 4 โรงพยาบาล

4.ด้านปัจจัยความสำเร็จ พบว่า การดำเนินงานด้านนโยบายที่ชัดเจน ผู้บริหารให้ความสำคัญในการกำกับติดตามตัวชี้วัด และการสะท้อนปัญหาและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล ที่มีเจตนาความร่วมมือกันในการพัฒนางานเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายตัวชี้วัด รวมถึงวัฒนธรรมองค์กรที่เน้นการสื่อสารทำความเข้าใจ โดยการดำเนินงานในทุกส่วนจะได้รับการสนับสนุนจากทีมแพทย์ เช่น การจัดทำคู่มือ แนวทางปฏิบัติต่างๆที่สามารถนำไปปฏิบัติ และการมีระบบโปรแกรมบริการที่สามารถเป็นช่องทางในการเฝ้าระวังความเสี่ยงจากการใช้ยา การรายงานความเสี่ยง ที่เป็นดำเนินงานเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน

5.ด้านโอกาสพัฒนา พบว่า การดำเนินงานเชิงรุกมุ่งเน้นที่ประชาชน และการวางแผนกำกับติดตามการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่บางส่วนมีการถ่ายโอนภารกิจไปองค์การบริหารส่วนจังหวัดที่ต้องกำกับบทบาทและกรอบการทำงานให้ชัดเจน การพัฒนางานเภสัชกรรมปฐมภูมิ เพื่อเป็นการค้นหาปัญหาด้านยาเชิงรุก และสามารถสร้างความรู้และความเข้าใจในเรื่องการใช้ยาให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้ การส่งเสริมให้ร้านยาหรือคลินิกสามารถเชื่อมต่อข้อมูลด้านยากับทางโรงพยาบาล รณรงค์การเขียนชื่อยานของยากับทาง

สอดคล้องกับแผนนโยบายการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลของจังหวัดศรีสะเกษ ให้เป็นรูปธรรมมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผลมากขึ้น

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community)

1.ด้านนโยบาย

นโยบายที่ 1 การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในโรงพยาบาล (Proactive Hospital Based Surveillance) พบว่า การค้นหาปัญหาของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยที่มีการแพ้ยารุนแรง ผู้ป่วยที่มีการแพ้ยาที่รับประทานยาที่ต้องติดตามการใช้ยา ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลด้านยา มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยเยี่ยมบ้าน โดยทีมปฐมภูมิ ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพ และการประสานงานกับเครือข่ายจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. Caregiver เป็นทีมเยี่ยมบ้านร่วมเพื่อรับทราบข้อมูลผู้ป่วยและดำเนินติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้โรงพยาบาลยังมีระบบการส่งต่อข้อมูลแพทย์ของผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อข้อมูลในการลงระบบฐานข้อมูลของผู้ป่วย เป็นการป้องกันปัญหาการแพ้ยาซ้ำ

นโยบายที่ 2 การเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกในชุมชน (Active Community Based Surveillance) พบว่า การดำเนินงานเป็น 2 ส่วนคือ (1) การดำเนินงานปฐมภูมิเป็นการดำเนินงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลและภาคีเครือข่ายระดับตำบล เป็นทีมในการเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาจากการใช้ยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพ และสื่อสารในการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และแจ้งผลการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อให้ทีมสหวิชาชีพได้ประเมินระดับความรุนแรง และแก้ไขปัญหาตามขั้นตอนต่อไป (2) การเฝ้าระวังปัญหาจากยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน โดยการสำรวจการกระจายยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชน เพื่อเฝ้าระวังปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพและโฆษณาผลิตภัณฑ์สุขภาพในพื้นที่ โดยใช้เครื่องมือสำรวจจำ GIS (ทอมแดง

Project) ที่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษได้พัฒนาให้มีการใช้และตรวจสอบปัญหาและผลิตภัณฑ์สุขภาพแบบ real time เพื่อดำเนินการจัดการปัญหาต่อไป

นโยบายที่ 3 การสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนเพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (Community Participation) พบว่า การสร้างความเข้มแข็งของคนในชุมชน การพัฒนาองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อดำเนินการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในสถานที่จำหน่ายในชุมชน การตรวจสอบเรื่องร้องเรียน เฝ้าระวังปัญหาการแพร่ การพัฒนาร้านชำคุณภาพ ซึ่งเป็นร้านชำปลอดยาอันตราย การประชาสัมพันธ์ความรู้เรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน ร่วมเฝ้าระวังและปิดกั้นโฆษณาและการขายผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ผิดกฎหมายทางสื่อออนไลน์ ภายใต้แคมเปญ “No Like No Share No Follow กด Report ปิด” กำหนดให้เป็นกิจกรรมที่ช่วยกันรณรงค์ในพื้นที่

นโยบายที่ 4 การส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในภาคเอกชน (Good Private Sector) พบว่า มีการขอความร่วมมือให้สถานพยาบาลเอกชนและร้านยามีการเขียนชื่อยาบนซองยา หรือมีการนำระบบโปรแกรมซึ่งสามารถพิมพ์ฉลากยาแบบ real time โดยเน้นที่ร้านยาที่มีเภสัชกรเป็นผู้ปฏิบัติแบบ fulltime รวมถึงการขอความร่วมมือให้สถานพยาบาลเอกชนประเมินตนเอง เพื่อเป็นฐานข้อมูลให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อพัฒนาการดำเนินงานต่อไป นอกจากนี้มีการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพความรู้เรื่องการใช้อา มี การเข้าร่วมตามโครงการที่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้จัดขึ้น เช่น การอบรมให้ความรู้เรื่องการใช้อาปฏิชีวนะในร้านยา เป็นการสร้างความมั่นใจและความตระหนักรู้ในเรื่องการใช้อาสมเหตุผลในร้านยา นอกจากนี้ในส่วนของร้านชำ การตรวจและสนับสนุนให้ทุกตำบลมีร้านชำคุณภาพ ปลอดยาอันตราย โดยทางอำเภอร่วมค้นหาและคัดเลือกร้านชำคุณภาพและมีการมอบป้ายร้านชำคุณภาพที่ปลอดยาอันตราย

นโยบายที่ 5 การสร้างความรอบรู้ด้านการใช้อาอย่างสมเหตุผลของประชาชน (RDU Literacy) พบว่า กระบวนการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านยาเชิงรุกที่เชื่อมระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน สนับสนุนภาคีเครือข่ายรวมถึงผู้ประกอบการด้านยาภาคเอกชน ซึ่งเป็นจุดในการกระจายยาให้กับชุมชน สนับสนุนการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาร่วมกัน การแจ้งเตือน เฝ้าระวังปัญหา และจัดการปัญหาร่วมกัน โดยกิจกรรมเน้นการสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็งพัฒนาศักยภาพความรู้ของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคและผู้ประกอบการ ฝึกการใช้เครื่องมือในการตรวจร้านชำ GIS (หอมแดง project) การให้อาสาสมัครเป็นทีมตรวจร้านชำร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับอำเภอ และให้คำแนะนำในการเลือกผลิตภัณฑ์สุขภาพที่เหมาะสมกับผู้ประกอบการ นอกจากนี้มีการประเมินความรู้เรื่องผลิตภัณฑ์สุขภาพของผู้ประกอบการในระหว่างเข้าตรวจเพื่อเป็นการประเมินความรู้เบื้องต้น และสามารถทำความเข้าใจแก่ผู้ประกอบการอีกด้วย

2.ด้านปัจจัยสนับสนุน

1) ด้านการสนับสนุนของผู้บริหาร พบว่า การดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน มีการขับเคลื่อนนโยบายโดยคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ โดยคณะกรรมการคปสอ. ที่ให้ความสำคัญในการดำเนินงาน กำหนดแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการประชุมมอบนโยบายการดำเนินงาน การกำกับตัวชี้วัดของรพ.สต. รวมถึงระบบการประสานงานและการคืนข้อมูลระหว่าง RDU Coordinator ระดับอำเภอที่จะประสานงานและคืนข้อมูลให้กับชุมชน กระบวนการที่เน้นระบบการดำเนินงานเป็นเครือข่าย ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ แต่เนื่องด้วยมีนโยบายการถ่ายโอนภารกิจรพ.สต.ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด ทำให้ทิศทางการและนโยบายดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคของรพ.สต.ขาดความชัดเจน ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน

2) ด้านงบประมาณ พบว่า งบประมาณที่ค่อนข้างจำกัดและไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน รูปแบบ

การดำเนินงานจึงเน้นที่การดำเนินงานอาศัยเครือข่ายในพื้นที่เพื่อเป็นฝ่ายระวัง เนื่องจากงบประมาณในการดำเนินงานไม่เพียงพอ ส่วนของโครงการของรพ.สต. มีการขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบลเพื่อใช้ในการดำเนินงาน และเนื่องด้วยบางแห่งมีการถ่ายโอนภารกิจไปท้องที่การบริหารส่วนจังหวัด การดำเนินกิจกรรมมีการชะลอโครงการ ซึ่งต้องรอความชัดเจนในการดำเนินงาน โดยปัจจัยด้านงบประมาณมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการดำเนินโครงการและจัดกิจกรรมพื้นที่ หากงบประมาณไม่เพียงพอส่งต่อการดำเนินงานที่ขาดความต่อเนื่อง

3) ด้านบุคลากร พบว่า มีการกำหนดบุคลากรที่เป็น RDU Coordinator จำนวน 2 คน ได้แก่ เกษีกร และ นักวิชาการสาธารณสุขในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งจะทำหน้าที่ประสานงานในการดำเนินงาน นอกจากนี้การดำเนินงานที่มุ่งเน้นการดำเนินงานเป็นเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภค เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และผู้ประกอบการ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่เป็นของคนในพื้นที่ ทำให้เข้าใจในบริบทและคุ้นเคยกับคนในชุมชนได้เป็นอย่างดี มีส่วนขับเคลื่อนในการดำเนินงานแต่ด้วยปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและการหมุนเวียนเปลี่ยนผู้รับผิดชอบ ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง

4) ด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า การดำเนินงานในปัจจุบันด้านวัสดุอุปกรณ์ได้แก่ เครื่องมือในการตรวจรักษาเป็นเครื่องมือในการตรวจรักษา GIS (หอมแดง Project) เป็นระบบที่สามารถประมวลได้อย่างรวดเร็วและเป็น real time ซึ่งผู้สำรวจต้องมีโทรศัพท์ Smart Phone และมีระบบอินเทอร์เน็ตที่มีระบบสัญญาณที่ดี ทำให้บางพื้นที่ก็เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน นอกจากนี้ยังเห็นว่าอุปกรณ์อื่นเช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ หรือเอกสารแผ่นพับที่เป็นสื่อให้ความรู้ยังมีความจำเป็นในการดำเนินงานในชุมชน เพราะประชาชนส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้ทั้งหมดและยังเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อการดำเนินงานเพื่อสร้างความเข้าใจให้กับประชาชน

5) ด้านการประชาสัมพันธ์ พบว่า การดำเนินงานเน้นสื่อสารกันภายในชุมชน มีการประชุมสรุปปัญหาที่เกิดขึ้นประจำเดือน โดยมีมติของคนในชุมชนให้มีการรายงานปัญหาในที่ประชุมประจำทุกเดือน เพื่อแจ้งเตือนและตระหนักปัญหาที่เกิดขึ้น การประชาสัมพันธ์เสียงตามสาย หอกระจายข่าว ไลน์กลุ่มหมู่บ้าน สิ่งที่ยังขาดและจำเป็น คือป้ายประชาสัมพันธ์ด้านยา เพราะคนในชุมชนโดยเฉพาะผู้สูงอายุยังไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้ทั้งหมด

4.ด้านกระบวนการ พบว่า ดำเนินการตาม Key Activity 5 กิจกรรม โดยการเชื่อมโยงตั้งแต่ระบบการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุสมผลในโรงพยาบาล ส่งต่อผู้ป่วยที่พบปัญหาจากการใช้ยา โดยประสานกับงานปฐมภูมิ และเครือข่ายดำเนินงานติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน นอกจากนี้การให้ความรู้แก่เครือข่ายและผู้ประกอบการ เช่นการตรวจร้านมีการประเมินความรู้ของผู้ประกอบการ จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การคืนข้อมูลให้กับชุมชนผ่านช่องทางสื่อสาร เช่น ประชุมคณะกรรมการคส.ระดับอำเภอ ไลน์กลุ่ม เป็นต้น

4.ด้านปัญหาและอุปสรรค พบว่า นโยบายการดำเนินงานร่วมกับรพ.สต.ที่มีการถ่ายโอนภารกิจ และขอบเขตการกำกับติดตาม ซึ่งขาดความชัดเจน และทัศนคติของคนในชุมชน พบปัญหาร้านขายยามีการจำหน่ายยาอันตราย และมีการเรียกหาขายอันตรายทำให้ผู้ประกอบการจำเป็นต้องซื้อมาเพื่อจำหน่ายให้กับคนในชุมชน พบปัญหาการเร่งที่มีการจำหน่ายยา ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องอาศัยคนในชุมชนที่ต้องแจ้งเบาะแส นอกจากนี้การขาดความรู้ของเจ้าหน้าที่ด้านกฎหมาย การหมุนเวียนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทำให้ขาดความต่อเนื่องในการพัฒนางาน

5.ด้านปัจจัยความสำเร็จ พบว่า ระบบการเฝ้าระวังเชิงรุกในโรงพยาบาล ซึ่งจุดเด่นของโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย มีทีมแพทย์ที่มีแพทย์ด้านเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 4 คน ซึ่งมีความพร้อมในการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ทำให้การดำเนินงานเฝ้าระวังเชิงรุกในโรงพยาบาล ส่งต่อมาที่ระบบการเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน

สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง การใช้เครื่องมือการสำรวจร้านชำ GIS สามารถทราบปัญหาด้านยาและผลิตภัณฑ์สุขภาพในชุมชนได้แบบ real time และการสนับสนุนองค์กรผู้บริโภคที่มีศักยภาพและพร้อมที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน โดยมีองค์กรคุณภาพที่ผ่านการประเมินอกผ.3 จำนวน 1 แห่ง คือ ชมรมคุ้มครองผู้บริโภคตำบลชะยูง อำเภออุทุมพรพิสัย และองค์กรคุณภาพ ได้แก่ องค์กรคุ้มครองผู้บริโภคชุมชนบ้านหนองกอก อำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ ชมรมคุ้มครองผู้บริโภคชุมชนเมืองหลวง อำเภอห้วยทับทัน และชมรมคุ้มครองผู้บริโภคตำบลหนองใหญ่ ซึ่งเป็นองค์กรคุณภาพที่เป็นต้นแบบและพร้อมที่ขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน

6.ด้านโอกาสพัฒนา พบว่า การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการใช้เทคโนโลยี การอบรมพัฒนาความรู้ เรื่องการใช้ยาสมเหตุผลให้กับอาสาสมัครสุขภาพจิต (Caregiver) ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเรื่องการใช้จ่าย ซึ่งมีผลต่อความเชื่อและทัศนคติและพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย การสนับสนุนเครือข่ายให้มีการจัดตั้งองค์กรผู้บริโภคให้มีครบทุกตำบล และพัฒนาต่อยอดเป็นองค์กรคุณภาพ เพื่อเป็นการพัฒนาเครือข่ายภาคประชาชนสร้างความรอบรู้ให้กับประชาชน ให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้และปลอดภัยจากการใช้จ่าย

บทสรุป

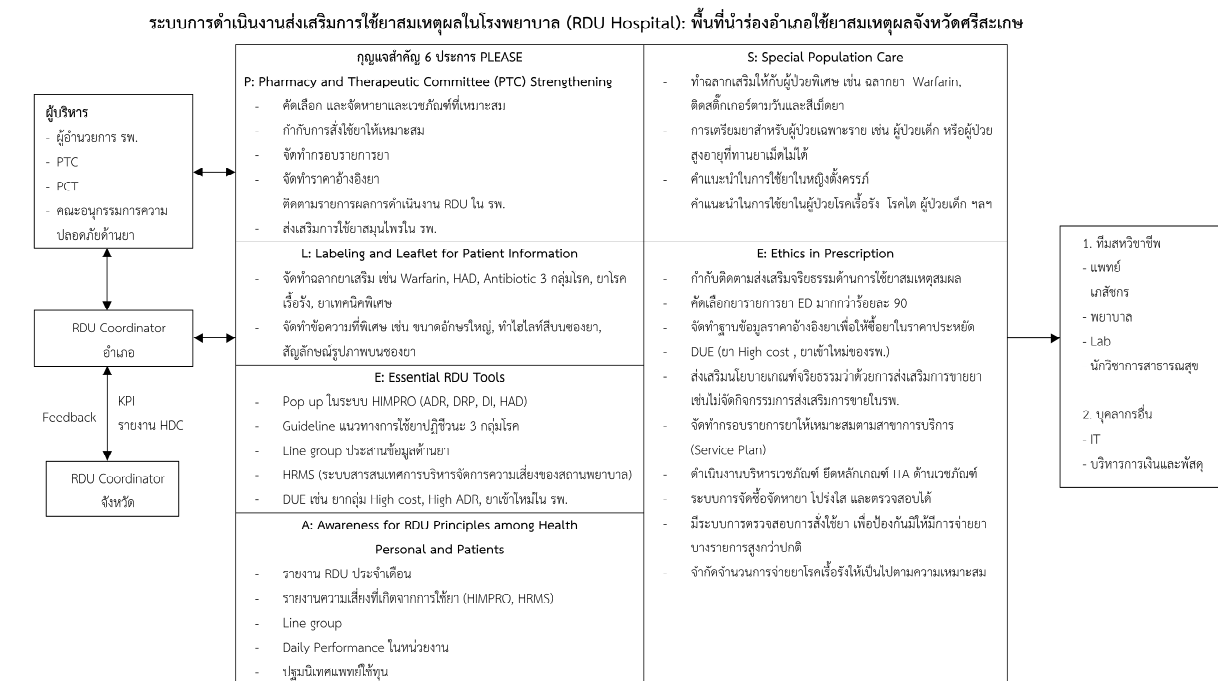
การดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลจังหวัดศรีสะเกษ โดยดำเนินการศึกษามรพื้นที่นำร่อง 4 อำเภอ คือ อำเภออุทุมพรพิสัย ห้วยทับทัน เมืองจันทร์ โพธิ์ศรีสุวรรณ ที่มุ่งเน้นพัฒนาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในระดับอำเภอ (RDU District) เพื่อพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาสมเหตุผล (RDU Province) มีการดำเนินงานครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ (1) การพัฒนาโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชนให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU Hospital) (2) การพัฒนาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (RDU Community) (3) การพัฒนาสถานพยาบาลเอกชน และร้านยาให้มีการใช้ยาอย่างสมเหตุผล (RDU in Private Sectors) โดยสรุปการดำเนินงานพัฒนาสู่การใช้ยาสมเหตุผล (RDU Province)ในพื้นที่นำร่อง ได้ดังนี้

1.การดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาล

กลไกการดำเนินงานขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการเภสัชกรรมบำบัด คณะอนุกรรมการความปลอดภัยด้านยาและทีมนำคลินิกของโรงพยาบาลในกำกับติดตามการดำเนินงานตามนโยบายกฎแฉสำคัญ 6 ประการ (PLEASE) เพื่อให้เกิดกลไกการดำเนินงานที่ครอบคลุม โดยมุ่งเน้นการดำเนินการส่งเสริมให้เกิดการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาล การดำเนินงานโดย RDU Coordinator ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานและติดตามตัวชี้วัดมีระบบการรายงานข้อมูล สื่อสารข้อมูลภายในองค์กรและระบบส่งต่อข้อมูลกับรพ.สต.ที่เป็นลูกข่ายในการดำเนินงาน รวมถึงการประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีการนำเทคโนโลยีที่เป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่สะดวกรวดเร็วทำให้สามารถคืนข้อมูลให้กับผู้ปฏิบัติได้ และปัจจัยที่สนับสนุนทั้งในด้านผู้บริหารซึ่งมีส่วนในการขับเคลื่อนนโยบาย งบประมาณในการดำเนินกิจกรรม บุคลากรที่ต้องอาศัยทั้งทีมสหวิชาชีพ และบุคลากรในหน่วยสนับสนุน เช่น เจ้าหน้าที่ศูนย์เทคโนโลยี การเงินและพัสดุในการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ให้ถูกต้องตามระเบียบพัสดุ วัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน เช่น เครื่องมือที่จำเป็นในการดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (เกษศิริพันธ์ วิเชียรเจริญ อารยา ประเสริฐชัยและธีรวัชร ธรรมกุล,2565) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี พบว่าโรงพยาบาลมีระบบการสะท้อนข้อมูลการดำเนินงาน RDU ย้อนกลับแก่แพทย์ผู้สั่งใช้ยาเพื่อการติดตามและแก้ไข ปัญหา ซึ่งเป็นเครื่องมือจำเป็นอย่างหนึ่งในการช่วยให้เกิดการสั่งใช้ยาอย่างสมเหตุผล และคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดระดับโรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามนโยบายที่เข้มแข็งเป็นกระบวนการที่สำคัญที่ทำให้การดำเนินงานตามนโยบายมีประสิทธิภาพ และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ (จันทร์จรรย์ ดอกบัว และนุศราพร เกษสม

บุรณ์,2559) ศึกษาการประเมินกระบวนการนำนโยบาย
เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาไปสู่
การปฏิบัติในโรงพยาบาลปทุมราชวงศา พบว่า
กระบวนการนำนโยบาย เกณฑ์จริยธรรมว่าด้วยการ
ส่งเสริมการขายยาไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลปทุมราช
วงศา จังหวัด อำนาจเจริญ ได้แก่ การประสานงานที่ดี
ระหว่างหน่วยงาน ความสามารถในการบริหารจัดการที่ดี
ของโรงพยาบาล และสอดคล้องกับงานวิจัยของ (สุทธิณี
เรืองสุพันธ์ และวรวุฒิ สุพิชญ์, 2563) พบว่า การจัดการเชิง

ระบบในการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลที่มีประสิทธิภาพ
จะส่งผลทำให้เพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาของผู้ป่วย
ได้มากขึ้น ทำให้เกิดความสำเร็จของการนำนโยบายไป
ปฏิบัติของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ซึ่งทั้งหมดจะเป็น
กุญแจสำคัญในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล
ในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ โดยการสรุปการศึกษานำ
ข้อมูลทั้งหมดนำเสนอระบบการดำเนินงานส่งเสริมการใช้
ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาลจังหวัดศรีสะเกษ ตามแผนภาพ
ที่ 1 ได้ดังนี้



แผนภาพ 1 : ระบบการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในโรงพยาบาล(RDU Hospital) จังหวัดศรีสะเกษ
พื้นที่นำร่องอำเภอใช้ยาสมเหตุผล : อำเภออุทุมพรพิสัย ห้วยทับทัน เมืองจันทร์ โพธิ์ศรีสุวรรณ

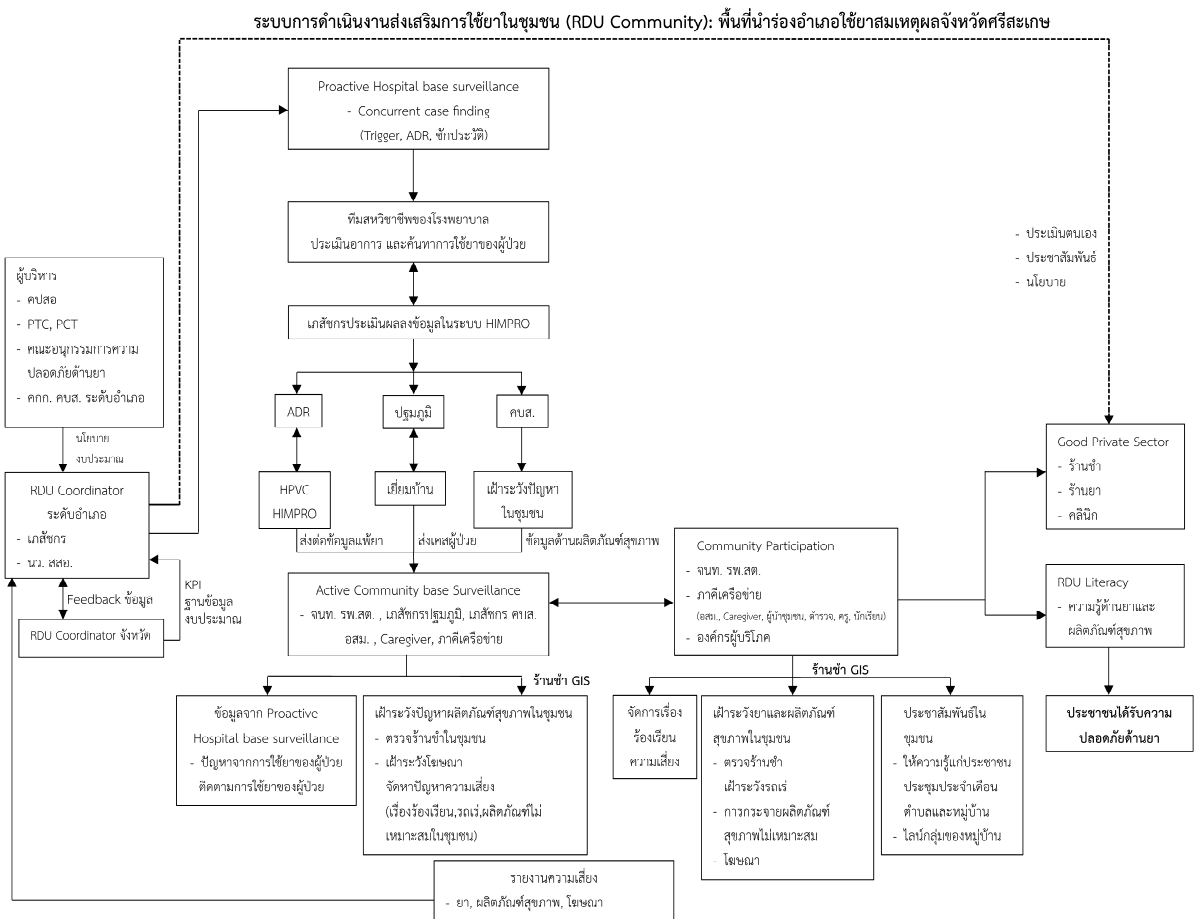
2.การดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลในชุมชน

การดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล
ในชุมชน ดำเนินการตาม Key Activity 5 กิจกรรม โดย
การขับเคลื่อนนโยบายลงสู่การปฏิบัติ โดยคณะกรรมการ
ประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) กำกับ
ติดตามการดำเนินงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา และ
ผลิตภัณฑ์สุขภาพ การส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัยด้านยา

ในชุมชน โดย RDU Coordinator เป็นผู้กำกับติดตามและ
ประสานงานการดำเนินงาน เชื่อมโยงตั้งแต่ระบบการ
ส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลเชิงรุกในโรงพยาบาลการ ได้แก่
การส่งต่อผู้ป่วยที่พบปัญหาจากการใช้ยาประสานกับงาน
ปฐมนุฎิ โดยทีมสหวิชาชีพและเครือข่ายดำเนินงานติดตาม
เยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชน การสำรวจเฝ้าระวังปัญหาที่เกิด
จากการใช้ยาในชุมชน การสำรวจร้านชำ โดยเครื่องมือร้าน
ชำGIS และกรณีที่พบปัญหามีระบบการส่งต่อข้อมูลไปยัง

อำเภอและจังหวัดตามระดับความรุนแรงของปัญหา และนอกจากนี้การให้ความรู้แก่เครือข่ายและผู้ประกอบการ เช่นกรณีที่ตรวจร้านชำก็จะมี การประเมินความรู้ของผู้ประกอบการ การจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพเครือข่าย การดำเนินงานส่งเสริมการใช้จ่ายสมเหตุผลในชุมชน การคืนข้อมูลให้กับชุมชน โดยผ่านที่ประชุมประจำเดือนของตำบล เพื่อให้ชุมชนสามารถสะท้อนปัญหาในพื้นที่ เพื่อหามาตรการชุมชนที่สามารถจัดการปัญหาของคนในชุมชน เกิดการเรียนรู้เพื่อป้องกันตนเองจากปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้การนำเสนอข้อมูลในประชุมคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภคระดับอำเภอ เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการดำเนินงานส่งเสริมการใช้จ่ายที่เหมาะสมในพื้นที่ต่อไป

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ(พัฒนาชิตา โยคะนิตย์และ นรินทร์ สังข์รักษา,2553) ศึกษาการถอดบทเรียนการเรียนรู้สุขภาพชุมชน ตำบลหนองสาหร่าย อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี พบว่า การสร้างกระบวนการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นรูปธรรมของชุมชนเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาชุมชนในวิถีทางที่ทำให้ประชาชนรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน เล็ก ซึ่งทั้งหมดเป็นกิจกรรมสำคัญในการขับเคลื่อนในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้จ่ายสมเหตุผลในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ โดยการสรุปการศึกษานำข้อมูลทั้งหมดนำเสนอระบบการดำเนินงานส่งเสริมการใช้จ่ายสมเหตุผลในชุมชนจังหวัดศรีสะเกษ ตามแผนภาพที่ 2 ได้ดังนี้



แผนภาพ 2 : ระบบการดำเนินงานส่งเสริมการใช้จ่ายสมเหตุผลในชุมชน(RDU Community) จังหวัดศรีสะเกษ
พื้นที่นำร่องอำเภอใช้ยาสมเหตุผล : อำเภออุทุมพรพิสัย ห้วยทับทัน เมืองจันทร์ โพธิ์ศรีสุวรรณ

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1.การจัดทำแผนพัฒนาการดำเนินงานพัฒนาสู่จังหวัดใช้ยาสมเหตุผล โดยมีการกำหนดรูปแบบการดำเนินงานอำเภอใช้ยาสมเหตุผล เพื่อเป็นยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ

2.ภาครัฐสนับสนุนเครื่องมือที่สามารถในการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผลที่สามารถใช้ร่วมกันทั้งประเทศ เพื่อเป็นการสร้างฐานข้อมูลการดำเนินงานที่เป็นระบบใหญ่ และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานได้

3.สนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล เช่น การพัฒนาองค์กรคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาความปลอดภัยด้านยาในชุมชน

4.การกำหนดหลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยมีการกำหนดหลักสูตรที่มีหลายระดับ ตามศักยภาพของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน เช่น แพทย์ เภสัชกร พยาบาล บุคลากรสาธารณสุข อสม. Caregiver เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง (References)

กองบริหารการสาธารณสุข(2563). แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบการใช้ยาอย่างสมเหตุผลในชุมชน (พิมพ์ครั้งที่1).นนทบุรี.

เกษศิริรินทร์ วิเชียรเจริญ อารยา ประเสริฐชัยและธีรวัชร ธรรมกุล. (2565). การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 8(1), 110-122.

คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล(2558). คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล.(พิมพ์ครั้งที่1).นนทบุรี

จันทร์จรรย์ ดอกบัวและนุศราพร เกษสมบูรณ์. (2559). การประเมินกระบวนการนำนโยบาย เกณฑ์จริยธรรม ว่าด้วยการส่งเสริมการขายยาไปสู่การปฏิบัติใน

โรงพยาบาลปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารเภสัชกรรมไทย. 8(2),309-317.

บุญมี พันธุ์ไทย(2559). ระเบียบวิธีวิจัยการศึกษาเบื้องต้น (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง

พ.อ.ดร.กริช อินทราทิพย์และพ.อ.หญิง อรยา พูลทรัพย์. (2561). การถอดบทเรียน.สืบค้นเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2565.จาก <https://rtanc.ac.th/wp-content/>.

พัฒนจิตา โยคะนิตย์และนรินทร์ สังข์รักษา.(2553). การถอดบทเรียนการเรียนรู้สู่สุขภาพชุมชน ตำบลหนองสาหร่าย อำเภอพนมทวน จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารศิลปการศึกษาวิจัย, 2(1), 132-140.

วัฒนาโนนพองสูง(2559). การถอดบทเรียนกระบวนการเรียนรู้ชุมชนเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมสำหรับพ่อแม่ผู้รู้จากกิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กโดยชุมชนกรณีศึกษาคลองสองต้นนุ่น(วิทยานิพนธ์ปริญญา ามหาบัณฑิต).กรุงเทพฯ มหานคร: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา(2565). จุดประกาย RDU Community กรณีศึกษา 10 พื้นที่ของภพย. จัดหมายข่าวศูนย์ข้อมูลเฝ้าระวังระบบยา. ยาวิพากษ์. ม.ค.-ก.พ. 2565; 12(1): 1-24.

สุทธิณี เรื่องสุพันธุ์และวรวุฒิ สุพิชญ์.(2563). การจัดการเชิงระบบสู่การใช้ยาอย่างสมเหตุผลในเครือข่ายอำเภอโนนสูง. วารสารเภสัชกรรมคลินิก, 26(2), 61-78.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ(2564). สรุปผลการดำเนินส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล. ศรีสะเกษ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ(2565). สรุปผลการดำเนินส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล. ศรีสะเกษ

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้ High Flow Nasal Cannula ในผู้ป่วยทารกแรกเกิด ที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

เฉลิมพล ธิปเทศ¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ความล้มเหลว ในการรักษาจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายในการรักษา ในผู้ป่วยกลุ่มที่รักษาแบบ conventional กับแบบ HFNC กลุ่มตัวอย่างคือทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ในรพ.กันทรลักษณ์คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 100 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ข้อมูลทั่วไป และผลการรักษา ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงโดยผู้เชี่ยวชาญโดยเก็บรวบรวมข้อมูล จากฐานข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจล้มเหลวในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2565 รวม 4 ปี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Chi-Square test , Independent t test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับการรักษาแบบ conventional 48 คน(48.0%) รักษาแบบ HFNC 52 คน (52.0%) กลุ่มที่รักษาแบบ HFNC มีผลการรักษาที่ดีกว่ากลุ่ม conventional ส่วนด้านภาวะแทรกซ้อน ความล้มเหลว ในการรักษาจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ พบว่า กลุ่ม HFNC มีน้อยกว่ากลุ่ม conventional โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยกลุ่ม conventional มีอัตราการล้มเหลวจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ 97% ส่วนกลุ่ม HFNC มีอาการดีขึ้น 84% ส่วนจำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษาไม่แตกต่างกันทางสถิติ ทั้งกลุ่มที่รักษาแบบ conventional กับ HFNC โดยทั้ง 2 กลุ่มมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย ประมาณ 5 วัน และค่าใช้จ่ายเฉลี่ย ประมาณ 17,000 บาท ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีข้อมูลทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน โดยส่วนมาก คลอดครบกำหนด น้ำหนักแรกคลอดอยู่ในช่วง 2500-3500 กรัม และส่วนมากคลอด normal labor พบผู้ป่วยมี birth asphyxia 3 คน , meconium 4 คน กลุ่ม conventional พบมี twin 2 คน , BBA 1 คน , shoulder dystocia 1 คน กลุ่ม HFNC พบมี placenta previa 1 คน , BBA 1 คน Main disease พบว่ากลุ่มที่รักษาด้วย conventional และ HFNC มีโรค early onset neonatal sepsis ร้อยละ 50.9 และ 49.1 มีโรค congenital pneumonia ร้อยละ 50 และ 50 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ได้แก่ บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ควรพิจารณาใช้ HFNC เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดการใส่ท่อช่วยหายใจ เพื่อให้ผลการรักษาดีขึ้น

คำสำคัญ High Flow Nasal Cannula. ผู้ป่วยทารกแรกเกิดมีภาวะหายใจล้มเหลว

¹นายแพทย์ชำนาญการ แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ E-mail: Jackmd26@hotmail.com

Efficacy Study of High Flow Nasal Cannula in Neonatal Patients with Respiratory Failure In Kantharalak Hospital, Sisaket Province

Chalermpon Thippated¹

Abstract

The purpose of this descriptive research aim to compare treatment results, complications, treatment failure leading to endotracheal intubation, the number of bed days, and treatment costs. In the group of patients treated with conventional and HFNC, the sample group consisted of newborns with respiratory failure. In Kantharalak Hospital, was calculated using the G*Power 3.1.9.4 package 100 sample, collected data medical records of newborn patients with respiratory failure, between January 1, 2019 and December 31, 2022, for a total of 4 years using a tool consisting of 2 parts: general information and treatment results, reliability and validity by experts. Data were analyzed with descriptive statistics, including number, percentage, mean, proportion, standard deviation and inferential statistics; including the Chi-Square, Independent t-test.

The results found that the sample group received conventional treatment: 48 people (48.0%) and 52 people (52.0%) received HFNC treatment. The HFNC treatment group had better treatment results than the conventional group. In terms of complications, treatment failures requiring intubation were found to be less in the HFNC group than in the conventional group, with a statistically significant difference ($P < 0.001$). The conventional group had a higher rate of failures requiring intubation. Assisted breathing was 97%, while the HFNC group had an 84% improvement in symptoms. As for the number of days of bed rest, treatment costs were not statistically different. Both groups treated with conventional and HFNC, both groups had an average number of days of bedtime of approximately 5 days and an average cost of approximately 17,000 baht. Patients in both groups had similar general information. Most of them were born at full term, their birth weight was within the range of 2500–3500 grams, and most of them were born in normal labor. Birth asphyxia was found in 3 people, and meconium in 4 people. In the conventional group, there were 2 twins, BBA in 1 person, and shoulder dystocia in 1 person. In the HFNC group, there was placenta previa in 1 person and BBA in 1 person. Main disease people found that the groups treated with conventional and HFNC had early-onset neonatal sepsis at 50.9% and 49.1% and congenital pneumonia at 50% and 50%, respectively, which were not statistically different.

The conclusion includes personnel caring for newborn patients with respiratory failure. HFNC should be considered to help reduce complications. Reduce intubation for better treatment results.

Keywords: High Flow Nasal Cannula, Neonatal Patients with Respiratory Failure

Medical Physician Professional, Kantharalak Hospital, Sisaket Province, E-mail: Jackmd26@hotmail.com

บทนำ

ภาวะหายใจล้มเหลว เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในทารกแรกเกิด จัดเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขของทั่วโลกและประเทศไทย ส่งผลกระทบต่อเด็กมีภาวะแทรกซ้อน อาจถึงขั้นเสียชีวิตได้ ต้องนอนรักษาในรพ.นานขึ้น เสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้นทุกปี WHO รายงานในปี 2010 มีทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจล้มเหลว 18 ราย ต่อ 1000 การเกิดมีชีพ และในกลุ่มนี้มีอัตราการตายสูงถึง 11.1% ซึ่งพบมากในกลุ่ม low birth weight, congenital anomalies ในรพ.กันทรลักษณ์มีผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ปี 2562-2565 จำนวน 40, 55, 62, 60 ราย ตามลำดับ การช่วยหายใจในทารกที่มีภาวะหายใจล้มเหลว มีบทบาทสำคัญในการดูแลระยะวิกฤติ โดยมีการใส่ท่อช่วยหายใจร่วมกับเครื่องช่วยหายใจ และเทคนิคการช่วยหายใจโดยไม่ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ เช่น nasal CPAP, nasal IMV รวมถึง การใช้ HFNC ซึ่งมีแนวโน้มการใช้มากขึ้น

High Flow Nasal Cannula (HFNC) เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยด้วยออกซิเจน ซึ่งเป็นส่วนผสมระหว่างอากาศกับออกซิเจน 100% ที่มีอัตราการไหลมากกว่า Inspiratory Flow ของผู้ป่วย ผ่านทางท่อจมูก (nasal cannula) โดยออกซิเจนได้ผ่านกระบวนการปรับอุณหภูมิให้ใกล้เคียงกับอุณหภูมิร่างกาย คือ 34 – 37 องศาเซลเซียส และมีความชื้นสัมพัทธ์ 100% มีอัตราการไหลมากกว่า 2 ลิตรต่อนาที ในเด็กเล็ก หรือมากกว่า 6 ลิตรต่อนาทีในเด็กโต

การทำงานของ High Flow Nasal Cannula (HFNC) จะทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้นและทำให้ประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้นโดยผ่านกลไกหลายอย่าง ได้แก่ การให้ความชื้นและอุณหภูมิของออกซิเจนที่เหมาะสมต่อการหายใจ ซึ่งจะช่วยลดการบวมของเยื่อจมูกและทางเดินหายใจ ลดปัญหาเสมหะเหนียวข้น มีผลทำให้แรงเสียดทานของทางเดินหายใจลดลง อัตราการไหลของก๊าซออกซิเจนที่มีความเร็วสูงเมื่อเข้าสู่

ทางเดินหายใจมีผลไปไล่ที่อากาศและคาร์บอนไดออกไซด์ที่ค้างอยู่ใน Extrathoracic dead space และป้องกันอากาศจากภายนอกเข้ามาผสม ทำให้เมื่อสูดลมหายใจครั้งต่อไป ผู้ป่วยจะสูดลมหายใจที่มีออกซิเจนสูงและคงที่ไปตลอด รวมทั้งยังช่วยให้กำจัดคาร์บอนไดออกไซด์ได้ดีขึ้น อัตราการไหลของก๊าซออกซิเจนที่มีความเร็วสูงทำให้เกิดแรงดันบวกในทางเดินหายใจ โดยเฉพาะ Pharynx แรงดันบวกที่เกิดขึ้นจะสัมพันธ์กับอัตราการไหลที่ตั้งไว้ ผลของความดันบวกในทางเดินหายใจช่วยลดการยุบตัวของทางเดินหายใจของทั้งส่วน Pharynx และหลอดลมขนาดเล็กและช่วยลดการเกิด Auto-PEEP ช่วยเพิ่มทั้ง end-expiratory lung volume และช่วยให้พลังงานที่ใช้ในการหายใจ (work of breathing) ลดลง

HFNC ถูกนำมาใช้ในการรักษาภาวะหยุดหายใจทารกเกิดก่อนกำหนด หลังการถอดท่อช่วยหายใจ (Sajith&Bala, 2016) ทำให้มีความปลอดภัยและเกิดภาวะ pneumothorax น้อยกว่าการใช้เครื่องช่วยหายใจแบบ invasive respirator ในเด็กโต การศึกษาส่วนใหญ่ มักใช้ในผู้ป่วย acute bronchiolitis มากกว่าโรคที่มีภาวะหายใจลำบากอื่นๆ การใช้ High Flow Nasal Cannula (HFNC) ในผู้ป่วย acute bronchiolitis จะทำให้ผู้ป่วยหายใจลำบากลดลง การแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น และลดการใส่ท่อช่วยหายใจ ลดความล้มเหลวของการหย่าเครื่องช่วยหายใจ (Syananondh & Deesomchok, 2016) ลดการเกิดปอดติดเชื้อจากเครื่องช่วยหายใจ (Mayfield, 2015) ลดการเกิด pneumothorax (Van Loo & Sottiaux, 2016) ลดจำนวนวันนอนและค่ารักษาพยาบาลของผู้ป่วย (Debbie, 2019; Pornmesri, Chintapanyakun, Mettraipan & Sriphraram, 2019) ส่วนข้อบ่งชี้ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบากจากสาเหตุอื่นที่มีการนำ High Flow Nasal Cannula (HFNC) มาใช้ ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบากรุนแรงปานกลางถึงรุนแรงมากที่มีสาเหตุจาก หอบหืด

ปอดอักเสบ pulmonary edema ผู้ป่วยหลังถอดท่อช่วยหายใจ ผู้ป่วยหัวใจวาย upper airway obstruction และผู้ป่วยที่มีภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการศึกษาของ Ten Brink F และคณะ พบว่าการใช้ High Flow Nasal Cannula (HFNC) ในหอผู้ป่วยวิกฤตเด็ก ในผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจลำบากปานกลางถึงมาก มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการใช้ nasal CPAP แต่ยังมีผู้ป่วยร้อยละ 25 ที่รักษาโดยใช้ High Flow Nasal Cannula (HFNC) ต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

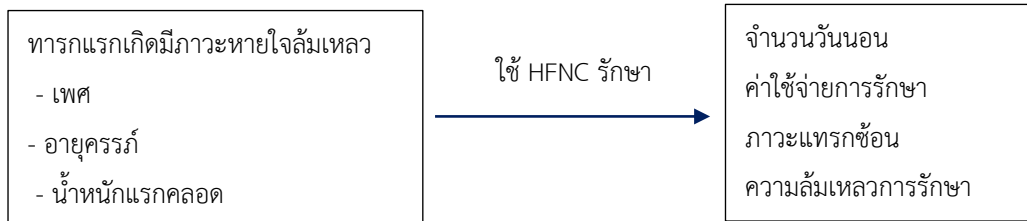
รพ.กันทรลักษณ์มีการใช้ HFNC มารักษาผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ตั้งแต่ปี 2563 ดังนั้นผู้วิจัย จึงได้เก็บรวบรวมข้อมูลการใช้ HFNC ในผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจล้มเหลวใน รพ.

กันทรลักษณ์ และนำมาวิเคราะห์เพื่อประเมินประสิทธิผลการใช้งาน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและเกิดความปลอดภัยที่สุด

วัตถุประสงค์งานวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อน ความล้มเหลวในการรักษา จนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ในผู้ป่วยที่รักษาแบบ conventional กับแบบ high flow nasal cannula
2. เพื่อเปรียบเทียบ จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายในการรักษา ในผู้ป่วยที่รักษาแบบ conventional กับแบบ high flow nasal cannula

กรอบแนวคิดการวิจัย



รูปภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนา (Descriptive Research) เปรียบเทียบประสิทธิผลของการใช้ high flow nasal cannula กลุ่มตัวอย่างคือทารกแรกเกิดที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะหายใจล้มเหลว ที่รักษาในรพ.กันทรลักษณ์ ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัยระหว่าง 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณหาขนาดตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ (Power analysis) ใช้สถิติเปรียบเทียบเพื่อหาความแตกต่างระหว่าง 2 ตัวแปรซึ่ง

เป็นอิสระต่อกัน (Two independent proportions) กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นทางเดียว (One tail test) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (α) 0.05 และอำนาจทดสอบ (Power) 0.08 (Cohen 1977 อ้างใน สติธิพัทธ์ สุนทร, 2562) ทำการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1.9.4 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 100 ราย ใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (systematic sampling)

เกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria)

- ผู้ป่วยทารกเกิดมีชีพอายุแรกเกิด-28วัน
- มีภาวะหายใจล้มเหลว

เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria)

- ผู้ป่วยเด็กที่มีการใช้ High Flow Nasal Cannula (HFNC) หลังจากการถอดท่อช่วยหายใจ (Post extubation)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูล ประกอบด้วย รูปแบบการรักษา เพศ อายุ น้ำหนักแรกคลอด วิธีการคลอด โรคประจำตัวมารดา โรคหลักที่ทำให้ป่วย ผลการรักษา ความล้มเหลวในการรักษาจนต้องใส่ท่อช่วยหายใจ จำนวนวันนอน ค่าใช้จ่ายในการรักษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจล้มเหลวในโรงพยาบาลกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 31 ธันวาคม 2565

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ด้วยสถิติอนุมาน ได้แก่ Chi-Square test, Independent t test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2023-096 ลงวันที่ 18 พฤษภาคม 2566 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จำนวนประชากร 100 คน ได้รับการรักษาแบบ conventional 48 คน, รักษาแบบ HFNC 52 คน จากการศึกษา พบว่าข้อมูลทั่วไปของกลุ่มที่รักษาด้วย conventional และ HFNC มีความคล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มคลอดครบกำหนด ร้อยละ 47.9 และ 52.1 , น้ำหนักแรกคลอดอยู่ในช่วง 2500-3500 กรัม ร้อยละ 46.8 และ 53.2 ตามลำดับและส่วนมากคลอด normal labor พบผู้ป่วยมี birth asphyxia 3 ราย , meconium 4 ราย กลุ่ม conventional พบมี twin 2 ราย , BBA 1 ราย , shoulder dystocia 1 ราย กลุ่ม HFNC พบมี placenta previa 1 ราย , BBA 1 ราย Main disease พบว่ากลุ่มที่รักษาด้วย conventional และ HFNC มีโรค early onset neonatal sepsis ร้อยละ 50.9 และ 49.1 มีโรค congenital pneumonia ร้อยละ 5.0 และ 5.0 ตามลำดับ ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มที่รักษาด้วย conventional และ HFNC จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	Conventional		HFNC		P
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	28	44.4	35	55.6	0.35
หญิง	20	54.1	17	45.9	

อายุครรภ์ (สัปดาห์)					
< 37 (Preterm)	5	45.5	6	54.5	0.97
37-39	35	47.9	37	52.1	
>39	9	50	9	50	
น้ำหนักแรกคลอด (กรัม)					
< 2,500	4	66.7	2	3.3	0.64
2,500 – 3,500	37	46.8	42	53.2	
>3,500	7	46.7	8	53.7	
Mode of delivery					
NL	36	49.3	37	50.7	0.66
C/S	12	44.4	15	55.6	
Asphyxia					
ไม่มี	46	47.4	51	52.6	1.09
มี	2	66.6	1	33.4	
Meconium					
ไม่มี	47	49	49	51	1.22
มี	1	25	3	75	
Prenatal complication					
ไม่มี	44	46.8	50	53.2	0.35
มี	4	66.7	2	33.3	
Congenital anomalies					
ไม่มี	48	48	52	52	0
มี	0	0	0	0	
Congenital heart disease					
ไม่มี	46	46.9	52	53.1	0.14
มี	1	10	0	0	
Main disease					
early onset neonatal sepsis	27	50.9	26	49.1	0.55
congenital pneumonia	17	50	17	50	
TTNB	3	27.3	8	72.7	
MAS	1	50	1	50	

2.ผลการรักษา

ผลการศึกษาพบว่า จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษา ไม่แตกต่างกัน ทั้งกลุ่มที่รักษาแบบ

conventional กับ HFNC โดยทั้ง 2 กลุ่มมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย ประมาณ 5 วัน และค่าใช้จ่ายเฉลี่ย ประมาณ 17,000 บาท ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของ จำนวนวันนอน (LOS) และค่าใช้จ่ายในการรักษา (cost of tx) ของกลุ่มตัวอย่างที่รักษาแบบ conventional กับ HFNC

ตัวแปร	CONVENTIONAL	HFNC	P
	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	
Length of stay (day)	5.45(2.53)	5.51(2.20)	0.89
Cost of Tx (บาท)	17,837(7,152.82)	17,414(6,125.32)	0.75

ผลการรักษาและ ความล้มเหลวในการรักษา

ผลการศึกษาพบว่า ผลการรักษาและความล้มเหลวในการรักษาของกลุ่มที่รักษาแบบ conventional กับ HFNC มีความแตกต่างกันอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มที่รักษาด้วย HFNC มีผลการรักษาที่ดีขึ้น (improve) มากกว่ากลุ่ม conventional และ มีความล้มเหลวในการรักษาต้องใส่ท่อช่วยหายใจ ที่น้อยกว่าดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มที่รักษาด้วย conventional และ HFNC จำแนกตาม ผลการรักษาและความล้มเหลวในการรักษา

ตัวแปร	Conventional		HFNC		P
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	
ผลการรักษา					
Improve	1	2.2	44	97.8	0.00
Refer	47	85.5	8	14.5	
Failure Tx					
No	1	2.2	44	97.8	0.00
on ETT	47	85.5	8	14.5	

สรุปผล

กลุ่มที่รักษาแบบ HFNC มีผลการรักษาที่ดีกว่ากลุ่ม conventional (improve status) ส่วนด้านภาวะแทรกซ้อน ความล้มเหลวในการรักษาจนต้อง on ETT พบว่า กลุ่ม HFNC มีน้อยกว่ากลุ่ม conventional โดยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษา ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ทั้งกลุ่มที่รักษาแบบ conventional กับ HFNC

อภิปรายผล

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยพบว่า ทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ป่วยด้วยโรคที่พบมากคือ Early onset neonatal sepsis และ congenital pneumonia โดยในกลุ่ม conventional พบ 27 , 17 ราย กลุ่ม HFNC พบ 26 ,17 ราย ตามลำดับ ส่วนโรคที่พบรองลงไปคือ TTNB, MAS ซึ่งอธิบายได้ว่า ทารกกลุ่มที่เจ็บป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจ มีภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด ทำให้ระบบการแลกเปลี่ยนก๊าซในร่างกายไม่ดี ภูมิคุ้มกันไม่ดี จึงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้มากซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรกรมล ชูดวง (2560)

ผู้ป่วยที่รักษาโดยใช้ HFNC มีผลการรักษาที่ดีกว่า มีภาวะแทรกซ้อน ความล้มเหลวในการรักษา ต้อง on ETT ที่น้อยกว่ากลุ่มที่รักษา แบบ conventional อธิบายได้ว่า HFNC เป็นการนำเครื่องมือทางการแพทย์ที่พัฒนามาใหม่เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะหายใจล้มเหลว HFNC เป็น non invasive ventilation ที่รักษาผู้ป่วยด้วยออกซิเจน ความดันสูงผ่านทางท่อจมูก (nasal cannula) โดยกลไกสำคัญคือ ช่วยลด nasopharyngeal resistance, ขับไล่อากาศและ CO₂ ที่ค้างใน extra thoracic dead space, เพิ่ม airway pressure การทำงานของ High Flow Nasal Cannula (HFNC) จะทำให้ผู้ป่วยสบายขึ้นและช่วยลดการบวมของเยื่อจมูกและทางเดินหายใจ ลดปัญหาเสมหะเหนียวข้น มีผลทำให้แรงเสียดทานของทางเดินหายใจลดลง อัตราการไหลของก๊าซออกซิเจนที่มีความเร็วสูงเมื่อเข้าสู่ทางเดินหายใจมีผลไปไล่ที่อากาศและคาร์บอนไดออกไซด์ที่ค้างอยู่ใน Extrathoracic dead space และป้องกันอากาศจากภายนอกเข้ามาผสม ทำให้เมื่อสูดลมหายใจครั้งต่อไปช่วยให้พลังงานที่ใช้ในการหายใจ (work of breathing) ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภัญชिता สิทธิการคำ (2558), ยวดี คงนก (2564) ที่ได้ศึกษาเปรียบเทียบการรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก ด้วยการให้ HFNC กับการรักษาด้วยออกซิเจนตามการรักษาปกติ

ผลการศึกษาด้านจำนวนวันนอน และค่าใช้จ่ายในการรักษา ไม่แตกต่างกัน ทั้งกลุ่มที่รักษาแบบ conventional กับ HFNC โดยทั้ง 2 กลุ่มมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย ประมาณ 5 วัน และค่าใช้จ่ายเฉลี่ย ประมาณ 17,000 บาท ซึ่งโดยทั่วไป กลุ่มที่รักษาแบบ HFNC ควรจะมีจำนวนวันนอนและค่าใช้จ่ายการรักษาน้อยกว่า อธิบายได้ว่า เนื่องจากบริบทรพ.กัณฑ์รักษ์เป็นรพ.ทั่วไประดับ M1 ยังไม่มีการดูแลทารกที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ทำให้เมื่อมีคนไข้

อาการหนัก on ETT ต้องส่งต่อไปรพ.ที่มีศักยภาพสูงกว่า จึงทำให้ข้อมูลด้านนี้ไม่ครอบคลุม ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาของยวดี คงนก (2564)

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยพบว่าผู้ป่วยที่รักษาโดยใช้ HFNC มีผลการรักษาที่ดีกว่า มีภาวะแทรกซ้อน ความล้มเหลวในการรักษาต้อง on ETT ที่น้อยกว่ากลุ่มที่รักษา แบบ conventional ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

1.บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยทารกแรกเกิดที่มีภาวะหายใจล้มเหลว ควรพิจารณาใช้ HFNC เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อน ลดการใส่ท่อช่วยหายใจ ลดจำนวนวันนอน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

2.กระทรวงสาธารณสุขควรร่วมกับราชวิทยาลัยกุมารแพทย์ ในการส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยด้วยการใช้ HFNC เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการใส่ท่อช่วยหายใจ

3.ควรมีการศึกษาไปข้างหน้า (pro spective study) ในประเด็นที่น่าสนใจ เช่น กลุ่มที่รักษาด้วย HFNC เมื่อเติบโตไปแล้วจะมีผลกระทบอย่างไรบ้าง ในด้านต่างๆ เช่น pulmonary function พัฒนาการ สุขภาพด้านต่างๆระดับสติปัญญา ผลการเรียนรู้

เอกสารอ้างอิง

เฉลิมไทย เอกศิลป์(2558). การรักษาด้วย High Flow Nasal Canula ในเด็ก. The Acute Care. กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์. 387-396.
ภัญชिता สิทธิการคำ(2565). การศึกษาเปรียบเทียบการรักษาผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบากด้วยการให้ High flow nasal cannula กับการรักษาด้วยออกซิเจนตามการรักษาปกติ. Available from : http://www.thaipedlung.org/download/chula_panthila_edited.Pdf
สุมพร ชอบธรรม และพรมนัส พันธุ์สุจริตไทย(2562). ผลกระทบทางคลินิกของการใช้ออกซิเจนเสริมชนิดอัตราไหลสูงต่อการรักษาผู้ป่วยเด็กติด

- เชื้อทางเดินหายใจส่วนล่างในโรงพยาบาล
สระบุรี. วารสารกุมารเวชศาสตร์; 58: 88-94.
- อัจฉิมาวดี พงศ์ดารา(2562). ผลการใช้ High Flow
Nasal Cannula(HFNC)ในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะหายใจลำบาก. วารสารกุมารเวชศาสตร์; 58: 175-80.
- Debbie, F. (2019). The effect of high flow nasal
cannula weaning protocol on decreasing
length of stay in pediatric intensive care
(Doctor of nursing practice). University of
Louisville School of Nursing.
- Frat, J., P., Coudroy, R., Marjanovic, N. Thille,
and A, W. (2017). High-flow nasal oxygen
therapy and noninvasive ventilation in
the management of acute hypoxemic
respiratory failure. Annual of
Translational Medicine, 5(14) 289 – 297
- Hasan R, Rhodes J, Thamthitawat S, et al(2014).
Incidence and etiology of acute lower
respiratory tract infections in
hospitalized children younger than 5
years in rural Thailand. Pediatric Infect
Dis J; 33: e 45-52.
- Ji – Won K (2020). High –flow nasal canula
oxygen therapy in children: a clinical
review. Clinical and Experimental
Pediatrics; 63(1): 3-7.
- Mayfield J, Jauncey – Cooke J, Hough JL,
Schibler A, Gibbons K and Bogossian F
(2014). High – Flow nasal canula therapy
for respiratory support in children.
Cochrane Database Syst Rev.; 7:
CD009850
- Mayfield, S. A. (2015). Evidence for the use of
high flow nasal cannula therapy for
respiratory management in pediatric units
(Doctor of Philosophy). The University of
Queensland School of Nursing, Midwifery
And Social Work
- Nugboon, M., Santati, S., & Preutthipan, A.
(2020). The development and evaluation
of clinical nursing practice guideline for
modified high flow nasal cannula system
in pediatric patients. Thai Journal of
Nursing and Midwifery Practice, 7(2), 25-
40. (in Thai)
- Osama H, Christoher TE, Padmanabhan R. A
(2020). nationwide survey on the use of
heated humidified high flow oxygen
therapy on the pediatric wards in the UK:
current practice and research priorities.
BMC Pediatrics; 20: 109.
- Sajith, K., & Bala, R. (2016). Humidified high-
flow nasal cannula oxygen therapy in
children-a narrative review. Journal of
pediatric critical care, 3, 29-34
- Syananondh, K. & Deesomchok, A. (2016).
Comparison of heated humidified high
flow nasal cannula (HHHFNC) and nasal
continuous positive airway pressure
(NCPAP) for post extubation respiratory
care in preterm infants. Buddhachinaraj
Medical Journal, 33(2), 156-167. (in Thai)
- Ten BF,Duke T, Evans Jm (2013). High flow
nasal prong oxygen therapy or
nasopharyngeal continuous positive
airway pressure for children with
moderate to severe respiratory distress?.
Pediatr Crit Care Med; 14: 326
- Van Loo, M., & Sottiaux, T. (2016). High flow
nasal cannula oxygenation for adult
patients in the ICU: A literature review.
Acta Anaesthesiologica Belgica, 67, 63-72.

การพัฒนาแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลกันทรอม อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

เสาวลักษณ์ วงศ์วินัย¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลกันทรอม อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างเดือนมีนาคม – มิถุนายน 2566 รวมระยะเวลา 14 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและภาคีเครือข่ายตำบลกันทรอม อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ประกอบด้วยการวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม การจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ paired t-test

ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลกันทรอม 1.การวางแผน(Planning) การวางแผน มีนโยบายแผนงานกับภาคีเครือข่าย ในรูปแบบ พชด.รพ.แม่ข่าย บทบาทหน้าที่ชัดเจน ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและภาคเอกชน ในการเคลื่อนกิจกรรม เพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วยได้มากที่สุด 2.การปฏิบัติ(Action) มีแพทย์ สหวิชาชีพ ลงให้บริการในพื้นที่ การออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สื่อสารโดยใช้สื่อประชาสัมพันธ์ ผ่านทางแอปพลิเคชันต่างๆ เพื่อถ่ายทอดได้ชัด อสม.เคาะประตูบ้านกระตุ้นในการกำกับการรับประทานยา การหมั่นวัดความดันโลหิตจดบันทึก ค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ กรณีเกินค่ามาตรฐานให้แจ้งญาติ อสม.ผ่านการสื่อสารทางโทรศัพท์มือถือ อื่นๆ มีเวทีแลกเปลี่ยน ถอดบทเรียนในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3.การสังเกต (Observation)การ การติดตาม ในรูปแบบ 3 การ การติดตาม ในรูปแบบ 3 หมอ แอปพลิเคชันกระตุ้นเตือน การจำแนกผู้ป่วยให้ชัดเจน กลุ่มสีแดง สีเหลือง สีเขียว การติดตามตามคู่มือ การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนวดรับยาตามคลินิกความดันสูงโลหิตสูง การติดตามประเมินผลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง 4.สะท้อนผล (Reflection) การคืนข้อมูลการดำเนินงาน เพื่อแลกเปลี่ยนหาแนวทางพัฒนาโดยการบูรณาการร่วมกับชุมชน โดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน

คำสำคัญ การพัฒนา, รูปแบบ, การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ,ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านกันทรอมเหนือ kakmint@hotmail.com

Development of Health Behavior Promotion Model in Hypertension Patients with Participation of Kanthrom Subdistrict Network, Khunhan District, Sisaket Province

Saowalak Wongwinai¹

Abstract

The purpose of this research was to develop a health behavior promotion model in patients with hypertension with the participation of the network partners of Kanthrom Subdistrict, Khun Han District, Sisaket Province During March-June 2023, totaling 14 weeks, the sample group of patients with hypertension and affiliated networks of Kanthrom Subdistrict, Khun Han District, Sisaket Province were 30 people using the action research of Kemmis & McTaggart, 2 cycles by Each cycle consists of 4 steps: planning, execution, observation, and reflection. Data is analyzed by collecting, classification analyzes the content and compares the mean differences of scores before and after using the model using paired t-test statistics.

The results showed that the health behavior promotion model in patients with hypertension with the participation of the Kanthrom sub-district network 1. Planning (Planning) Planning There is a policy, plan, and work with network partners in the form of the Administrative Court, the host hospital, with clear roles and responsibilities. Received budget support from the Tambon Health Security Fund and the private sector in moving activities. to reach as many patients as possible 2. Action (Action) There are multidisciplinary doctors providing services in the area. Follow-up visits to patients' homes Communicate using public relations media through various applications to convey Volunteers knock on the door of the house to encourage the supervision of drug intake. Keeping a record of blood pressure measurements threshold average In case of exceeding the standard value, inform relatives. VHV's through mobile phone communications, and others have exchange forums. Lessons learned in self-view for patients with hypertension. 3. Observation (Observation) follow-up in the form of 3 follow-up in the form of 3 doctor applications to encourage Clear classification of patients. Red, yellow, and green groups. Follow up according to the manual. taking medicine dining exercising Medication appointments according to the high blood pressure clinic Follow-up evaluation of patients continuously. 4. Reflection (Reflection) to return operational data. To exchange ideas for development by integrating with the community. with the participation of all sectors.

Keywords: development, model, health behavior promotion, hypertension patients

¹Public Health Technical Officer, Professor level, Kanthrom Health Promoting Hospital, Email: kakmint@hotmail.com

บทนำ

“โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประชากร โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่า ในกลุ่มประชากรอายุ 30-79 ปี ทั่วโลก มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน ในประเทศไทยมากถึง 13 ล้านคน ประมาณ 7 ล้านคน ไม่ทราบตนเองป่วย และมักไม่แสดงอาการในระยะเริ่มต้นแต่สามารถตรวจวินิจฉัยได้ และยังคงพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร”(องค์การอนามัยโลก (WHO). 2565)

สถานการณ์ในประเทศไทยเมื่อวิเคราะห์ในรอบ 5 ปีย้อนหลัง (2561 – 2565) พบว่าอัตราการป่วยของโรคความดันโลหิตสูง 13.1,14.1, 14.2,14.8,15.1 ตามลำดับ โดยอัตราป่วยในปี 2565 มากที่สุด 15.1 ต่อแสนประชากร รองลงมาในปี 2564 อัตราป่วย 14.8 ต่อแสนประชากร ในปี (2561 – 2565) จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าอัตราการป่วยของโรคความดันโลหิตสูง มีความชุกของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ปี (2561-2565) 10,023.2,10729.2, 11541.3, 112416.5 และ 91051.6 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยอัตราป่วยในปี 2564 มากที่สุด 11541.3 ต่อแสนประชากร รองลงมาในปี 2565, 112,416.5 ต่อแสนประชากร มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่ปี (2561-2565) 1,100.3,1,118.4, 1,141.3, 1,137.9,1095.7 ต่อแสนประชากรตามลำดับ โดยอัตราป่วยในปี 2563 มากที่สุด 1,141.3 ต่อแสนประชากร รองลงมาในปี 2564 อัตราป่วย 1,137.9ต่อแสนประชากร ในปี (2561- 2565) อำเภอขุนหาญ พบว่าอัตราการป่วยของโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 1006.4,1,158.4, 1,225.3, 1,239.6,1,337. ตามลำดับ โดยอัตราป่วยในปี 2565 มากที่สุด 1,337ต่อแสนประชากร รองในปี 2564 อัตราป่วย 1,239.6 ต่อแสนประชากร ในปี (2561 – 2565) ตำบลกันทรอม พบว่าอัตราการป่วย

ของโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ 975.4 ,1321, 1,098.1, 1,002.6,1,795.6 ตามลำดับ โดยอัตราป่วยในปี 2565 มากที่สุด 1,795.6 ต่อแสนประชากร รองลงมาในปี 2562 อัตราป่วย 1321ต่อแสนประชากร (กรมควบคุมโรคสำนักโรคไม่ติดต่อ. 2565) ผลกระทบภาวะความดันโลหิตสูงเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพเรื้อรังอื่น ๆ เช่น หัวใจวายและโรคหลอดเลือดสมอง โรคอัมพาต จากหลอดเลือดในสมองตีบ โรคหลอดเลือดในสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคหัวใจวาย โรคไตวาย หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง เป็นข้อเท็จจริงทางการแพทย์ที่ได้รับการพิสูจน์แล้วและเป็นที่ยอมรับกันทั่วโลก (กรมควบคุมโรคสำนักโรคไม่ติดต่อ.2565)

จากสภาพปัญหาในพื้นที่ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลกันทรอม อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อแนวทางการดำเนินงานแบบยั่งยืนสามารถถ่ายทอดสู่ชุมชนอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลกันทรอม อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

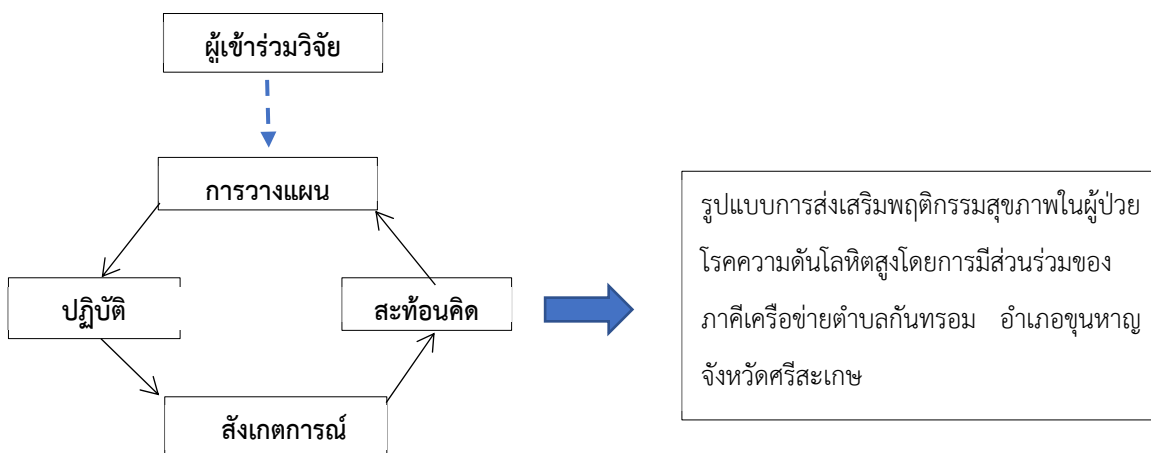
วัตถุประสงค์เฉพาะ

1 เพื่อศึกษาบริบทการมีส่วนร่วมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของภาคีเครือข่ายตำบลกันทรอม

2 เพื่อศึกษากระบวนการส่วนร่วมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของภาคีเครือข่ายตำบลกันทรอม

3 เพื่อศึกษาผลของการมีส่วนร่วมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของภาคีเครือข่ายตำบลกันทรอม

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) การศึกษาวิจัยครั้งนี้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Kemmis & Mc Taggart ,2000) PAOR จำนวน 2 รอบ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1.การวางแผน(Planning) การวิเคราะห์ปัญหา การศึกษาบริบทของชุมชน

ขั้นตอนที่ 2.ปฏิบัติการ (Acting) การประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้ สร้างการรับรู้ การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) และสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ขั้นตอนที่ 3. สังเกตการณ์และบันทึกผล (Observing) การนิเทศตรวจเยี่ยมสนับสนุนให้คำแนะนำเก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรมโดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุน (Facilitator)

ขั้นตอนที่ 4. สะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflecting) การประเมินผลการปฏิบัติการ ประเมินความรู้อะไรและทักษะอย่างต่อเนื่อง เป็นวงรอบจนกว่าจะได้ข้อสรุปหรือได้แนวทางแก้ปัญหาได้สำเร็จ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและภาคีเครือข่ายตำบลกันทรอม อำเภอนาทาย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

ระหว่างเดือน มีนาคม – มิถุนายน 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การรับข่าวสาร ประวัติการโรคความดันโลหิตสูง ผ่านออร์บเรื่องโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง ได้แก่ เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม(Focus Group) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ แบบสังเกต โดยมีรายละเอียดดังนี้ 1) แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการ ความลึก ความสมบูรณ์และความชัดเจนของปัญหา เช่น แนวความคิด บทบาท ความต้องการ ในการโดยจะทำการสัมภาษณ์เจาะลึกนายกเทศมนตรีตำบลกันทรอม, หัวหน้ากองสาธารณสุข, ผู้นำชุมชน, อสม.,เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ,ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงญาติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) แบบบันทึกภาคสนาม (Field

Note) เป็นการบันทึกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จากการสังเกต สัมภาษณ์โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการตามแผนในระยะสังเกต(Observe) เพื่อประเมินพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อุปกรณ์ช่วยในการบันทึกภาคสนาม ได้แก่ การถ่ายภาพ และการบันทึกเสียง 3) การสนทนากลุ่ม (Focus Group) ผู้ร่วมวิจัย 4) การสังเกต ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและแบบมีส่วนร่วม 5) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลกันทรอม อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โดยใช้แบบสอบถามมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลตามลำดับดังนี้

1.1.ขั้นเตรียมการ

1) ผู้วิจัยขอหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและกลุ่มเป้าหมาย ในเขตพื้นที่ตำบลกันทรอมเป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอเก็บข้อมูลในพื้นที่

3) อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เข้าใจเครื่องมือ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4) เตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล

1.2 ขั้นดำเนินการ

1) นัดหมายกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น

2) ให้ผู้เก็บข้อมูลทำการการเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมายโดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 ฉบับ

3) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบบันทึกแต่ละชุด และนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

2.การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และได้มีการกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต ดังนี้

2.1.1 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม(Non-participation observation) ด้วยการสังเกตการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลกันทรอม

2.1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นในการการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

2.1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ชักถามผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยผู้ศึกษาดำเนินการขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ขั้นตอนการแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถามการถามซ้ำและการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบถึงพฤติกรรม และทัศนคติการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และบริบทอื่น

2.1.4 การสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) เป็นการสนทนาในประเด็นการส่งเสริม

พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รวมถึงการดำเนินกิจกรรมการผ่านมาโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการ วางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจโดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มประมาณ 5-10คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับพฤติกรรม ในการร่วมการ และเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมอบหมายบทบาทของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ได้แก่ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จัดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนาแนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนทนา การส่งเสริมบรรยากาศของแก่ผู้เข้าร่วม สถานที่ ระยะเวลาและ กระตุ้นการเสนอแนะของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2.1.5 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติการ การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติการการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งกันและกันการวิเคราะห์ข้อมูลการสร้างเครือข่าย เพื่อ โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม(facilitator)เพื่อให้เกิดรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2.1.6 การประชุม โดยการจัดเวทีในการแสดง

2.1.7 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติการ การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการ

สัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งกันและกันการวิเคราะห์ข้อมูลการสร้างเครือข่าย

2.1.8 การประชุม โดยการจัดเวทีในการแสดงความคิดเห็น รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถาม เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้ว นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือซึ่งมีขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รูปแบบของแบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของเวลาในการตอบแบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญโดยมีค่า Index of Item –Objective Congruence หรือIOC ตั้งแต่0.6 ขึ้นไป ทุกข้อ

2) การหาความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) ที่ตำบลโพธิ์กระสังข์ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 ท่าน เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะสภาพแวดล้อม การปฏิบัติใกล้เคียงกันและมีพื้นที่ติดต่อกัน หลังจากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การรับข่าวสาร ประวัติการโรคความดันโลหิตสูง ผ่านอบรม เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรค(ใช้ Kuder และ Richardson (1937) ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.86 ความดันโลหิตสูงส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้านกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย ข้อมูลด้านบริบทชุมชน กระบวนการพัฒนา และผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังนี้ กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้สอดคล้อง และได้รายละเอียดเพิ่มเติม สนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณการประเมินประสิทธิผลของการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นได้แก่ระดับคะแนนของความรู้ การมีส่วนร่วม ก่อนและหลัง Paired-ttest

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2023-038 รับรอง วันที่ 15 มีนาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านบริบทตำบลกันทรอม ประมาณ 65 กิโลเมตร ประชากรทั้งหมด 9,890 คน แบ่งเป็น เพศชาย 4,090 คน เพศหญิง 5,800 คน ประชากรส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าเชื้อชาติเขมร ลาว ปัญหาสุขภาพตำบลกันทรอม สรุปได้ดังนี้อันดับ 1 คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงโรคเบาหวาน ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาว LTC โรคหอนอนพยาธิ (มะเร็งตับท่อน้ำดี) โรคใช้เลือดออก

2. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วม

ร่วมของภาคีเครือข่ายตำบล กันทรอม อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 63.3) มีช่วงอายุระหว่าง 45 – 49 ปี (ร้อยละ 33.3) มากที่สุด รองลงมา ได้แก่ ช่วงอายุระหว่าง 55 - 59 มีอายุเฉลี่ย 41.3 ปี (SD = 8.3) ด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพคู่มากที่สุด (ร้อยละ 66.7) ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา/ปวช. (ร้อยละ 36.7) รองลงมาได้แก่ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 23.3) การประกอบอาชีพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร (ร้อยละ 63.3) รายได้ของกลุ่มตัวอย่างเฉลี่ยต่อเดือน 12237.30 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 63.3) รองลงมามีรายได้ระหว่าง 5,001 – 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 23.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการได้รับข้อมูลข่าวสาร (ร้อยละ 96.7) โดยพบว่าได้รับข่าวสารโทรทัศน์ หอกระจายข่าว เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ ได้รับข่าวสารจาก อสม.แผ่นพับ (ร้อยละ 66.0) กลุ่มตัวอย่างญาติสายตรงท่านมีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 63.4) ส่วนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างด้านการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการวิจัยในระดับน้อย (S.D. = 0.58) หลังการพัฒนาหลังจากการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง (, S.D. = 0.59) กลุ่มตัวอย่างด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงก่อนการวิจัยในระดับน้อย (S.D. = 0.51) หลังการพัฒนาหลังจากการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง (S.D. = 0.59) กลุ่มตัวอย่างด้านพฤติกรรมก่อนการวิจัยในระดับน้อย (1.50, S.D. = 0.59) หลังการพัฒนาหลังจากการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง (S.D. = 0.57)

2.2 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดย

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลกันทรอม อำเภอ
ขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน
ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่การจัดเตรียมข้อมูล
พื้นฐาน ผลการพัฒนาที่ผ่านมา 2) ประชุมถกปัญหา
เพื่อค้นหาปัญหาพร้อมกันโดยการมีส่วนร่วม 3) คั้นข้อมูล
ให้พื้นที่รับรู้ปัญหาเพื่อร่วมวางแผนแก้ไข 4) ประชุมเชิง
ปฏิบัติการเพื่อนำแผนสู่การปฏิบัติ 5) มอบหมายภารกิจ
ที่รับผิดชอบ 6) ดำเนินการตามแผนที่กำหนด 7)
ติดตามและประเมินผล 8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9)
ถอดบทเรียน

2.3. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม
พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดย
การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลกันทรอม อำเภอ
ขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วน
เกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่มประชาคมระดม
ความคิด การจัดทำข้อตกลงร่วมและการประชุมพัฒนา
ศักยภาพของทีม ผ่านกระบวนการการพัฒนารูปแบบ
4 ขั้นตอน จำนวน 2 รอบ ได้แก่

1. การวางแผน มีนโยบายแผนงานกับภาคี
เครือข่าย ในรูปแบบ พชต. รพ.แม่ข่าย บทบาทหน้าที่
ชัดเจน ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุน
หลักประกันสุขภาพตำบลและภาคเอกชนในการเคลื่อน
กิจกรรม เพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วยได้มากที่สุด

2. การปฏิบัติ มีแพทย์สหวิชาชีพ ลงให้บริการ
ในพื้นที่ การออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สื่อสารโดยใช้
สื่อประชาสัมพันธ์ ผ่านทางแอปพลิเคชันต่างๆ เพื่อ
ถ่ายทอดได้ชัด อสม.เคาะประตูบ้านกระตุ้นในการ

กำกับรับประทานยา การหมั่นวัดความดันโลหิตจด
บันทึก ค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ กรณีเกินค่ามาตรฐานให้แจ้ง
ญาติ อสม.ผ่านการสื่อสารทางโทรศัพท์มือถือ อื่นๆ มี
เวทีแลกเปลี่ยน ถอดบทเรียนในการดูแลตนเองสำหรับ
ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3. การสังเกต การติดตาม ในรูปแบบ 3
หมอ แอปพลิเคชันกระตุ้นเตือน การจำแนกผู้ป่วยให้
ชัดเจน กลุ่มสีแดง สีเหลือง สีเขียว การติดตามตามคู่มือ
การรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออก
กำลังกาย การนัดรับยาตามคลินิกความดันโลหิตสูง
การติดตามประเมินผลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4. สะท้อนผล การถ่ายทอดในการส่งเสริม
พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยให้
ชุมชนช่วยดูแล การบูรณาการกิจกรรมในการส่งเสริม
สุขภาพในชุมชน และการประสานงานความร่วมมือ
ของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ด้านการพัฒนารูปแบบการมี
ส่วนร่วมในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ก่อนการ
วิจัยในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 11.1$ S.D. = 2.25) หลัง
การพัฒนาหลังจากการวิจัยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 9.6$, S.D. = 1.24) กลุ่มตัวอย่างด้านความรู้เรื่อง
โรคความดันโลหิตสูงก่อนการวิจัยในระดับปานกลาง
($\bar{x} = 1.57$, S.D. = 0.51) หลังการพัฒนาหลังจากการ
วิจัยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 10.2$, S.D. = 1.14) กลุ่ม
ตัวอย่างด้านพฤติกรรมก่อนการวิจัยในระดับปาน
กลาง ($\bar{x} = 10.2$, S.D. = 1.14) หลังการพัฒนา
หลังจากการวิจัยอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 13.7$, S.D. =
1.14) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ การมีส่วนร่วม ความรู้ พฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย (n=30)

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		p-value
	\bar{x}	S.D	\bar{x}	S.D	
การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม	11.1	2.25	16	0.83	.000
ด้านความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง	9.6	1.24	13.6	2.40	.000
ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง	10.2	1.14	13.7	1.14	.000

สรุปผลการศึกษา

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเริ่มจากศึกษาบริบทของพื้นที่การจัดเตรียมข้อมูลพื้นฐาน ผลการพัฒนาที่ผ่านมา ประชุมอภิปรายเพื่อค้นหาปัญหาร่วมกันโดยการมีส่วนร่วม ค้นข้อมูลให้พื้นที่รับรู้ปัญหาเพื่อร่วมวางแผนแก้ไข ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำแผนสู่การปฏิบัติ มอบหมายภารกิจที่รับผิดชอบ ดำเนินการตามแผนที่กำหนด ติดตามและประเมินผล จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน สอดคล้องกับบริบทของการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่กษณะตามทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพ ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ญาติ ภาศิเครือข่าย มีความรู้ความเข้าใจและความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และการประยุกต์ใช้

อภิปรายผล

การวิจัยการพัฒนาารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลกันทรอม อำเภอบุณฑล จังหวัดศรีสะเกษ ประชากรส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าเชื้อชาติเขมร ลาว ปัญหาสุขภาพตำบลกันทรอมสรุปได้ดังนี้ อันดับ 1 คือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงโรคเบาหวาน ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว LTC โรคหนองพยาธิ(มะเร็งตับท่อน้ำดี) โรคไข้เลือดออกบริบทของพื้นที่ 1)การจัดเตรียมข้อมูลพื้นฐาน ผลการพัฒนาที่ผ่านมา 2) ประชุมวิเคราะห์ปัญหาเพื่อค้นหาปัญหาร่วมกันโดยการมีส่วนร่วม 3) ค้นข้อมูลให้พื้นที่รับรู้ปัญหาเพื่อร่วมวางแผนแก้ไข 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำแผนสู่การปฏิบัติ 5) มอบหมายภารกิจที่รับผิดชอบ 6) ดำเนินการตามแผนที่กำหนด 7) ติดตามและประเมินผล 8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9) ถอดบทเรียนกระบวนการการพัฒนาารูปแบบ 4 ขั้นตอน จำนวน 2 รอบ

1.การวางแผน มีนโยบายแผนงานกับภาคีเครือข่าย ในรูปแบบ พชต. รพ.แม่ข่าย บทบาทหน้าที่

ชัดเจน ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลและภาคเอกชนในการเคลื่อนกิจกรรม เพื่อให้เข้าถึงผู้ป่วยได้มากที่สุด

2.การปฏิบัติ มีแพทย์สาขาชีพ ลงให้บริการในพื้นที่ การออกติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สื่อสารโดยใช้สื่อประชาสัมพันธ์ ผ่านทางแอปพลิเคชันต่างๆ เพื่อถ่ายทอดได้ชัด อสม.เคาะประตูบ้านกระตุ้นในการกำกับรับประทานยา การหมั่นวัดความดันโลหิตจุดบันทึก ค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ กรณีเกินค่ามาตรฐานให้แจ้งญาติ อสม.ผ่านการสื่อสารทางโทรศัพท์มือถือ อื่นๆ มีเวทีแลกเปลี่ยน ถอดบทเรียนในการดูตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

3.การสังเกต การติดตาม ในรูปแบบ 3 หมอ แอปพลิเคชันกระตุ้นเตือน การจำแนกผู้ป่วยให้ชัดเจน กลุ่มสีแดง สีเหลือง สีเขียว การติดตามตามคู่มือการรับประทานยา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนักรักษาตามคลินิกความดันสูงโลหิตสูง การติดตามประเมินผลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

4.สะท้อนผล การค้นข้อมูลการดำเนินงานเพื่อแลกเปลี่ยนหาแนวทางพัฒนาโดยการ บูรณาการร่วมกับชุมชน โดยการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน

การศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม ด้านความรู้ เรื่องโรคความดันโลหิตสูงด้านพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = .000) สอดคล้องกับผลงานวิจัย อังศวีร์ จันทะโคตร การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนชนบทอีสานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับผลงานวิจัยของนายบุญเลิศ จันทร์หอม ประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้วยความร่วมมือของชุมชน ตำบลวังแดง อำเภอดรอน จังหวัดอุตรดิตถ์ สอดคล้องกับผลงานวิจัยนพ วุฒิธรรม การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากการมีส่วนร่วมของครอบครัว: กรณีศึกษาโรงพยาบาล

ดำเนินสะดวกในจังหวัดราชบุรีสอดคล้องกับผลงานวิจัย
สุพัตรา สิทธิวิง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการ
ตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับความดันโลหิต
ของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่ควบคุมไม่ได้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

การพัฒนาการดำเนินงานการพัฒนาแบบ
การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้มี
การพัฒนาการดีขึ้น สามารถนำแนวทางไปประยุกต์ใช้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตในพื้นที่
ตำบลกันทรอมเท่านั้น จึงควรมีการวิจัยในเขตตำบลอื่น
2. ขยายกลุ่มเป้าหมายในการวิจัย เพื่อ
พัฒนาการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรค
ความดันโลหิตสูง โดยการมีส่วนร่วม

เอกสารอ้างอิง

สมัย ลาประวัตติ(2566).การพัฒนาแบบการจัดการระบบ
บริการปฐมภูมิโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัด
ศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ
ศรีสะเกษ. ปีที่2 ฉบับที่ 1 มกราคม –
เมษายน 2566.

กรมควบคุมโรค(2565). สรุปรายงานการเฝ้าระวัง.
กรุงเทพฯ : กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวง
สาธารณสุข.

อังศวีร์ จันทะโคตร(2565). การพัฒนาแบบการ
ป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงใน
ชุมชนชนบทอีสานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน.

อมรรัตน์ นระสนธิ์, อนุวัฒน์ สุรินราช(2565). การ
พัฒนาแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรค
หลอดเลือดสมอง โดยประยุกต์ใช้หลักการ
บริหารความเสี่ยงตามแนวคิด COSO : ERM.
วารสารสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย.21(2).
หน้า 7 - 25 (TCI 1).

บุญเลิศ จันทร์หอม(2564). ประสิทธิภาพการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน
โลหิตสูง ด้วยกรรมมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบล
วังแดง อำเภอ ตรีตรอง จังหวัดอุตรดิตถ์.

เสงี่ยม จิวประดิษฐ์กุล(2563). พฤติกรรมการดูแล
ตนเอง และความสามารถในการควบคุมความ
ดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่
ทราบสาเหตุ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองโพธาราม
ปีที่ 3 ฉบับที่1 มกราคม – มิถุนายน 2563.
องค์การอนามัยโลก (WHO). 2565). ปัจจัยที่มี
ความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของ
ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง.

นวพ วุฒิธรรม(2562). การพัฒนาแบบการส่งเสริม
พฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
จากการมีส่วนร่วมของครอบครัว: กรณีศึกษา
โรงพยาบาลดำเนินสะดวกในจังหวัดราชบุรี
พยาบาลสาร ปีที่ 46 ฉบับที่ 2 เมษายน-
มิถุนายน พ.ศ. 2562.

สุพัตรา สิทธิวิง(2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการ
จัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพและระดับ
ความดันโลหิตของผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง
ที่ควบคุมไม่ได้. Nursing Journal, 47(2),
85-97.

พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง ในเขตอำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

อริยาพร เกษกุล¹

บทคัดย่อ

การศึกษาวจัยและพัฒนาวิธีปฏิบัติประสงคเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง และเพื่อประเมินรูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงในเขตอำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 42 คน และกลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่เลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 10 คนประกอบด้วยแพทย์ 1 คน พยาบาลจิตเวช 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 6 คน เภสัชกร 1 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย เทปบันทึกจากการทำFocus group แบบประเมินรูปแบบ ความสมเหตุสมผล ความเหมาะสม แบบสอบถามความเครียดและแบบประเมินความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และt-test dependent samples

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ (SUPER model) คือ องค์ประกอบที่ 1 Setabout : S เตรียมการ องค์ประกอบที่ 2 Upgrade : U พัฒนาประสบการณ์ทีม องค์ประกอบที่ 3 Process : P กระบวนการดูแล องค์ประกอบที่ 4 Evaluation : E การประเมินผล และ องค์ประกอบที่ 5 Reflection : R การสะท้อนกลับ โดยการประชุมทีมงาน ระดมสมองเกี่ยวกับปัญหา แนวทางแก้ไข รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสมเหตุสมผล มีความเป็นไปได้ มีประโยชน์ มีความสอดคล้อง มีความเหมาะสม อยู่ในระดับ มาก มีคะแนนเฉลี่ย 4.38 4.46 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .75 .52 ตามลำดับ ภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักก่อนสูง กว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงหลังการใช้รูปแบบที่ พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุดถึงร้อยละ 81

สรุปผลการศึกษา รูปแบบของการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง คือ SUPER model เป็นรูปแบบที่มีประสิทธิภาพ สามารถทำให้ภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงลดลง ตลอดจนผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงจะมีความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : วิจัยและพัฒนา ผู้ป่วยติดสุรารุนแรง ความเครียด ความพึงพอใจ

The Development of a Stress Care Model for Primary Caregivers of Patients with Severe Alcoholism in Mueang Chan District, Sisaket Province

Ariyaporn Katekoon¹

Abstract

The research and development aims to develop a stress care model for the primary caregiver for severe alcohol dependents and to evaluate the stress care model of the primary caregiver for severe alcohol addicts. The sample consisted of 42 primary caregivers for severe alcohol dependents in Amphoe Muang Chan District, Sisaket Province, and 10 specially selected participants, consisting of 1 doctor, 2 psychiatric nurses, 6 registered nurses, and 1 pharmacist. Collect data with the Focus group tape recording format assessment. Consistency, suitability. Stress questionnaires and satisfaction assessments. Statistics used to analyze data include frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and t-test dependent samples. and 10 specially selected participants, consisting of 1 doctor, 2 psychiatric nurses, 6 registered nurses, and 1 pharmacist. Collect data with the Focus group tape recording format assessment. Consistency, suitability. Stress questionnaires and satisfaction assessments. Statistics used to analyze data include frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, and t-test dependent samples.

The results of the study showed that the stress care model developed by the main caregiver for severe alcohol addiction patients consisted of 5 components (the SUPER model): Component 1: Setabout: S Prepare. Upgrade Component 2: U Development Team Experience Component 3 Process: P Care Process Component 4 Evaluation: E Evaluation and Component 5 Reflection: R Reflection by team meetings Brainstorm about problems. Solutions. The developed model makes sense. There is a possibility. Useful, consistent. It has an average score of 4.38, 4.46, and a standard deviation of .75.52 respectively. The stress of primary caregivers before is higher than after the use of developed forms. Satisfaction with primary caregivers of severe alcohol dependence after the development of the form reached 81 percent.

Conclusions The model of stress care for the primary caregiver of severe alcohol addiction is the SUPER model. As a result, the stress of the primary caregiver for severe alcohol dependence will be reduced, and the primary caregiver for severe alcohol addiction will have the highest level of satisfaction with the developed pattern.

Keywords: Research and development, Severe alcoholic patients, stress, satisfaction

¹Medical Physician, Professional, Mueang Chan Hospital, Sisaket Province. E-mail: a_inging@yahoo.com

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ได้รับผลกระทบจากการบริโภคเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นอย่างมาก ข้อมูลล่าสุด ขององค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี พ.ศ. 2559 ประชากรไทยบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์คิดเป็นปริมาณเอทานอล บริสุทธิ์เท่ากับ 8.3 ลิตร ต่อหัวประชากรต่อปี โดยรวมทั้งการบริโภคเครื่องดื่มฯทั้งในและนอกระบบภาษี และปรับทอนค่า ปริมาณการบริโภคของนักท่องเที่ยงแล้ว ซึ่งเป็นปริมาณที่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ ในภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ตามการแบ่งพื้นที่ขององค์การอนามัยโลก ประชากรไทย 10,009 คนตายด้วยโรคตับแข็ง 6,759 คนตายด้วย อุบัติเหตุจากรถทางถนน และ 5,680 คนตายด้วยโรคมะเร็งที่มีสาเหตุสัมพันธ์กับแอลกอฮอล์ และชายไทยร้อยละ 10 และ หญิงไทยร้อยละ 0.9 ป่วยด้วยภาวะความผิดปกติจากการดื่มสุรา (Alcohol use disorder) ซึ่งจากผลการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตในคนไทยระดับชาติ ปี พ.ศ.2556 พบว่า คนไทยอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีความผิดปกติพฤติกรรมกรรมการบริโภค เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือ alcohol use disorders 2.7 ล้านคน โดยเป็นผู้ดื่มแบบอันตราย (alcohol abuse) 1.8 ล้านคน และเป็นผู้ดื่มแบบติด (alcohol dependence) 9 แสนคน โรคติดสุรา (alcohol dependence) เป็นกลุ่มอาการทางพฤติกรรมด้านจิตใจและความนึกคิด และความเข้าใจ (cognition) ผู้ที่เป็นโรคนี้อาจมีแรงผลักดันภายในให้อยากดื่มสุราอยู่เสมอจนเป็นภาวะเสพติดสุรา และมี ผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้เกิดโรคจิตเวชจากการดื่มสุรา (alcohol induced disorders) ได้แก่ กลุ่มอาการทางจิตเวชที่ เป็นผลจากการดื่มสุราอย่างหนักเป็นเวลานาน เช่น โรคจิต (psychosis) โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า ปัญหา การนอน ปัญหาด้านเพศสัมพันธ์ โรคความจำบกพร่อง (amnesic disorder) และโรคสมองเสื่อม(dementia) เป็นต้น

นอกจากการดื่มสุราจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดื่มเองแล้วยังส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ทั้งคู่ครอง บุตร และ ญาติมิตรที่ได้รับผลกระทบจากผลการกระทำของบุคคลผู้ดื่มสุราทั้งทางด้านจิตใจและร่างกาย โดยเฉพาะการก่อความ รุนแรงในครอบครัว ที่เป็นพฤติกรรมในเชิง ล่วงละเมิด ชู้ชู้ญ ทำร้ายคนในครอบครัว เช่น ใช้กำลัง

ทำร้ายทุบตีภรรยา ทำร้ายจิตใจ เช่น การนอกใจภรรยา ต่ำ ทอ ถูกเหยียดหยาม ทำให้อับอาย เสรีเสียใจ มีน ดิ่งไม่ พุดด้วย ตลอดจนการปิด กั้นโอกาสทางสังคม ไม่ให้ติดต่อกับเพื่อน ญาติพี่น้อง หรือ สังคมภายนอก รวมถึงการไม่รับผิดชอบ ครอบครัว ควบคุม ทางการเงินเพื่อให้ต้องพึ่งพาทางเศรษฐกิจจากอีกฝ่ายหนึ่ง มีการล่วง ละเมิดทางเพศในรูปแบบต่างๆ เช่น การข่มขืน บังคับใจภรรยาให้มีเพศสัมพันธ์แบบ วิตถารและการขายลูกสาว เป็นต้น

ผู้ดูแลหลักเป็นผู้รับหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การเฝ้าติดตามอาการ การจัดการอาการ การดูแล ทางด้านร่างกายและดูแลสภาพจิตใจของผู้ป่วย การเตรียม ด้านค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เป็นต้นซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ดูแลหลัก ต้อง เผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด ความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจหรือการขาดรายได้ที่เป็นผล จากการดูแล ผู้ป่วย จนทำให้สามารถกล่าวได้ว่า ตลอด ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักจะต้องเผชิญกับ ความทุกข์ เหงื่ออ้อล่า ท้อแท้ ความรู้สึกภาระในการดูแล (care burden) ที่เป็นผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการดูแล ทำให้ผู้ดูแลหลักเกิดภาวะ เครียดเกิดสภาวะกดดันและ ส่งผลลบในด้านสุขภาพจิตด้านร่างกาย สังคมและด้าน การเงิน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องหาแนวทาง ช่วยเหลือผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดังกล่าวโดยเฉพาะการ แก้ปัญหาภาวะความเครียดที่เป็นภาวะสำคัญ

โดยการพัฒนาารูปแบบการดูแลภาวะความเครียด ของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงที่มีประสิทธิภาพ จน สามารถทำให้ ปัญหาด้านความเครียดของผู้ดูแลหลักลดลง และอยู่ในระดับที่พึงพอใจได้

คำถามของการวิจัย

1. รูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงเป็นอย่างไร
2. ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงมีภาวะ ความเครียดก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลภาวะ ความเครียดที่พัฒนาขึ้นหรือไม่อย่างไร
3. ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลภาวะความเครียดที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับใด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง
- 2) เพื่อเปรียบเทียบภาวะความเครียดของผู้ดูแลสูงก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นและ
- 3) เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

เมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัยจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งผู้บริหารหน่วยงาน การพยาบาล และผู้เข้าร่วมโครงการพัฒนารูปแบบ การดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงร่วมรับรู้รูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของตนเองในการดูแลผู้ป่วยติดสุรารุนแรง

นิยามศัพท์ในการวิจัย

วิจัยและพัฒนา หมายถึง การทำงานร่วมกัน ระหว่างการวิจัยและวิธีการพัฒนาการดูแลภาวะความเครียดของ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง

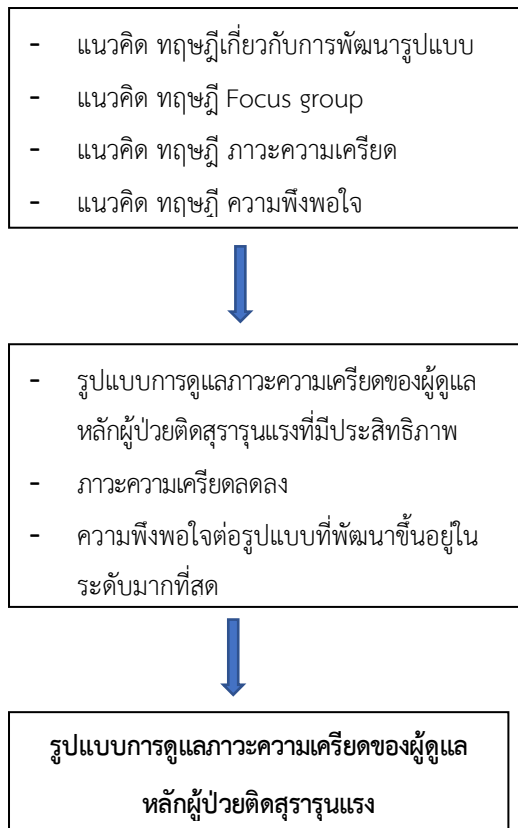
พัฒนารูปแบบ หมายถึง แผนการแสดงการจัดการ โครงสร้าง กระบวนการดูแล องค์ประกอบต่างๆ ที่ใช้ในการ พัฒนาการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง

ความเครียด หมายถึง การตอบสนองทาง สรีรวิทยา (physiological) และ ทางจิตวิทยา (psychological) ต่อ การเปลี่ยนแปลงกลุ่มอาการตอบสนองของร่างกายที่เกิดขึ้นอย่างไม่จำเพาะเจาะจง ต่อสิ่งที่มาคุกคามหรืออันตราย โดยสิ่ง นั้นมีสาเหตุหรือผลมาจากสิ่งที่พึงประสงค์หรือไม่พึงประสงค์ก็ตาม

ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึกด้านบวกของผู้ที่เกี่ยวข้อง (ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง)ที่มีต่อวิธีการพัฒนา รูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงและประเมินผลการใช้รูปแบบโดยใช้แบบสอบถาม ความเครียด และความพึงพอใจ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ในการพัฒนารูปแบบ โดยผู้วิจัยได้ศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบ และวิเคราะห์ สภาพปัจจุบัน และความต้องการ เกี่ยวรูปร่างการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง ศึกษา หลักการ แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย เกี่ยวกับความพึงพอใจศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย เกี่ยวกับความเครียด เพื่อใช้เป็นสารสนเทศ องค์ประกอบที่ 1 Setabout: S ขั้นตอนเตรียมการ องค์ประกอบที่ 2 Upgrade: U พัฒนาประสบการณ์ที่ม องค์ประกอบที่ 3 Process: P กระบวนการดูแล องค์ประกอบที่ 4 Evaluation: E การประเมินผล องค์ประกอบที่ 5 Reflection: R การสะท้อนกลับรูปแบบที่พัฒนาขึ้นและการปรับปรุงรูปแบบ จนได้รูปแบบ ที่มีประสิทธิภาพ สามารถลดภาวะความเครียด ตลอดจนผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงมีความพึงพอใจในรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ตามกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังรูปภาพที่ 1



รูป 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการร่างต้นแบบรูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง นำรูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง ไปทดลองใช้ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ (SUPER MODEL)

วิธีดำเนินการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

กำหนดขอบเขตการศึกษาเป็น 3 ด้าน คือ ขอบเขตด้านเนื้อหา ขอบเขตด้านเวลาและขอบเขตด้านประชากร ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ขอบเขตด้านเนื้อหา เนื้อหาที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ รูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วย ติดสุรารุนแรงในเขตอำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.ขอบเขตด้านเวลา ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย ตั้งแต่เดือน มีนาคม พ.ศ. 2566 จนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 รวมเป็นระยะเวลา 4 เดือน

3.ขอบเขตด้านประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

3.1 กลุ่มประชากรได้แก่กลุ่มผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงในเขตอำเภอเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษที่มี ทั้งหมดจำนวน 42 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้ในการศึกษาทั้งหมด

3.2 กลุ่มผู้ร่วมวิจัย กลุ่มผู้ร่วมวิจัยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) มีทั้งหมด 10 รายได้แก่แพทย์ จำนวน 1 ราย พยาบาลจิตเวช จำนวน 2 ราย พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 ราย (พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) และเภสัชกร จำนวน 1 ราย

เกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria)

- เป็นผู้ดูแลหลักคือเป็นสมาชิกในครอบครัว ผู้ซึ่งดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่และผู้ป่วยต้องเป็นโรคติดสุรารุนแรง ที่ใช้เกณฑ์การวินิจฉัยคัดกรองโดยใช้ AUDIT score มากกว่าหรือเท่ากับ 20

- อายุ 18 ปีขึ้นไป

- สม่ครใจในการเข้าร่วมวิจัย

รูปแบบและขั้นตอนการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ระยะที่ 1 การเตรียมการวิจัย

ระยะศึกษาบริบทสภาพปัญหาและสถานการณ์ภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงศึกษา หลักการ แนวคิด ทฤษฎี เกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ศึกษา หลักการ แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย เกี่ยวกับความเครียด ศึกษาหลักการ แนวคิด ทฤษฎี งานวิจัย เกี่ยวกับความพึงพอใจ

1. การเตรียมการ โดยเลือกประเด็นปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์และ

ผลลัพธ์ เลือกลักษณะการทบทวนโดยสืบค้นเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่

2. วิเคราะห์ ประเมิน สังเคราะห์งานหรือปัญหาตรวจสอบความน่าเชื่อถือแล้วเลือกประเด็นที่สำคัญนำมา พัฒนาจากหลักฐานที่ทำการทบทวน

ระยะที่ 2 การดำเนินการวิจัย

ระยะดำเนินการวิจัยได้แก่ การจัดทำกลุ่มในแต่ละขั้นตอน (Focus group) การประชุมอภิปรายกลุ่มเพื่อศึกษา สภาพปัญหา วิเคราะห์และร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การส่งต่อ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) การวางแผนการออกแบบการพัฒนา รูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ตามกรอบแนวคิดของสเตเตอร์ 5 ขั้นตอน ดังนี้

1. การเตรียมการ โดยเลือกประเด็นปัญหา วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา กำหนดวัตถุประสงค์และผลลัพธ์ เลือกลักษณะการทบทวนโดยสืบค้นเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่

2. วิเคราะห์ ประเมิน สังเคราะห์งานหรือปัญหาตรวจสอบความน่าเชื่อถือแล้วเลือกประเด็นที่สำคัญ นำมาพัฒนาจากหลักฐานที่ทำการทบทวน

3. นำมาพัฒนาปรับปรุงจัดทำเป็นร่างรูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงโดยทีมผู้วิจัยและทีมสหวิชาชีพร่วมกันระดมสมองเพื่อกำหนดเป้าหมายและประเด็นการพัฒนา วิธีการพัฒนา เครื่องมือและแนวทางการประเมินผล ประเมินความเป็นได้การนำไปใช้โดยจัดทำแนวปฏิบัติ และแบบประเมินการพัฒนา โดยมีการตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ดำเนินการดังนี้

3.1 ตรวจสอบความสอดคล้องและความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลภาวะความเครียด ของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงที่พัฒนาขึ้น เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน เพื่อให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงแก้ไข เกี่ยวกับความเป็นมาของรูปแบบ แนวคิด ระบบที่นำมาสนับสนุน ผลที่เกิดจากการนำรูปแบบไปใช้ และการประเมินผล

3.2 ปรับปรุงแก้ไข ผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะและข้อควรปรับปรุงแก้ไข มา ดำเนินการแก้ไขให้มีความเหมาะสมและมีความสอดคล้องกันมากยิ่งขึ้น จึงได้นำรูปแบบให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบอีกครั้ง โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด, 2553, หน้า 101)

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายความว่า สอดคล้องและเหมาะสม มากที่สุด คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายความว่า สอดคล้องและเหมาะสมมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายความว่า สอดคล้องและเหมาะสมปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายความว่า สอดคล้องและเหมาะสมน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายความว่า สอดคล้องและเหมาะสม น้อยที่สุด

ด้านความสอดคล้องของรูปแบบการดูแลโดยภาพรวมทั้งหมดผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า รูปแบบการดูแลภาวะ ความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง มีความสอดคล้องอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 4.38 และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน .75 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า แนวคิด ทฤษฎีพื้นฐานของรูปแบบการดูแล และงานวิจัยที่ใช้เป็นพื้นฐาน รวมทั้งความเป็นมาความสำคัญของรูปแบบการดูแล มีความสอดคล้องอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 4.40 4.35 และ 4.38 ตามลำดับ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .89 .62 .75 ตามลำดับ แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นใกล้เคียงกันมาก ทุกด้าน

สำหรับด้านความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลโดยภาพรวมทั้งหมด ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า รูปแบบการดูแล ภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 4.46 และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน .52 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า แนวคิด ทฤษฎีพื้นฐานของรูปแบบการดูแล และงานวิจัยที่ใช้เป็นพื้นฐาน รวมทั้งความเป็นมาความสำคัญของรูปแบบการดูแล มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย 4.60 4.26 และ 4.50 ตามลำดับ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .54

.43 .31 ตามลำดับ แสดงว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นใกล้เคียงกัน มาก ทุกด้าน

3.3 การตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ เพื่อเป็นการตรวจสอบความสมบูรณ์ และคุณภาพ ของรูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง โดยการตรวจสอบความเหมาะสมของการใช้ภาษา ขั้นตอน ความถูกต้องด้านวิชาชีพ และการปรับปรุงแก้ไข ตามข้อคิดเห็น และข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ นำไปใช้ในกลุ่มประชากรที่ผู้วิจัยศึกษาในครั้งนี้

4. ประยุกต์ใช้โดยถ่ายทอดดำเนินการพัฒนาแล้วนำไปใช้โดยศึกษานำร่องในเดือนมีนาคม 2566 แล้วพัฒนาจึงนำไปใช้จริงนำรูปแบบไปใช้

5. ประเมินผลการใช้รูปแบบ พร้อมเผยแพร่เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติจริงในการส่งต่อ (Evaluation and Evidence based Practice) โดยประเมินผลทุก ๆ เดือนทั้งคุณภาพและความเป็นไปได้ของรูปแบบ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observe) โดยการสังเกตการปฏิบัติตามรูปแบบแนวทางการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง เพื่อนำเข้าสู่การสะท้อนผลการพัฒนาแล้วปรับปรุงแก้ไขต่อไปโดยมีจุด ในการติดตามเรื่องคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อน ผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นการวิเคราะห์ผลการดำเนินการโดยประเมินผลการ พัฒนารูปแบบแนวทางการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงจากแบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และได้ร่วมกันสะท้อนความคิดเห็นต่อการพัฒนารูปแบบตามร่างรูปแบบใหม่เพื่อหาข้อสรุปเปรียบเทียบผลการพัฒนาตาม แผนการทดลองใช้รูปแบบ นำรูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง ไปทดลองใช้ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ(SUPER MODEL) องค์ประกอบที่1Setabout : S องค์ประกอบที่2 Upgrade:U องค์ประกอบที่3 Process:Pองค์ประกอบที่4 Evaluation:E องค์ประกอบที่5 Reflection:R เก็บรวบรวมข้อมูลจากการ ทดลองใช้

ระยะที่ 3 สรุปและประเมินผลการวิจัย (Evaluation)

สรุปติดตามประเมินผลรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ความพึงพอใจผู้เกี่ยวข้องต่อรูปแบบ ประเมินผลความเครียด และความพึงพอใจจากผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง

เครื่องมือในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีทั้งหมด 4 เครื่องมือ

ชุดที่1 บันทึกเทปแลกเปลี่ยน ระดมสมอง กลุ่ม(Focus group)

ชุดที่2 เครื่องมือประเมินรูปแบบ ความสมเหตุสมผล ความเหมาะสม

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินรูปแบบความสมเหตุสมผล ความเหมาะสมโดยแบบสอบถามแบ่ง

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 2 คำถามประเมินรูปแบบ ความสมเหตุสมผล ความเหมาะสมของผู้เชี่ยวชาญ

ชุดที่3 แบบสอบถามโดยใช้แบบสอบถามความเครียดโดยใช้ ST5,2Q,9Q (ของกรมสุขภาพจิต) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามความเครียดโดยใช้ ST5,2Q,9Q โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 คำถามเกี่ยวกับภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง (ST5,2Q,9Q)

ชุดที่4 แบบประเมินความพึงพอใจ ของกพร. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามความพึงพอใจ โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 คำถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 คำถามความพึงพอใจของผู้ตอบแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อเสนอแนะ ผลการประชุมกลุ่ม (Focus group)
2. เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม
3. ตรวจสอบความครบถ้วนและความถูกต้องของข้อมูลในแบบสอบถาม
4. ดำเนินการเก็บข้อมูล
5. นำแบบสอบถามที่เก็บได้มาแปลข้อมูลที่ได้เป็นรหัสพร้อมบันทึกข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์
6. การเก็บรวบรวมข้อมูลได้กระทำในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 จนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2566 รวมเป็นระยะเวลา 4 เดือน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง
2. ประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการ เก็บข้อมูลการวิจัย
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลที่ดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้นำข้อมูล มาประมวลผล เพื่อวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติ ต่อไป

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ผู้วิจัยได้นำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ การระดมสมองกลุ่ม(Focus group)
2. วิเคราะห์เชิงปริมาณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูล ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง ในการวิเคราะห์ ความเครียด และความพึงพอใจ

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยกับประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์ การวิจัยอาจ

ส่งผลกระทบต่อ กับกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการพิทักษ์สิทธิ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเสนอประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เมื่อได้รับการรับรองเลขที่ SPPH 2023-040 วันที่ 17 มีนาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยจึงได้เก็บรวบรวมข้อมูลและขอความร่วมมือในการให้การให้คำยินยอม ในกลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่างเมื่อได้รับคำยินยอมแล้ว ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการบันทึกเทปและการจดบันทึกในการทำ Focus Group และการ การตอบแบบสอบถามทุกครั้ง การรักษาความลับข้อมูลจากการสนทนา การเปิดเผยข้อมูลเป็นภาพรวมไม่เปิดเผยข้อมูล เฉพาะบุคคลโดยวิธีการเก็บข้อมูลนั้นไม่สามารถเชื่อมโยงถึงผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคล และไม่มีผลกระทบต่อบุคคล ในแง่สถานภาพและภาพลักษณ์ทางสังคม, การจ้างงาน, สถานภาพทางการเงิน, หรือทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะทำให้อับอาย ร้องเรียนคดีตามกฎหมาย และผู้เข้าร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตอบแบบสอบถาม และมีสิทธิปฏิเสธการเล่า ประสบการณ์ของตนเอง

ผลการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงในเขตอำเภอเมืองจันทร์ มีรูปแบบที่ได้พัฒนาคือผลที่ได้จากการระดมสมอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ สังเคราะห์ข้อมูลได้ดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพของทีมผู้ดูแล ได้มีการพัฒนาศักยภาพการดูแล แลกเปลี่ยน เรียนรู้ และการระดมสมอง กลุ่ม(Focus group)ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลวิชาชีพ ใน โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) เภสัชกร ได้ข้อสรุป ที่ต้องฟื้นฟูความรู้ ความสามารถ ข้อมูลที่ต้อง ทบทวน และทำความเข้าใจ ปรับโครงสร้างบุคลากรให้เหมาะสม
2. พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม โดยต้องมีการประเมินความเครียดผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงอย่างสม่ำเสมอ ต้องมีการวางแผน และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการประสานงาน กับทีมสหวิชาชีพ

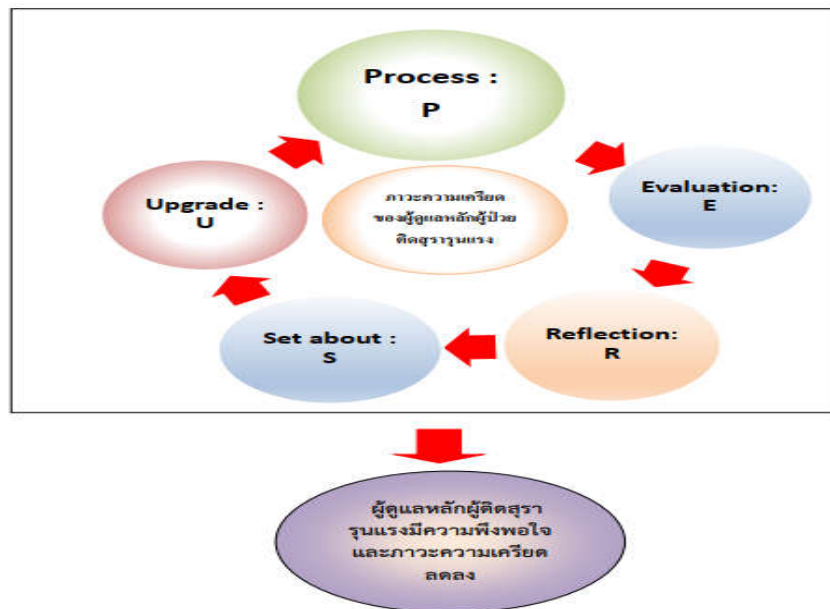
อย่างสม่ำเสมออาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่าย
ผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก ผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วน
ตำบล

4. การสนับสนุนให้ดูแลตนเอง ในการสร้าง
สัมพันธภาพที่ดี กับผู้ดูแลผู้ป่วย กับชุมชน เข้าร่วม
กิจกรรมที่สร้างสรรค์สิ่งดี ๆ กับชุมชน เพื่อเพิ่มคุณค่า
ให้กับตนเองผู้ป่วยกับครอบครัว

ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการดูแลภาวะ
ความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงในเขต

อำเภอเมืองจันทร์ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ
(SUPER model) ดังนี้ องค์ประกอบที่1 Set about :S
ขั้นเตรียมการ องค์ประกอบที่2 Upgrade :Uพัฒนา
ประสบการณ์ ทีม องค์ประกอบที่3 Process:P
กระบวนการดูแล มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่1 พัฒนา
ศักยภาพของทีมผู้ดูแล ขั้นตอนที่2 พัฒนาระบบการ
ติดตามเยี่ยม ขั้นตอนที่3 พัฒนาการมีส่วนร่วมของ
เครือข่ายผู้ดูแล ขั้นตอนที่4 การสนับสนุนให้ดูแลตนเอง
องค์ประกอบที่4 Evaluation :E การประเมินผล
องค์ประกอบที่5 Reflection : R การสะท้อนกลับ
ดังรูปภาพที่ 2



รูปภาพที่ 2 รูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง

เมื่อประเมินผลรูปแบบเสร็จเรียบร้อยแล้ว
ผู้วิจัยได้นำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาทดลองใช้จริงกับกลุ่ม
ประชากรในเขตอำเภอเมืองจันทร์ ผู้วิจัยได้ทำการ
ทดสอบวัดภาวะความเครียดและความพึงพอใจ ผู้ดูแล
ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง

หลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง แล้วนำคะแนนเฉลี่ยก่อนและ
หลัง ของประชากรมาเปรียบเทียบภายในกลุ่ม โดยใช้
t-test dependent samples ดังผลในตารางที่ 1 และ
ตารางที่ 2

ภาวะความเครียด	N	Mean (μ)	S.D	t
ก่อนการใช้รูปแบบ	42	7.81	6.69	16.56*
หลังการการใช้รูปแบบ	42	6.30	6.04	

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละความพึงพอใจของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงต่อรูปแบบ

ระดับความพึงพอใจ	หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ
มากที่สุด(80% ขึ้นไป)	34	81
มาก (70-79%)	6	14
ปานกลาง (60-69%)	2	7
รวม	42	100

จากตารางที่ 2 การศึกษาความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง พบว่าจำนวนผู้ดูแลหลักมีความพึงพอใจต่อรูปแบบในระดับมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 81

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลภาวะความเครียดผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงซึ่ง ผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) จาก การ Focus Group กลุ่มวิชาชีพสรุปได้ดังนี้ การพัฒนาศักยภาพของทีมผู้ดูแล ได้มีการพัฒนาศักยภาพการดูแล แลกเปลี่ยน เรียนรู้ และการระดมสมองกลุ่ม(Focus group)ครอบคลุมทุกสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลวิชาชีพ (พยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลและ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) เกษษกรได้ข้อสรุป ที่ต้องฟื้นฟูความรู้ ความสามารถ ข้อมูลที่ต้องทบทวน และทำ ความเข้าใจ ปรับ โครงสร้างบุคลากรให้เหมาะสมพัฒนาระบบการติดตาม เยี่ยม โดยต้องมีการประเมินความเครียดผู้ดูแล หลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง อย่างสม่ำเสมอ ต้องมีการวางแผน และดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และต้องมีการ ประสานงาน กับ ทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ การ พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลหลัก ผู้นำชุมชน องค์กรบริหารส่วน ตำบล อาสาสมัคร สาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล การสนับสนุนให้ดูแลตนเอง ในการสร้าง สัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยกับครอบครัวกับชุมชน เข้า ร่วมกิจกรรมที่สร้างสรรค์สิ่งดีกับชุมชน เพื่อเพิ่มคุณค่า

ให้กับ ตนเองพัฒนารูปแบบตามร่าง รูปแบบใหม่เพื่อหา ข้อสรุปเปรียบเทียบผลการพัฒนาตามแผนการทดลอง ใช้รูปแบบ นำ รูปแบบการดูแลภาวะความเครียดของ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ (SUPER model) ดังนี้ องค์ประกอบที่1 Setabout:Sขั้น เตรียม การ องค์ ประกอบ ที่2 Upgrade:Uพัฒนาประสบการณ์ทีม องค์ประกอบที่3 Process:กระบวนการดูแล มี 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอน ที่1 พัฒนาศักยภาพของทีมผู้ดูแล ขั้นตอนที่2 พัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม ขั้นตอนที่3 พัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้ดูแล ขั้นตอนที่4 การสนับสนุนให้ ดูแลตนเอง องค์ ประกอบ ที่ 4 Evaluation:E การประเมินผล องค์ประกอบที่5 Reflection:R การ สะท้อนกลับ ไปทดลองใช้ผลการประเมินรูปแบบการ ดูแลภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรา รุนแรงที่พัฒนาพบว่า รูปแบบที่ พัฒนาขึ้นมีความ สมเหตุสมผล มีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ มี ประโยชน์ ภาวะความเครียดของผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติด สุรารุนแรง พบว่าภาวะเครียดของผู้ดูแลหลักก่อนสูง กว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น นอกจากนี้ความพึง พอใจหลัง การใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแล ภาวะความเครียดผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรงควรตั้ง เป็น กลุ่ม เป็นเครือข่ายและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

2.ควรมีกิจกรรมสนับสนุนการดูแลผู้ดูแลหลักจากชุมชน โรงพยาบาล เพื่อลดภาวะเครียดผู้ดูแลหลักผู้ป่วย ติดสุรารุนแรง

3.ผู้บริหารควรนำผลการพัฒนารูปแบบ ภาวะความเครียดผู้ดูแลหลักผู้ป่วยติดสุรารุนแรง ที่พัฒนารูปแบบ ขึ้นใหม่ นำไปใช้อย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2560). ปัญหาสุขภาพจิตในประเทศไทย.

สืบค้นเมื่อ 19 กันยายน (2565)จาก www.prdmh.com กรมสุขภาพจิต. สถานการณ์การดื่มแอลกอฮอล์ในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; (2561). [เข้าถึงเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2564 เข้าถึงได้จาก:

<https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1232>

กรมสุขภาพจิต. (2563). แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) (Combat 4th Wave of COVID-19 : C4). [เว็บไซต์].

สืบค้นจาก <https://www.dmh.go.th> 4.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการขับเคลื่อนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ประจำปีงบประมาณ 2565. [อินเทอร์เน็ต].(2565) [เข้าถึงเมื่อ 2565 กันยายน 30].เข้าถึงได้จาก: https://eh.anamaimoph.go.th/th/elderlycluster/download?id=66747&mid=33846&mke=m_document&lang=th&did=20886

ประเสริฐ เล็ก สรรเสริญ, และ ประภา เพ็ญ สุวรรณ.(2017): "การพัฒนาแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะ เพื่อสุขภาพของสมาชิกสุขภาพจังหวัด นนทบุรี." Veridian E-Journal, Silpakom University (Humanities, Social Sciences and arts)

เทิดศักดิ์ เดชคง.(2555). เทคนิคให้คำปรึกษาแบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational Counseling). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; นครินทร์ ชุนงาม. (2563). สุขภาพจิตและภาวะหมดไฟในการทำงานของแพทย์ในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 28(4), 348-359.

พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณนิกร. (2554). Module B-

มาตรการที่ 2: มาตรการคัดกรองปัญหาการดื่มสุรา และบำบัดแบบสั้น. ใน: คู่มือสำหรับผู้อบรม: การดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุราเบื้องต้นสำหรับบุคลากรสุขภาพ ฉบับปรับปรุง เชียงใหม่:แผนงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้มีปัญหาการดื่มสุรา (พรส);

พิชัย แสงชาญชัย, ธวัชชัย กุศล. รوبرู้อึ้งสุรา(2556).1413 สายด่วนเลิกเหล้า. เชียงใหม่:ศูนย์ปรึกษาปัญหาสุราทางโทรศัพท์

ลินจง โปธิบาล, ทศพร คำผลศิริ และนริศพร ศศิวงศากุล.(2562) ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคพาร์กินสัน. วารสารสมาคมนักจิตวิทยา,34(2):62-75. 12 วรรณพร โรจนปัญญา และวิรัช ธรรมปัญญา. (2562) ภาวะสภาพจิตใจและความเหนื่อยล้าในการทำงานของ อาจารย์แพทย์และเรสซิเดนท์ ในโรงพยาบาลเชิงรายนประชาชนุเคราะห์. เชียงรายเวชสาร, 11(2), 66-73.

วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล. (2563).ความทุกข์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลนครปฐมในยุคการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (2019) (โควิด-19). วารสารแพทย์เขต 4-5 ปี, 39(4), 616-627.

สวิตริ อัจฉนงค์กรชัย, รัศมน กัลยาศิริ.(2560).ข้อเสนอแนะสำหรับบุคคลที่ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. สขลดา: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา.

สวิตริ อัจฉนงค์กรชัย. รายงานสถานการณ์การบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในสังคมไทย (2560). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สหมิตรพัฒนาการพิมพ์; 2562.

สำนักงานคณะกรรมการควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์.(2560). รายงานผลการดำเนินงานควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; [เข้าถึงเมื่อ 20 พ.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/1438820200823062406.pdf>

Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York: United State of America; 1988.

Chusri, Warea, et al.(2021): "ผลกระทบต่อการอบคร์จากกรดื่มสุราของผู้ป่วยโรคติดสุราที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในเขตจังหวัดสงขลา." Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences

- 82: 69-83.
- Company Inc. Slavin, R. E. (1995). Cooperative learning : theory, research and practice. 2d ed. Massachusetts : Needham Hieghts.
- Lazarus RS, Folkman S. (2011). Stress, Appraisal, and Coping. 15th ed. New York: Springer; 20. Lazarus, R.S. and S. Folkman.(1984). Stress, Appraisal, and Coping. New York: Springer Publishing.
- Samai T, Jewpattanakul Y, Phetphansee S. (2015) The Relationships between Personal, Socioeconomic and Stress Factors on Alcohol Drinking Behavior of Dwellers in Bangkoknoi District, Bangkok. Nursing Science Journal of Thailand. Mar 31;33(1):42–50
- Vitaliano PP, Maiuro RD, Russo J,(1987) Becker J. Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. J Behav Med. Feb;10(1):1-18. doi: 10.1007/BF00845124.

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2565

ณัฐพล เดชสายบัว¹

บทคัดย่อ

การดำเนินการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 201 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยนำเอาจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดมาแบ่งตามหมู่บ้านและเลือกสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่คืนที่ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าต่ำสุด (Minimum) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) การหาความสัมพันธ์ใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product – Moment Correlation Coefficient)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.2 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69 ปี อายุ ต่ำสุด คือ 60 ปี มากที่สุด คือ 90 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 60-67 ปี ร้อยละ 46.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.5 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 79.5 รายได้ น้อยสุด 600 บาท มากที่สุด 5,000 บาท ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0-1,000 บาท ร้อยละ 79.6 สิทธิด้านการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 96.0 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค ร้อยละ 58.7 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 57.6 การเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็ม 3 ร้อยละ 63.2 เหตุผลในการรับบริการมากที่สุด คือ สนใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนด้วยตนเอง ร้อยละ 52.2 ประวัติการเกิดอาการข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 พบว่า มีอาการข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 32.3 พบอาการข้างเคียงหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 มากที่สุดคือ มีไข้ ร้อยละ 46.0 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 54.2 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.24 เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและระดับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพจำแนก เป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด-19 สูงที่สุด โดยมีค่าเฉลี่ย 2.31 รองลงมา คือ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคโควิด-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.26 ,2.21 และ 2.21 ตามลำดับ มีแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องระดับปานกลาง ร้อยละ 72.6 โดยมีค่าเฉลี่ยระดับแรงจูงใจ เท่ากับ 2.20 การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.310$, $p\text{-value} = <0.001$) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.194$, $p\text{-value} = 0.006$) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของ

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านฝักชะ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ

E-mail: natnvp2008@gmail.com

ผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = -0.141$, $p\text{-value} = 0.46$) ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.206$ $p\text{-value} = 0.003$) ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ / ความเชื่อด้านสุขภาพ / แรงจูงใจในการรับวัคซีนโควิด-19

The relationship between perceived health belief patterns in COVID-19 prevention with incentives to continue receiving COVID-19 vaccination services in Lin Fah sub-district, Yang Chum Noi District, Sisaket Province

Nathapon Datesaibua¹

Abstract

This study is a survey research using a quantitative research method and collected by a cross-sectional study. The objective of this study was to examine the relationship between perceived health belief patterns in COVID-19 prevention and incentives to continue receiving COVID-19 vaccination services in the Lin Fah sub-district, Yang Chum Noi District, Sisaket Province. Data were collected using the questionnaire with a sample of 201 elderly. The sample was obtained through random stratified sampling, wherein the total number of elderly people was divided by village and participants were selected through simple random sampling (non-returned lottery method). Data were analyzed using frequency, percentages (minimum and maximum), mean (\bar{X}) standard deviation (S.D.), and Pearson, Product-Moment Correlation Coefficient.

The study found that most of the sample were female 55.2%, the average age was 69 years, the lowest age was 60 years, the highest was 90 years old, most were in the range of 60-67 years 46.3%, marital status 68.2%, graduated from elementary school 93.5%, agricultural occupation 79.5%, the lowest income is 600 baht, the highest is 5,000 baht, most of them are in the range of 0-1,000 baht 79.6%, the samples have the right to maintain a universal health insurance card 96.0%, the sample group has a chronic disease 7 disease groups 58.7%, most of them were sick with cardiovascular disease 57.6 %. Most samples (63.2%) had three doses of the COVID-19 vaccination. Most reasons for using the service (52.2%) were for voluntary self-vaccination.

Most of the samples, 54.2%, had average health beliefs of 2.24. Most of the samples had a perception of the advantages of prevention, based on the analysis of the mean and level of perception of health beliefs classified by side. The perception of COVID-19's harshness came in second with an average of 2.31, while COVID-19 itself ranked highest. COVID-19 awareness of risks and perceived obstructions to prevention have mean values of 2.26, 2.21, and 2.21, respectively. 72.6 percent at a consistent moderate level, with a motivation level of 2.20 on average.

A correlation analysis revealed that perceived exposure to COVID-19 was significantly related to motivation for receiving COVID-19 vaccination services, with a statistical significance level of 0.05 ($r = 0.310$, $p\text{-value} < 0.001$). Additionally, the perceived severity of COVID-19 disease exhibited a statistically significant correlation with motivation for attending COVID-19 vaccination services at a significance level of 0.05 ($r = 0.194$, $p\text{-value} = 0.006$). Similarly, perceived barriers to practicing COVID-19 prevention showed a statistically significant correlation with motivation for accessing COVID-19 vaccination services at a significance level of 0.05 ($r = -0.141$, $p\text{-value} = 0.046$). Furthermore, the overall health beliefs were found to be related to motivation for receiving COVID-19 vaccination services, demonstrating statistical significance at 0.05 ($r = 0.206$, $p\text{-value} = 0.003$). Notably, perceived benefits of COVID-19 prevention did not exhibit a correlation with motivation for receiving COVID-19 vaccination services.

Keywords: elderly / health beliefs/motivation for vaccination COVID-19

¹Public Health Technical Officer, Professor level : Bann Phak Kha Health Promoting Hospital ,Lin Fah sub-district, Yang Chum Noi District, Sisaket Province. E-mail: natnvp2008@gmail.com

บทนำ

จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกและกรมควบคุมโรค (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ณ วันที่ 13 สิงหาคม พ.ศ. 2564 สถานการณ์โรคโควิด-19 ทั่วโลก พบผู้ติดเชื้อสะสม 206,128,774 ราย เสียชีวิต 4,346,113 ราย ส่วนในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อสะสม 834,326 ราย เสียชีวิต 7,032 ราย อัตราการเสียชีวิตสูงสุดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปีและกลุ่มผู้สูงอายุ 70 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 4.2 และ 12.5 ตามลำดับ เนื่องจากโรคโควิด-19 เป็นโรคใหม่จึงไม่มีภูมิคุ้มกันในตัวไป ทำให้จำนวนผู้ที่ติดเชื้อมีมากส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตจำนวนมาก ซึ่งมาตรการป้องกันต่างๆ (กัมปนาท โคตรพันธ์และ นิยมจันทร์นวล, 2563) ในปัจจุบัน ได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัยการล้างมือ การทำความสะอาดสถานที่และพื้นผิวสัมผัสร่วม การรักษาระยะห่างทางสังคม การงดจัดกิจกรรมที่รวมกลุ่มคนจำนวนมาก การกักตัวผู้ที่มีความเสี่ยงสูงผลกระทบอย่างรุนแรงต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่ ระบบเศรษฐกิจและไม่สามารถป้องกันการแพร่ระบาดของโรคได้อย่างสมบูรณ์ (ณัฐวรรณ คำแสน, 2564) หลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยจึงได้มีการคิดค้นและพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ซึ่งเป็นความหวังในการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งการฉีดวัคซีนนั้นไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้อย่างสมบูรณ์ร้อยเปอร์เซ็นต์ ผู้ที่ได้รับวัคซีนแล้วมีโอกาสติดเชื้อ Covid-19 ได้ โดยประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันการติดเชื้อโดยรวมจะอยู่ที่ประมาณ 50% - 95% ขึ้นอยู่กับแต่ละยี่ห้อเพียงแต่การฉีดวัคซีนนั้นจะช่วยบรรเทาความรุนแรงของอาการป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตได้ แต่ในขณะเดียวกันการฉีดวัคซีนโควิด-19 บางคนนั้นอาจเกิดอาการผลกระทบหลังจากการฉีดวัคซีนได้ เช่น อาการปวด บวม แดง คันหรือข้อตรงจุดที่ฉีด ยา รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่สบายตัว ปวด หัวเล็กน้อย มีอาการใช้ครั้นเนื้อครั้นตัว ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและตามข้อ คลื่นไส้ เวียนศีรษะ ภูมิต้านทานต่ำ หัวใจเต้นเร็ว หายใจติดขัด หอบเหนื่อย คัดจมูก ภาวะภูมิแพ้ลดจุดอันตรายคล้าย อัมพฤกษ์ ซึ่งอาจเป็นความผิดปกติทางระบบประสาทชั่วคราวหรือบางรายมีอาการแพ้รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

(ขณะนทอง อนุกาญจน์, นริมาลย์นิละไพจิตร และณัฐนรี เอมยงค์, 2564)

จากข้อมูลความครอบคลุมของการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 จากระบบ MOPHC Immunization Center (เป้าหมาย ศบค. กำหนด ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ วันที่ 9 ธันวาคม พ.ศ.2565) พบว่า ประชาชนได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 963,508 คน สรุปการฉีดวัคซีนเข็มที่ 1-5 ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษ มีเป้าหมายในการได้รับวัคซีนโควิด-19 จำนวน 939,684 คน ซึ่งพบว่าประชาชนฉีดวัคซีนเข็มที่ 1 จำนวน 846,416 คน คิดเป็นร้อยละ 90.07 ฉีดวัคซีนเข็มที่ 2 จำนวน 791,935 คน คิดเป็นร้อยละ 84.25 ฉีดวัคซีนเข็มที่ 3 จำนวน 365,377 คน คิดเป็นร้อยละ 38.88 ฉีดวัคซีนเข็มที่ 4 จำนวน 35,819 คน คิดเป็นร้อยละ 3.81 และฉีดวัคซีนเข็มที่ 5 จำนวน 2,046 คน คิดเป็นร้อยละ 0.22 จากผลการดำเนินงานความครอบคลุมการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของอำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ. 2565 ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 3 ต่อเนื่องมีเป้าหมาย จำนวน 7,216 คน แต่ผู้สูงอายุเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 3 จำนวน 3,700 คน คิดเป็นร้อยละ 51.27 สำหรับผู้ป่วยในกลุ่ม 608 ได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็มที่ 3 จำนวน 3,415 คน คิดเป็น ร้อยละ 49.02 (สรุปข้อมูลการฉีดวัคซีนโควิด-19 ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2565)

จากข้อมูลอัตราการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอก 2 อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ.2564 - 2565 มีการดำเนินงานคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่มาจากพื้นที่เสี่ยง 100% นำมาตรวจ RT-PCR และมีการสอบสวนโรค ผู้สัมผัสผู้ป่วยยืนยัน โดยทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง โดยการทำงานของทีม SRRT อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นำผู้ป่วยมาคัดกรองได้ทันทีที่สามารถนำผู้สงสัยและผู้ป่วยโควิด-19 ได้รับการคัดแยกและดูแลที่ถูกต้อง สามารถควบคุมการระบาดไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีเกิดระลอก 2 สถิติผู้ป่วยโควิด-19 ในปีพ.ศ. 2564 ยืนยันผลตรวจด้วย PCR จำนวน 496 ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต สำหรับข้อมูลการ

แผนการติดเชื่อโควิด-19 ในปี พ.ศ.2564-2565 ในพื้นที่ ตำบล 7 ตำบลพบว่า ตำบลยางชุมน้อย มีผู้ป่วยติดเชื่อโควิด-19 มากที่สุดจำนวน 919 คน รองลงมาตำบลลิ้นฟ้า จำนวน 695 คน ตำบลคอนกามจำนวน 605 คน ตำบลโนนคูณจำนวน 569 คน ตำบลกุดเมืองฮามจำนวน 442 คน ตำบลยางชุมใหญ่จำนวน 373 คนและตำบลบึงบอนจำนวน 299 คน ในจำนวนผู้เสียชีวิต 13 ราย ผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ มีโรคประจำตัวและติดเตียงจำนวน 10 คน และไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด 5 คน

จากข้อมูลการแพร่ระบาดของสถานการณ์โรคโควิด-19 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักขะ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ ในปี พ.ศ.2565 พบว่ามีผู้ติดเชื่อโควิด-19 จำนวน 695 คน มีจำนวนมากเป็นอันดับที่ 2 ของอำเภอขามเฒ่า พบผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 2 ราย จากการสอบสวนโรคเฉพาะรายในพื้นที่พบว่า ผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว กลุ่มผู้ป่วยติดเตียง ญาติไม่ยินยอมให้ผู้ป่วยรับวัคซีนโควิด-19 ให้เหตุผลว่าผู้ป่วยไม่ได้ออกจากบ้านไปสัมผัสกับบุคคลอื่น มีโอกาสในการติดเชื่อโควิด-19 น้อย ครอบครัวและญาติกังวลว่าหากผู้ป่วยสูงอายุรายนี้ได้รับวัคซีนโควิด-19 ในสภาวะที่ร่างกายของผู้ป่วยไม่แข็งแรง จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอันตรายจากผลข้างเคียงของวัคซีนจนเสียชีวิตมากกว่าช่วยสร้างภูมิคุ้มกันป้องกันโรค รายที่ 2 ผู้สูงอายุ กลุ่มปกติ ที่ไม่มีโรคประจำตัวเสียชีวิต โดยไม่คาดหวังที่บ้าน 1 ราย ญาติไปพบผู้ป่วยเสียชีวิตในบ้านแล้วแจ้งทีมโรงพยาบาลยางชุมน้อย ออกชันสูตรการเสียชีวิต ก่อนการชันสูตรได้ทำการตรวจ ATK ที่จุดเกิดเหตุพบว่า ATK positive จากการสอบสวนโรคลงเยี่ยมครอบครัวและประเมินสถานการณ์ในชุมชนพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุเสียชีวิตโดยไม่คาดหวังที่บ้านรายนี้ ไม่ได้ฉีดวัคซีนที่ ทำให้ผู้ป่วยที่ได้รับวัคซีนอาจเสียชีวิตได้ บ้านของผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในหมู่บ้าน แยกออกไปนอกหมู่บ้านและผู้ป่วยเองไม่ได้ออกไปไหน พยายามป้องกันตัวเองให้มีความปลอดภัยจากพื้นที่เสี่ยง จากอุบัติเหตุการณ์ผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคโควิด-19 ในครั้งนี้ทางพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักขะ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ จึงทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบ

แผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อนำผลของการศึกษาดังกล่าวไปพัฒนารูปแบบการณรงค์สร้างแรงจูงใจป้องกันโรคด้วยการฉีดวัคซีนของผู้สูงอายุ ทั้งกลุ่มปกติและกลุ่มที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ให้สามารถเข้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกัน โรคโควิด-19 ต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี ช่วยลดความรุนแรงของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตและลดอัตราป่วยเสียชีวิตจากโรคโควิด-19

วัตถุประสงค์

2.1 วัตถุประสงค์หลัก

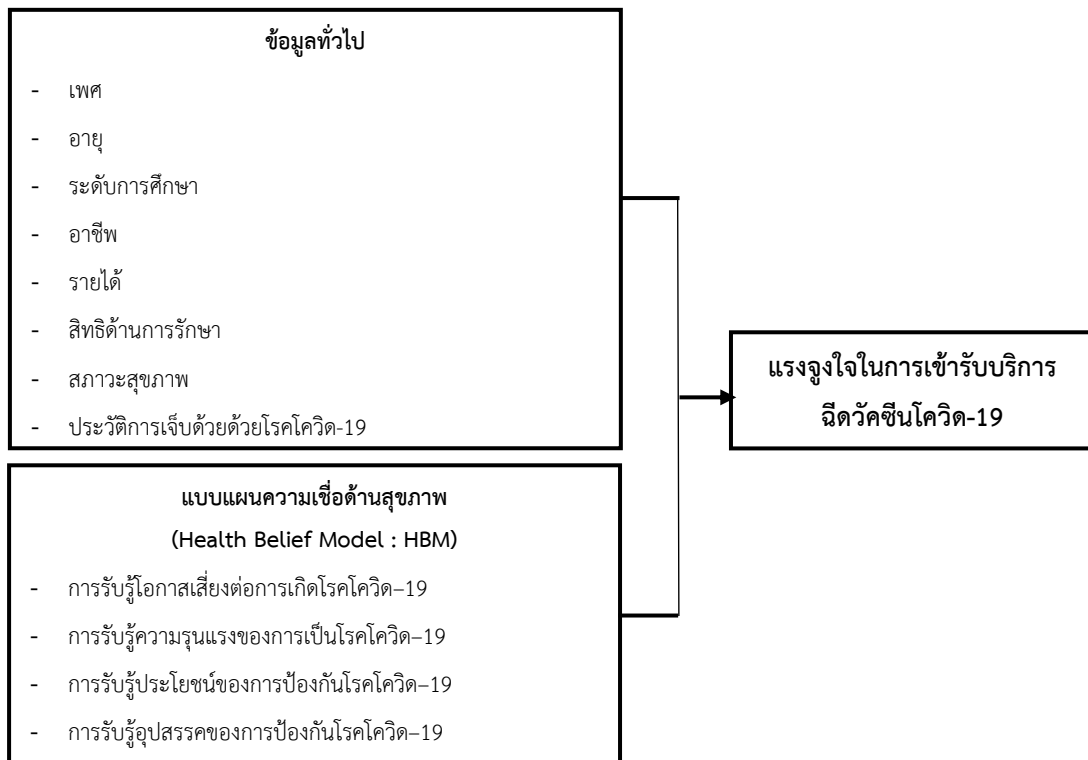
เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ
- 2) เพื่อศึกษาแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ
- 3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุตำบลลิ้นฟ้า อำเภอขามเฒ่าจังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่สามารถอธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework of Study) ดังรูป 1



รูป 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

1 รูปแบบงานวิจัย การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้แบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล

2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภูมิลำเนาในตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ เดินทางเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านผักขะ ตำบลลิ้นฟ้า อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งแต่วันที่ 11 มกราคม - 10 พฤษภาคม 2566 อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม และยังมีชีวิตอยู่จำนวน 1,096 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่าง ซึ่งคำนวณได้จากสูตรของแดเนียล (Daniel, 1995 อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปรีตาภิสิทธิ์, 2551 : 113) โดยใช้ความเชื่อมั่น 95 % คำนวณได้ดังนี้

$$n = \frac{N Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{(N-1)d^2 + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

เมื่อ

- n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
- N = จำนวนประชากรเป้าหมาย 1,096 คน
- $Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติ 95% เท่ากับ 1.96
- P = ค่าสัดส่วนของผู้สูงอายุได้รับการฉีดวัคซีน โควิด ต่อเนื่องร้อยละ 80
- d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ในการประมาณสัดส่วน 5 % เท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(1,096)(1.96)^2(0.8)(1-0.8)}{(1,096-1)(0.05)^2 + (1.96)^2(0.8)(1-0.8)}$$

$$= 201.01$$

$$= 201 \text{ คน}$$

การสุ่มตัวอย่าง

1) การสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยนำเอาจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด ในตำบล ลี้นฟ้า ที่สามารถอ่านออก เขียน หรือสื่อสารภาษาไทยได้ และมีความสมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา จัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม และยังมีชีวิตอยู่ มาแบ่งตาม หมู่บ้าน ซึ่งมีทั้งหมด 14 หมู่บ้าน

2) นำขนาดกลุ่มตัวอย่างมากำหนดตัวอย่าง ของแต่ละหมู่บ้านโดยใช้การแบ่งสัดส่วนเทียม บัญญัติไตรยางค์

3) เลือกสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่าง อย่างง่าย (Simple Random Sampling) ใช้วิธีการจับฉลาก แบบไม่คืนที่ โดยใช้ชื่อของผู้สูงอายุ มาจับฉลากเพื่อ เลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างตามจำนวนที่คำนวณได้ราย หมู่บ้านและหากกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้ไม่อยู่ในพื้นที่ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการศึกษาให้ทำการจับฉลาก ใหม่แทนที่

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือเก็บข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาวิจัยสร้างขึ้น โดยจะศึกษา จากทฤษฎี ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ ครอบคลุมตัวแปร และกรอบแนวคิดที่ต้องการศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็น แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานภาพ สมรส สิทธิด้านการรักษา สภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว และประวัติการป่วยด้วยโรค โควิด-19 ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถาม ข้อมูลการเข้ารับบริการฉีดวัคซีน โควิด-19 ประกอบด้วย 1) ประวัติการฉีดวัคซีนโควิด-19 2) เหตุผลในการรับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 3) ประวัติการเกิดอาการข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีน โควิด-19 4) อาการข้างเคียงที่พบภายหลังได้รับวัคซีน โควิด-19 ซึ่งลักษณะคำถามเป็นคำถามแบบปลายปิด (Closed Questions) ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถาม เกี่ยวกับการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้ด้านที่ 1 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการ

รับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ด้านที่ 2 ความเชื่อด้าน สุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรค ด้านที่ 3 ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ ประโยชน์ของการป้องกันโรค ด้านที่ 4 ความเชื่อด้าน สุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันโรค ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบ มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ตัวเลือก ดังนี้ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยกำหนดเกณฑ์ การแปลผลคะแนนระดับความเชื่อด้านสุขภาพ โดยยึด ตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง มีการรับรู้ความเชื่อ ด้านสุขภาพน้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง มีการ รับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพปานกลางและค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง มีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพมาก ส่วน ที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการเข้ารับ บริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดแบบมาตราส่วน ประมาณค่า (Rating Scale) มี 3 ตัวเลือก ดังนี้ เห็น ด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผล คะแนนระดับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรค โควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ โดยยึดตามเกณฑ์ช่วง คะแนนเฉลี่ย โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ซึ่งผู้ ศึกษาได้กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนระดับแรงจูงใจ ในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของ ผู้สูงอายุโดยยึดตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย โดยแบ่ง ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง มี แรงจูงใจในการเข้ารับบริการน้อย ค่าเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง แรงจูงใจในการเข้ารับบริการปานกลาง ค่าเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง มีแรงจูงใจในการเข้ารับ บริการมาก

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ได้ผ่านการ ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ โดยการคำนวณหาค่าความ สอดคล้องของเนื้อหาและวัตถุประสงคืได้ค่าความตรงอยู่ ระหว่าง 0.66 - 1 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มผู้สูงอายุในเขตตำบลยางชุมใหญ่ อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ และหาค่าความ

เชื่อมั่น โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 ด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 ด้านการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.78 ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.76

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)

1) การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2) การวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3) การวิเคราะห์แรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ใช้สถิติค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

4) การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square: χ^2 - test)

5) การหาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product – Moment Correlation Coefficient)

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงาน

สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2023-006 วันที่ 10 มกราคม 2566

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.2 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 69 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี มากสุด 90 ปี ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 60- 67 ปี ร้อยละ 46.3 สถานภาพสมรส ร้อยละ 68.2 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.5 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 79.5 รายได้น้อยสุด 600 บาท มากสุด 5,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้ช่วง 0-1,000 บาท ร้อยละ 79.6 สิทธิด้านการรักษาบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 96.0 กลุ่มตัวอย่างมีโรคประจำตัว 7 กลุ่มโรค ร้อยละ 58.7 ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคโรคหัวใจ และหลอดเลือด ร้อยละ 57.6 รองลงมาโรคเบาหวาน ร้อยละ 23.7 และเคยเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด-19 ร้อยละ 17.9

2. การเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็ม 3 ร้อยละ 63.2 รองลงมา คือ เข็ม 2 ร้อยละ 31.8 เหตุผลในการรับบริการมากที่สุด คือ สมัครใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนด้วยตนเอง ร้อยละ 52.2 รองลงมา คือ มาตรการของภาครัฐ ร้อยละ 38.8 ประวัติการเกิดอาการข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 พบว่า มีอาการข้างเคียงภายหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ร้อยละ 32.3 พบอาการข้างเคียงหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 มากที่สุดคือ มีไข้ ร้อยละ 46.0 รองลงมา คือ มีอาการปวด บวม แดง ร้อน คัน บริเวณที่ฉีด และ ปวดศีรษะ ร้อยละ 19.0 และ 14.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและระดับของความเชื่อด้านสุขภาพแยกรายด้าน

ความเชื่อด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19	2.21	0.37	ปานกลาง
2. การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคโควิด-19	2.26	0.33	ปานกลาง
3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโควิด-19	2.31	0.39	ปานกลาง
4. การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคโควิด-19	2.21	0.36	ปานกลาง
เฉลี่ยรวม	2.24	0.28	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค โควิด-19 สูงสุด โดยมีค่าเฉลี่ย 2.31 รองลงมา คือ การรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคโควิด-19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 และการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.26 ,2.21 และ 2.21 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและระดับของความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19 จำแนกรายข้อ

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. โรคโควิด-19 ติดต่อทางระบบหายใจอย่างเฉียบพลัน	2.35	0.48	มาก
2. โรคโควิด-19 เสี่ยงต่อการแพร่กระจายไปหลอดลมและปอด	2.37	0.48	มาก
3. โรคโควิด-19 สามารถติดต่อกันได้ง่าย	2.33	0.47	ปานกลาง
4. โรคโควิด-19 มีความรุนแรงถึงเสียชีวิต	2.23	0.52	ปานกลาง
5. โรคโควิด-19 ทำให้เป็นโรคร้ายแรงภายหลังการเจ็บป่วยรักษาหายแล้ว	2.07	0.59	ปานกลาง
6. โรคโควิด-19 หากเป็นซ้ำอาการจะรุนแรงมากขึ้น	1.99	0.67	ปานกลาง
7. โรคโควิด-19 สามารถกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์อื่นที่มีความรุนแรงมากกว่าเดิม	2.06	0.67	ปานกลาง
8. การระบาดของโรคโควิด-19 ในแต่ละลอกเกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่	2.28	0.56	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด-19 มากที่สุด คือ ข้อโรคโควิด-19 เสี่ยงต่อการแพร่กระจายไปหลอดลมและปอด โดยมีค่าเฉลี่ย 2.37 รองลงมาคือ ข้อโรคโควิด-19 ติดต่อทางระบบหายใจอย่างเฉียบพลัน และข้อโรคโควิด-19 สามารถติดต่อกันได้ง่าย โดยมีค่าเฉลี่ย 2.35 และ 2.34 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด-19 น้อยที่สุด คือ ข้อโรคโควิด-19 หากเป็นซ้ำอาการจะรุนแรงมากขึ้น โดยมีค่าเฉลี่ย 1.99 รองลงมา คือ ข้อโรคโควิด-19 สามารถกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์อื่นที่มีความรุนแรงกว่าเดิม และข้อโรคโควิด-19 ทำให้เป็นโรค

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและระดับของความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคโควิด-19 จำแนกรายข้อ

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. เชื้อโควิด-19 กระจายอยู่ในอากาศทำให้เจ็บป่วยได้ง่าย	2.28	0.46	ปานกลาง
2. เชื้อโควิด-19 ติดต่อกันจากการสัมผัสน้ำมูก น้ำลายหรือเสมหะ	2.25	0.47	ปานกลาง
3. การรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยทำให้ป่วยเป็นโรคโควิด-19	2.27	0.46	ปานกลาง
4. การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยทำให้ป่วยเป็นโรคโควิด-19	2.29	0.46	ปานกลาง
5. หากมีการเจ็บป่วยทำให้ร่างกายอ่อนแอจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19	2.17	0.56	ปานกลาง
6. การเดินทางไปในชุมชนแออัดเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย	2.19	0.61	ปานกลาง
7. การสวมหน้ากากอนามัยและเว้นระยะห่างช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19	2.26	0.61	ปานกลาง
8. การล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19	2.33	0.58	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 พบว่าตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคโควิด-19 มากที่สุด คือ การล้างมือก่อนและหลังรับประทานอาหารลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.33 รองลงมาคือ เชื้อโควิด-19 กระจายอยู่ในอากาศทำให้เจ็บป่วยได้ง่ายและการรับประทานอาหารร่วมกับผู้ป่วยทำให้ป่วยเป็นโรคโควิด-19 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.28 และ 2.27 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคโควิด-19 น้อยที่สุด คือ หากมีการเจ็บป่วยทำให้ร่างกายอ่อนแอจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.17 รองลงมาคือ การเดินทางไปในชุมชนแออัดเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 ได้ง่ายและเชื้อโควิด-19 ติดต่อกันจากการสัมผัสน้ำมูก น้ำลายหรือเสมหะ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.19 และ 2.25 ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและระดับของความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด 19 จำแนกรายข้อ

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การฉีดวัคซีนช่วยลดการเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิต	2.38	0.51	มาก
2. การรับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 สามารถฉีดได้ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและมีโรคประจำตัว	2.41	0.50	มาก
3. วัคซีนโควิด-19 เป็นความหวังช่วยลดการแพร่ระบาดและลดความรุนแรงของการติดเชื้อ	2.38	0.53	มาก
4. วัคซีนโควิด-19 ควรได้รับการฉีดป้องกันโรคต่อเนื่องจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้	2.32	0.56	ปานกลาง
5. ผู้ที่เคยได้รับวัคซีน 2 เข็มครบตามกำหนดแล้วยังมีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 ได้	2.22	0.63	ปานกลาง
6. ภายหลังจากได้รับวัคซีนยังจำเป็นต้องรักษามาตรการในการป้องกันเชื้อโรคต่อเนื่อง	2.22	0.63	ปานกลาง
7. ผู้ที่มีประวัติเคยติดเชื้อโรคโควิด-19 ยังจำเป็นต้องได้รับวัคซีนโควิด-19 ต่อเนื่อง	2.25	0.62	ปานกลาง
8. วัคซีนไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 แต่สามารถลดความรุนแรงของโรคได้	2.26	0.50	ปานกลาง

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 มากที่สุด คือ ข้อการรับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 สามารถฉีดได้ทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและมีโรคประจำตัว โดยมีค่าเฉลี่ย 2.41 รองลงมาคือ การฉีดวัคซีนช่วยลดการเจ็บป่วยรุนแรงและเสียชีวิต และข้อวัคซีนโควิด-19 เป็นความหวังช่วยลดการแพร่ระบาดและลดความรุนแรง

ของการติดเชื้อ มีค่าเฉลี่ย 2.38 เท่ากัน และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 น้อยที่สุด คือ ผู้ที่เคยได้รับวัคซีน 2 เข็มครบตามกำหนดแล้วยังมีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 ได้ และภายหลังจากได้รับวัคซีนยังจำเป็นต้องรักษามาตรการในการป้องกันเชื้อโรคต่อเนื่อง โดยมีค่าเฉลี่ย 2.22 เท่ากัน

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ยและระดับของความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคโควิด-19 จำแนกรายข้อ

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านสามารถเดินทางเข้ารับบริการฉีดวัคซีนได้ทุกแห่ง	2.31	0.49	ปานกลาง
2. หากมีการรับบริการฉีดวัคซีนในชุมชนจะช่วยให้ท่านเข้ารับบริการ	2.24	0.44	ปานกลาง
3. ท่านดูแลตนเองหลังจากรับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน	2.27	0.52	ปานกลาง
4. หลังได้รับวัคซีน หากท่านพบว่ามีผลข้างเคียงเฉพาะที่ เช่น ปวด บวม แดง บริเวณที่ฉีดวัคซีน ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรงและสามารถหายได้เองโดยไม่ต้องใช้ยา	2.21	0.49	ปานกลาง
5. แม้ว่าท่านจะได้รับวัคซีนแล้วยังคงต้องปฏิบัติตามมาตรการป้องกันต่างๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ต่อเนื่องได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การรักษาระยะห่างทางสังคมและการกักตัวอย่างเคร่งครัด	2.12	0.53	ปานกลาง
6. หากท่านมีไข้หรือเจ็บป่วยท่านจะเลื่อนการรับวัคซีนไปก่อน กรณีเป็นหวัดเล็กน้อยและไม่มีไข้สามารถรับวัคซีนได้	2.15	0.56	ปานกลาง
7. หลังได้รับวัคซีนหากท่านมีปฏิกิริยาแพ้รุนแรง เช่น มีผื่นทั้งตัว หน้าบวม คอบวม หายใจลำบาก ใจสั่น วิงเวียนหรือมีอาการแขนขาอ่อนแรงควรรีบไปโรงพยาบาล	2.17	0.50	ปานกลาง
8. เมื่อท่านได้รับวัคซีนตามกำหนดและเก็บบันทึกการรับวัคซีนไว้เพื่อเป็นหลักฐาน	2.18	0.41	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคโควิด-19 มากที่สุดคือ ข้อท่านสามารถเดินทางเข้ารับบริการฉีดวัคซีนได้ทุกแห่ง โดยมีค่าเฉลี่ย 2.31 รองลงมาคือ ข้อท่านดูแลตนเองหลังจากรับบริการฉีดวัคซีนโควิด-19 เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน โดยมีค่าเฉลี่ย 2.27 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ การรับรู้อุปสรรคต่อการป้องกันโรคโควิด-19 น้อยที่สุด คือ ข้อแม้ว่าท่านจะได้รับวัคซีนแล้วยังคงต้อง

ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันต่างๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ต่อเนื่องได้แก่ การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือ การรักษาระยะห่างทางสังคมและการกักตัวอย่างเคร่งครัด รองลงมาคือ ข้อหากท่านมีไข้หรือเจ็บป่วยท่านจะเลื่อนการรับวัคซีนไปก่อน กรณีเป็นหวัดเล็กน้อยและไม่มีไข้สามารถรับวัคซีนได้ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.12 และ 2.15 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและระดับของระดับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 จำแนกรายข้อ

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การฉีดวัคซีนสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ จึงต้องป้องกันตนเองโดยการไปรับบริการ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	2.23	0.42	ปานกลาง
2. การสวมหน้ากากอนามัยในชุมชนแออัด ทำให้เกิดความรำคาญหายใจไม่สะดวก จึงต้องป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 โดยการไปรับบริการฉีดวัคซีน	2.16	0.38	ปานกลาง
3. การดูแลความรักษาสะอาดบ้านของท่านสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ไม่เพียงพอ จึงต้องไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	2.17	0.44	ปานกลาง
4. การจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้มีอากาศและแสงแดดส่องถึงนั้นสามารถกำจัดเชื้อ ก่อโรคโควิด-19 ได้ ไม่เพียงพอ จึงต้องไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	2.16	0.49	ปานกลาง
5. การไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทำให้ไม่ป่วย แต่ยังมีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 อยู่ ท่านจึงต้องไปรับบริการ	2.15	0.55	ปานกลาง
6. ท่านสามารถเดินทางไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน ได้สะดวก	2.17	0.57	ปานกลาง
7. ข่าวสารการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุข ทำให้ท่านอยากรับบริการฉีดวัคซีน	2.20	0.51	ปานกลาง
8. การสอบถามเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 กับเจ้าหน้าที่ ในสถานบริการสาธารณสุขทำให้ท่านอยากรับบริการฉีดวัคซีน	2.23	0.43	ปานกลาง
9. ผลข้างเคียงจากการรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ทำให้ไม่กล้าฉีดวัคซีน	2.20	0.40	ปานกลาง
10. การแพ้วัคซีน ทำให้ไม่กล้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19	2.23	0.43	ปานกลาง

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่อง มากที่สุด คือ ข้อการฉีดวัคซีนสามารถป้องกันโรคโควิด-19 ได้ จึงต้องป้องกันตนเองโดย การไปรับบริการ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ข้อการสอบถามเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 กับเจ้าหน้าที่ ในสถานบริการสาธารณสุขทำให้ท่านอยากรับบริการฉีดวัคซีนและข้อการแพ้วัคซีน ทำให้ไม่กล้ารับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.23 เท่ากันทั้ง 3 ข้อและกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องน้อยที่สุด คือ ข้อการไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้ป่วยโรคโควิด-19 ทำให้ไม่ป่วย แต่ยังมีโอกาสติดเชื้อโควิด-19 อยู่ ท่านจึงต้องไปรับบริการ โดยมีค่าเฉลี่ย 2.15

รองลงมา คือ ข้อการสวมหน้ากากอนามัยในชุมชนแออัดทำให้เกิดความรำคาญหายใจไม่สะดวก จึงต้องป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 โดยการไปรับบริการฉีดวัคซีนและข้อการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้มีอากาศและแสงแดดส่องถึงนั้นสามารถกำจัดเชื้อ ก่อโรคโควิด-19 ได้ ไม่เพียงพอ จึงต้องไปรับบริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดยมีค่าเฉลี่ย 2.16 เท่ากัน

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสัมพันธ์ระหว่างการเรียนรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโควิด-19

มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.310$, $p\text{-value} = <0.001$) การรับรู้ความรุนแรงต่อการเป็นโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.194$, $p\text{-value} = 0.006$) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ($r = 0.470$, $p\text{-value} = 0.510$) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = -0.141$, $p\text{-value} = 0.46$) ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($r = 0.206$ $p\text{-value} = 0.003$)

ข้อเสนอแนะ

- 1 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย
 - 1) การสร้างแรงจูงใจในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุต้องเริ่มจากการสร้างการรับรู้ถึงศักยภาพของตนเองร่วมกับการให้คำแนะนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่องโดยการชักนำจากบุคคลในครอบครัว, เพื่อน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
 - 2) การสร้างแรงจูงใจและความเชื่อในชุมชนและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนและวิถีชุมชนที่เอื้อต่อการป้องกันการระบาดของโรคและควรให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับรู้รับทราบให้ชัดเจนเข้าใจในการปฏิบัติ เนื่องจากเป็นองค์กรที่ใกล้ชิดประชาชนสามารถส่งเสริมให้ประชาชนเข้าใจเข้าถึงให้ครอบคลุมทุกระดับได้ง่าย
 - 3) การสร้างเสริมแรงจูงใจด้านสุขภาพและรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติให้เกิดการเตรียมความพร้อมการวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆและเกิดพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมตามความรู้ที่มีเป็นพื้นฐาน เช่น

การล้างมืออย่างถูกวิธีและปฏิบัติเป็นประจำ จะช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อซึ่งเป็นวิธีง่าย ๆ ที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง

2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไป ประเด็นที่ศึกษาผลกระทบประสิทธิภาพคำแนะนำในการป้องกันตนเองการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตแนวใหม่การสร้างพฤติกรรมของประชาชนเชื่อมโยงกับการขับเคลื่อนวัคซีนซึ่งยังไม่ถึงเป้าหมาย
- 2) ศึกษาวิจัยต่อยอดการรับรู้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 กับแรงจูงใจในการเข้ารับบริการฉีดวัคซีนโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันตนเองของผู้สูงอายุ
- 3) ศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่เคยติดเชื้อและไม่เคยติดเชื้อเพื่อทราบถึงการเข้าถึงวัคซีนโควิด -19 และการปฏิบัติในการป้องกันโรค
- 4) ศึกษาวิจัยต่อยอดในด้านความเชื่อทางสุขภาพกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลไปสู่พฤติกรรมวิถีใหม่ (New normal) และพฤติกรรมวิถีถัดไป (Next normal) ในการดำเนินชีวิตในสังคมขณะที่ยังคงมีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. (2542) กรมประชาสงเคราะห์. ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร : กรมประชาสงเคราะห์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.
- กระทรวงสาธารณสุข. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (2552) รายงานสถานการณ์สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุไทย : สถานการณ์สุขภาพไทย ธันวาคม ปีที่ 4 ฉบับที่ 1.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต.(2558) แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.

- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). กลยุทธ์การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 14(3), 104-114.
- กัมปนาท โคตรพันธ์ และ นิยม จันทน์นวล. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในจังหวัดมุกดาหาร. การประชุมวิชาการระดับชาติ มอช. วิจัยครั้งที่ 16 (148-160).
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (COVID-19) ของประเทศไทย, สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19>.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564).แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19)สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง.นนทบุรี: กรมควบคุมโรค.สืบค้นจาก <https://ddc.moph.go.th>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2555) รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. นนทบุรี : บริษัท เอสเอสพลัส มีเดีย จำกัด.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ.(2560) รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี : บริษัท เอสเอสพลัส มีเดีย จำกัด.
- จงกลณี ด้อยเจริญ และคณะ. (2563). การรับมือไวรัสโคโรนา COVID-19 ในงานสาธารณสุขมูลฐาน.
- ชูดา จิตพิทักษ์. (2555) พฤติกรรมศาสตร์เบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สารมวลชน.
- ชนวนทอง ธนสุกาญจน์, นริมาลย์นิละไพจิตร และณัฐนารี เอมยงค์. (2564). รายงานฉบับสมบูรณ์ (Final Report) เรื่องโครงการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับความเข้าใจเรื่องโรคการปฏิบัติตัวและการได้รับวัคซีน โควิด -19 ของประชาชนกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้สูงอายุ และผู้พิการทางการเห็น. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ณัฐวรรณ คำแสน. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด 19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า, 4(1), 33-48.
- ดวงใจ รัตนธัญญา.(2555) สุขศึกษา: หลักและกระบวนการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ.กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ไทยรายวัน.
- นันทา ชุนภักดี. (2530) การวิเคราะห์ความเชื่อของชาวไทยในสวัสดิการศึกษ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร :มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- นภษา สิงห์วีระธรรม.(2564) ศึกษาความเต็มใจยอมรับและความเต็มใจที่จะจ่ายเงินการได้รับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข้าป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.ปีที่ 15 ฉบับที่ 2: พฤษภาคม-สิงหาคม.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ, สวิง สุวรรณ. (2536). พฤติกรรมศาสตร์พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา.พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : เจ้าพระยาการพิมพ์. 15 โรงพยาบาลพระราม 9.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2556) ทัศนคติ :การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย, พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- ปิยอร วนะทีนภัทร.(2565) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาของบุคลากรและนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 ปีที่ 15 ฉบับที่ 37. พฤษภาคม - สิงหาคม. (282 - 291).
- พรทิวา มีสุวรรณ. (2551) การรับรู้ความรู้แรงของการเจ็บป่วย ความต้องการข้อมูลและความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนได้รับการผ่าตัดหูคอจมูกในโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์ : วารสารสงขลานครินทร์เวชสาร. มี.ค.-เม.ย.; 26 [2]: 185-193.

- พงษ์ศักดิ์ สันธิบุญ. (2543)วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปีที่ 3, ฉบับที่ 4 2543, 1513-0096
- ภคินัฐ วีระจร,โชคชัย ขวัญพิชิต, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกขาสิ่งหวิระธรรม. (2563) การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์จังหวัดชายแดนภาคใต้ : วารสารสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม.
- มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2564). รายงานการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษา. ปทุมธานี.
- โยธิน คันสนยุทธ และคณะ. (2553). จิตวิทยา. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ.ราชบัณฑิตยสถาน. (2546) พจนานุกรมฉบับ ราชบัณฑิตยสถานพ.ศ. 2542. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์.
- วสันต์ ศิลปสุวรรณ และพิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ. (2555). การวางแผนและประเมินผลโครงการส่งเสริมสุขภาพ: ทฤษฎีและการปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: เจริญดีการพิมพ์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล.(2542) หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภาพ เรืองตระกูล.(2547) ตำราจิตเวชผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรื่องแก้วการพิมพ์.
- สมทรง รักษ์เผ่าและสรรงค์ ภูณัฏ ดวงคำสวัสดิ์.(2540) กระบวนการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกรณี: การพัฒนาพฤติกรรมผู้บริโภคในชุมชน.นันทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. สันทนการ.
- อัจฉรา จินตวัฒน์วงศ์. (2553) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายมหาวิทยาลัยมหิดลม.ป.ท.
- อภาพร เฒ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลั้มพากร, สุนีย์ ละกะปิ่น, ขวัญใจ อานาจสัตย์เชื้อ. (2554) การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชนการประยุกต์แนวคิดทฤษฎีและการปฏิบัติ.(พิมพ์ครั้งที่2).กรุงเทพมหานคร: หก. โรงพิมพ์คลังนาวิทยา.
- อุมาพร ปุญญโสพรรณ. (2554)การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกัน โรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉางจังหวัดสุราษฎร์ธานี : วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์
- อนัญญา ยศนันท์.(2563) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตามมาตรการปลอดภัยสำหรับองค์กร (COVID Free Setting) เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสาร ปีที่ 4 ฉบับที่ 11 กันยายน-ธันวาคม (198-205).
- Daniel, W.W. Biostatics: Basic concept and Methodology for the Health Sciences (9thed). New York: John Wiley & Sons; 2010.
- Firew, A. &Belachew, U. (2022). COVID-19 vaccines: awareness, attitude and acceptance among undergraduate University students.Journal of Pharmaceutical Policy and Practice, 15(32),1-7.
<http://www.hiso.or.th/hiso/visualize/Index.php?links=v320&show=2&no=8&menu=1>
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the Use of Content Specialists in the Assessment of Criterion-Referenced Test Item Validity.TijdschriftVoorOnderwijs Research,2, 49-60
- Suphanchaimat, R, et al. (2021).Predicted Impact of Vaccination and Active Case Finding Measures to Control Epidemic of Coronavirus Disease 2019 in a Migrant-Populated Area in Thailand. Risk ManagHealthc Policy, 3(14), 3197-3207.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในตำบลกันทรารมย์ อำเภوخุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

พนมกร อินทนนท์¹

บทคัดย่อ

การเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการช่วยคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมนับเป็นอีกวิธีหนึ่งซึ่งช่วยให้การทำงานเชิงรุกในชุมชนความสำเร็จโดยสามารถคัดกรองผู้สูงอายุให้เข้ารับการรักษาอย่างทันเวลาที่ การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในตำบลกันทรารมย์ อำเภوخุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 35 คน ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และแบบประเมินทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังทดลองด้วยสถิติ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การรับรู้สมรรถนะ และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

คำสำคัญ: โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะ / พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม / อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกโพธิ์ E-mail: Panomkorn59@hotmail.com

Effects of Self-efficacy Enhancement Program for the Village Health Volunteers in Caring for Older People at the Risk of Dementia in Kantararom sub-district, Khukhan District, Sisaket Province

Panomkorn Intanon¹

Abstract

Enhancing Self-efficacy Enhancement of Health Volunteers Promoting Screening and in Caring for Older People at the Risk of Dementia. This quasi-experimental research aimed to study the effects of the self-efficacy promoting program on The Village Health Volunteers Dementia in Kantararom Sub-district, Khukhan District, Srisaket Province. A random sampling was used to recruit 35 village health volunteers. Data were carried out from May to August 2023. Experimental instrument was the self-efficacy promoting program. The research instrument was a questionnaire of knowledge about the risk of dementia, self-efficacy, and skills of health promotion of dementia. which their reliabilities were. 83 respectively Descriptive statistics and Paired Sample t-test.

The results reveal that after the experiment the experimental group had a higher average score of knowledge about risk of dementia, self-efficacy, and skills of health promotion of risk of dementia patients than that of the before the experiment with statistical significance at the 0.001 level.

KEYWORDS: Effects of self-efficacy enhancement program / Caring for older People at Risk of dementia / The village health volunteers

¹Public Health Technical Officer, Professor level, Khukhan district, Sisaket province, Email: Panomkorn59@hotmail.com

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2564 โดยพบว่าประชากรผู้สูงอายุมีมากถึง 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกปี สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) ประมาณการว่า ในปีพ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึง 20.5 ล้านคน หรือคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 32 ของจำนวนประชากรไทยทั้งหมด และยังพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาทางสุขภาพมากถึงร้อยละ 95 การเพิ่มของประชากรผู้สูงอายุยังสะท้อนให้เห็นว่าเกิดภาระทางการคลังเพิ่มขึ้น เกิดวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ นอกจากนี้ปัญหาด้านสุขภาพแล้วนั้นผู้สูงอายุยังต้องเผชิญปัญหาสุขภาพชีวิตความเป็นอยู่และระบบการดูแลที่ไม่ได้มาตรฐาน รวมถึงความมั่นคงทางรายได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุจากครอบครัวยากจน (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2564) การเตรียมความพร้อมทั้งสังคมผู้สูงอายุในชุมชนถือเป็นหนึ่งในความท้าทายของบุคลากรด้านหน้าในการตั้งรับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องมีทักษะการทำงานให้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงของโลก ถือเป็นภาระเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ญาติ และทีมสุขภาพในชุมชน และเป็นการลดค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุเพื่อให้ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพในชุมชนก่อนเกิดผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืนในชุมชน

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยด้านร่างกายมีการ เสื่อมและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงของระบบต่าง ๆ ทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บตามมา ดังต่อไปนี้ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 41) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 18) ข้อเข่าเสื่อม (ร้อยละ 9) เป็นผู้พิการ (ร้อยละ 6) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 1) และผู้ป่วยนอนติดเตียง (ร้อยละ 1) ขณะที่มียังมีเพียงร้อยละ 5 ที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพ (กรมอนามัย, 2556) ภาวะ

สมองเสื่อมเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่มักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดในผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป พบได้ประมาณร้อยละ 6 - 8 ของผู้สูงอายุ อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในทุกๆ 5 ปี หลังจากอายุ 60 ปีขึ้นไป ทำให้พบภาวะสมองเสื่อมได้สูงถึง ร้อยละ 45 ในกลุ่มประชากรที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 85 ปี ในปี พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมมีจำนวน 617,000 คน โดยพบในประชากร อายุ 60 - 69 ปี ร้อยละ 8 ในประชากรอายุ 70-79 ปี และร้อยละ 50 หรือครึ่งหนึ่งของประชากรที่อายุ 85 ปีขึ้นไป ซึ่งคาดว่า ในปี พ.ศ. 2580 จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น จำนวน 1,350,000 คน ประกอบกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม 1 คน ต้องใช้ผู้ดูแลอย่างน้อย 2 คน หากญาติในครอบครัวเป็นผู้ดูแลกันเองจะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลประมาณ 4,000 - 6,000 บาทต่อเดือน ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายทางอ้อมของผู้ดูแล เช่น ต้องลาออกจากงานมาดูแล รวมทั้งค่าเสียโอกาสต่าง ๆ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ภาวะสมองเสื่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป จำเป็นต้องได้รับการดูแลในกิจวัตรประจำวันและต้องการผู้ติดตามดูแล ส่งผลกระทบต่อ การประกอบอาชีพ และการเข้าสังคมทำให้ค่าใช้จ่ายในครอบครัวสูงขึ้น ทั้งค่าใช้จ่ายทางตรง เช่น ค่ายา หรือ ค่ารักษาพยาบาล และค่าใช้จ่ายทางอ้อมของญาติผู้ดูแลที่ต้องลาออก จากงาน ผู้ดูแลเกิดความเครียดที่ต้องรับภาระหนัก เบื่อหน่าย ซึมเศร้า หรือขัดแย้งในครอบครัว เมื่อญาติ ผู้ดูแลมีความเครียดสูงอาจกลายเป็นผู้ป่วย ส่งผลให้คุณภาพการดูแลลดลง การป้องกันภาวะสมองเสื่อม จึงมีความสำคัญ การรณรงค์ค้นหาผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในระยะแรกเพื่อช่วยฟื้นฟูสมองและชะลอการตาย ของสมองให้ช้าลง ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงการได้รับการสนับสนุน และการเตรียมความพร้อม สำหรับอนาคตได้ดียิ่งขึ้น

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชนและผ่านการฝึกอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นผู้ที่มีจิตอาสา เสียสละจนได้รับการยอมรับจากสังคม และยกฐานะเป็นหมอประจำบ้าน มีบทบาทในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) ส่งเสริมสุขภาพและแก้ปัญหาสุขภาพที่สำคัญและมีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุในชุมชน เห็นการเปลี่ยนแปลงสุขภาพด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุได้ชัดเจนกว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และสามารถค้นหาผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมหรือมีอาการระยะเริ่มแรกก่อนที่จะมีอาการแสดงของโรคสมองเสื่อม

การเสริมสร้างสมรรถนะ อสม. ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เป็นการสร้างเครือข่ายคนในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมรับรู้ปัญหาที่เกิดขึ้น นำสู่ความร่วมมือและแก้ไขปัญหาที่ตรงประเด็น ส่งผลให้ประชาชนได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ลดภาวะเสี่ยงต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามี อสม. ได้รับการอบรมให้ความรู้ที่จำเพาะเจาะจงเฉพาะเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ยังมีน้อย เนื่องจากปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุมีความหลากหลายจากความเสื่อมของร่างกาย ดังนั้นการเสริมสร้างสมรรถนะและเพิ่มบทบาทของ อสม. ในการช่วยคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมนับเป็นอีกวิธีหนึ่งที่ช่วยให้ การทำงานเชิงรุกในชุมชนให้มีความสำเร็จสามารถคัดกรองผู้สูงอายุให้เข้ารับการรักษาทันท่วงทีเพื่อชะลอความเสื่อมของสมองที่อาจยากต่อการแก้ไขได้หากปล่อยทิ้งไว้ระยะยาว

ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน อธิบายว่าบุคคล จะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมหรือไม่นั้น ส่วนหนึ่งมาจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าจะกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายหรือตามความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectation) ที่เกิดขึ้น หากตนกระทำพฤติกรรมแล้วจะนำไปสู่ผลลัพธ์

ตามที่ต้องการ ผ่านกระบวนการเรียนรู้จากแหล่ง ข้อมูล 4 แหล่ง คือ (1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (3) การใช้คำพูดชักจูง (4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ดังนั้น ควรส่งเสริมให้อสม.มีความรู้และทักษะทักษะในคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยมีความเชื่อมั่นในตนเอง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์จากการคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และเกิดพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง

การจัดโปรแกรมโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะตนเองต่อกระบวนการตัดสินใจเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผ่านมานำไปใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเน้นเฉพาะโรค ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (ชูชาติ พันเต็ม, 2565) โรคหลอดเลือดสมอง (วีรวัดน์ จิตจุง, 2561) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (ปิยนุช ภิญโย และคณะ, 2560) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย รวมถึงการคัดกรองโรคจิตในชุมชน การคุ้มครองผู้บริโภค (สุภาวดี สุขมาก และคณะ, 2559) การศึกษาส่วนใหญ่พบในเขตเมือง กทม. และเป็นการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะตนเองของ อสม. ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม แต่ยังไม่ได้มีการประเมินพฤติกรรมที่สะท้อนความสามารถในการคัดกรองในการปฏิบัติงานจริงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (วิไล ตั้งปนิธานดี และคณะ, 2563) สภาพปัญหาของผู้สูงอายุในชนบทท้องถิ่นมีความแตกต่างทางด้านภาษาและวัฒนธรรม รวมถึง อสม.ยังขาดทักษะในการคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ถึงแม้ อสม.จะได้รับความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมมาบ้างแล้วนั้นซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนผ่าน กระบวนการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ (1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ โดยให้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมฯร่วมกันค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรค พร้อม ทั้งหาแนวทางในการแก้ไข (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยการวิเคราะห์จากการชมวีดีทัศน์ และฟังประสบการณ์การคัดกรองการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจาก CG ที่มีประการณ์การทำงาน (3) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้เชื่อว่าตนสามารถประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ได้ (4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง ผลการวิจัยครั้งนี้ จะได้โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสหวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนและ พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทักษะ มีความมั่นใจและสามารถคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุให้ได้รับการรักษาที่ทัน่วงทีและได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชนอย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สมมุติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลองค่าเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีค่าสูงกว่าก่อนการทดลอง

กรอบแนวคิด

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) สามารถทำได้จากการเรียนรู้ของแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ (1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ โดยให้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมฯร่วมกันค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรค พร้อม ทั้งหาแนวทางในการแก้ไข การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยการวิเคราะห์จากการชมวีดีทัศน์ และฟังประสบการณ์การคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจาก CG ที่มีประการณ์การทำงานสภาวะทางกายและอารมณ์ (3) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้เชื่อว่าตนสามารถประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ได้ (4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ดังภาพที่ 1

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คือ กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1997) โดยใช้แหล่งสนับสนุนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจาก 4 แหล่ง ดังนี้

1. การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ โดยให้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ร่วมกันค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไขการได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น
2. การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยการวิเคราะห์จากการชมวิดิทัศน์ และฟังประสบการณ์การคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจาก CG ที่มีประสบการณ์การทำงาน
3. การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้เชื่อว่าตนสามารถประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ได้
4. การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ให้มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ

พฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ตำบลกันทรารมย์ อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 104 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลกันทรารมย์ อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยจับการสุ่มฉลาก ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมที่พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา(Bandura, 1997) จากแหล่งข้อมูล 4 แหล่ง คือ (1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเอง (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น (3) การใช้คำพูดชักจูง (4) การส่งเสริมสภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ส่วนที่

2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ส่วนที่
3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ
อาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เสี่ยงต่อ
ภาวะสมองเสื่อม ส่วนที่ 4 แบบประเมินทักษะของ
อาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อ
ภาวะสมองเสื่อม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

โปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมกรรมการดูแล
ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ผ่านการตรวจสอบ
ความเหมาะสมของเนื้อหา(Content Validity) โดย
ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา
(Content validity index = CVI) ผลการหาค่าความ
ตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .78 และแบบสอบถามข้อมูล
พื้นฐาน แบบวัดความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ
แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัคร
สาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมอง
เสื่อม แบบประเมินทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขใน
การดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมวิเคราะห์หา
ความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ด้วยวิธีหาค่า
สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha
Coefficient) ได้เท่ากับ 0.83

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา
(Descriptive statistic) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
โดยใช้สถิติ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้
การรับรู้สมรรถนะ และทักษะของอาสาสมัคร
สาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมอง
เสื่อม ก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ
Paired Sample t-test

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ศรีสะเกษ ให้การรับรองผ่านการพิจารณาเห็นชอบ
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ศรีสะเกษ เอกสารเลขที่ SPPH 2023-089 ลงวันที่ 12
พฤษภาคม 2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า
ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 91.0) มีอายุระหว่าง
41-50 ปี (ร้อยละ 40.0) รองลงมาอายุระหว่าง 51-60
ปี (ร้อยละ 28.6) โดยมีอายุเฉลี่ย 49.26 ปี (SD = 9.15)
มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา (ร้อยละ 40.0)
รองลงมัธยมศึกษาตอนปลาย (ร้อยละ 34.3) สถานภาพ
สมรสส่วนใหญ่สมรส/คู่ (ร้อยละ 77.1) กลุ่มตัวอย่าง
ทั้งหมดประกอบอาชีพเกษตรกร เช่น ทำไร่ ทำนา
ทำสวน ระยะเวลาของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) มากกว่า 15 ปี (ร้อยละ 40.0)
รองลงมา 6-10 ปี (ร้อยละ 28.6) ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อม ใน
ผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
หลังได้รับโปรแกรม ฯ คะแนนเฉลี่ยในกลุ่มทดลอง
มีความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ยกเว้น
ข้อที่ 3 ภาวะสมองเสื่อมทำให้อาบน้ำเองไม่ได้ ใส่เสื้อ
กลับด้านคะแนนก่อนและหลังการทดลอง ไม่
เปลี่ยนแปลง หลังการทดลองข้อที่มีผู้ตอบถูกสูงสุด
ร้อยละ 100 ได้แก่ ผู้สูงอายุมีโอกาสมีภาวะสมองเสื่อม
การออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยให้ความคิด ความจำดี
ขึ้น ช่วยให้สมองเสื่อมช้า และผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมใน
ระยะรุนแรงต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดตลอด 24
ชั่วโมง

ส่วนที่ 3 การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ
อาสาสมัครสาธารณสุขก่อนการทดลองทั้งของกลุ่ม
ทดลองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.76

SD = 0.59 เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า เกือบทุกข้อของกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอยู่ในระดับปานกลาง ยกเว้นการรับรู้สมรรถนะด้านความสามารถประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้ พบว่าอยู่ในระดับมาก ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยรวมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 3.31 SD = 0.27) ยกเว้น สามารถส่งเสริมผู้สูงอายุฝึกสมองด้วยการฝึกบวกเลขบ่อย ๆ จำให้สมองเสื่อมช้าลงยังอยู่ในระดับปานกลางเช่นเดิม

ส่วนที่ 4 ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมก่อนการ

ทดลองของกลุ่มทดลอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.34 SD = 0.40) ภายหลังการทดลองทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของกลุ่มทดลองโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 2.72 SD = 0.19) เมื่อพิจารณากลุ่มทดลองรายด้าน พบว่าเกือบทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก ยกเว้น การแนะนำญาติผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมสังเกตอาการผิดปกติของผู้สูงอายุ เช่น เริ่มมีปัญหาเรื่องทิศทาง เช่น ถ้าเคยขับรถก็หลงทางบ่อยจำทิศทางไม่ได้ขับรถอันตราย หรือเลิกขับรถไปเลยก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.29 SD = 0.50) ภายหลังการทดลองยังอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม (ค่าเฉลี่ย = 2.29 SD = 0.50) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนและหลังทดลอง (n= 35)

ตัวแปร	Mean	SD	t	df	P-value
ความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ					
ก่อนการทดลอง	10.42	5.03	4.63	34.00	<.001*
หลังการทดลอง	13.48	1.63			
การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข					
ก่อนการทดลอง	27.65	5.92	7.43	34.00	<.001*
หลังการทดลอง	33.17	2.72			
ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข					
ก่อนการทดลอง	35.14	6.09	8.7	34.00	<.001*
หลังการทดลอง	40.85	2.94			

จากตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.42 (SD = 5.03) ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม มีผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.48 (SD= 1.63) เมื่อ

เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุด้วยสถิติ Paired Sample t-test ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (t= 4.63, p-value < .001)

ผลการวิเคราะห์การรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.65 (SD = 5.92) ภายหลังการ

ทดลองกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมงดสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม มีผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 33.17 (SD= 2.72) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยสถิติ Paired Sample t-test หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 7.43, p\text{-value} < .001$)

ผลการวิเคราะห์ที่ทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.14 (SD = 6.09) ภายหลังจากทดลองกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมงดสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม มีผลต่างค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 40.85 (SD= 2.94) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขด้วยสถิติ Paired Sample t-test หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 8.70, p\text{-value} < .001$)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมงดสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในตำบลกันทรารมย์ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถอภิปรายผลการทดลองได้ดังนี้

1. ภายหลังจากเสร็จสิ้นการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) นั่นคือ หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนความรู้เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Bandura, 1997) ผ่านกระบวนการเรียนรู้จากแหล่งข้อมูล 4

แหล่ง คือ (1) การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จด้วยตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ โดยให้ประเมินตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมฯร่วมกันค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรค พร้อมทั้งหาแนวทางในการแก้ไข (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์จากผู้อื่น โดยการวิเคราะห์จากการชมวีดิทัศน์ และฟังประสบการณ์การคัดกรองการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจาก CG ที่มีประสิทธิภาพการทำงาน (3) การใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้เชื่อว่าตนสามารถประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ได้ (4) การส่งเสริมสภาพด้านร่างกายและอารมณ์ ให้ความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมฯ ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม 5 สัปดาห์ จำนวน 6 ครั้ง โดยชี้แจงบทบาทผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดตามกระตุ้นเตือนให้เกิดพฤติกรรมงดสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม พร้อมทั้งชมเชย ให้กำลังใจ ภายหลังจากทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของภาวิณี พรหมบุตร เอื้อจิต สุขพูล กิตติภูมิ ภิญโย และปิยะนุช ภิญโย (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนพบว่า ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรภรณ์ สิมศิริวัฒน์, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, และนิสากร กรุงไกรเพชร (2560) ศึกษาผลการสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมงดสูบบุหรี่การส่งเสริมการควบคุมโรคธาลัสซีเมีย ของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โรคธาลัสซีเมียสูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ภายหลังจากทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุข หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p = .001$) ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวสามารถอธิบายได้ว่าเป็นผลมาจากโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จัดขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Bandura,1997) เป็นตัวกำหนดการตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะ จัดการและนำไปสู่การตัดสินใจในการแสดงพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่คาดหวัง ซึ่งปัจจัยที่ ทำให้เกิดความสามารถของตนเองเพื่อช่วยส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีอยู่ 4 แห่ง คือ 1. ประสบการณ์ที่ ประสบความสำเร็จ (Mastery Experience) คือ การได้ เรียนรู้ จากความสำเร็จ จากการปฏิบัติหรือกระทำพฤติกรรมนั้น ตั้งแต่อดีตเชื่อมโยงเข้าสู่การตัดสินใจที่จะกระทำกิจกรรมในปัจจุบัน ถือเป็นปัจจัยที่จะช่วยให้ตัดสินใจทำโดยจะคาดหวังว่าตนเองสามารถทำได้ และจะสำเร็จลุล่วงได้ 2. การได้เห็นตัวแบบ (Modeling) หรือประสบการณ์ของผู้อื่น (Vicarious Experience) การที่บุคคลได้เห็นผู้อื่นกระทำพฤติกรรมที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันแล้วประสบกับความสำเร็จจะทำให้ตนเองรู้สึกว่ายเองสามารถทำได้เหมือนตัวแบบ และน่าจะประสบความสำเร็จได้เกิดความภาคภูมิใจในตนเองได้ หากปฏิบัติได้เหมือนตัวแบบ 3. การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการพูดให้คำแนะนำ อธิบาย ชักชวน หรือใช้คำพูดชื่นชมผู้อื่น เพื่อให้เห็นความสามารถของตนเองที่มีอยู่ และ 4. การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Rousal) การมีความพร้อมทั้งสภาพร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ จะเป็นอีกหนึ่งหนทางที่จะทำให้ตนเองสามารถกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จ เช่น มีความสุขที่จะกระทำภาคภูมิใจ

การศึกษาครั้งนี้ได้จัดโปรแกรมเพื่อเสริมสร้างให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น รูปแบบกิจกรรมในการเสริมสร้างความสามารถมีความมั่นใจที่จะกระทำพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมให้ครบทั้ง 4 แห่ง ได้แก่ (1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง โดยประเมินตนเองและสำรวจตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการปฏิบัติ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมร่วมกับค้นหาปัญหาที่เป็นอุปสรรคของการปฏิบัติ ฝึกทักษะการปฏิบัติตนในพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม โดยการสาธิตและสาธิตย้อนกลับ หลังจากฝึกทักษะแล้วประเมินตนเองและพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการได้ปฏิบัติพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมว่าตนสามารถปฏิบัติได้หรือไม่ (2) การได้เห็นตัวแบบหรือประสบการณ์ของผู้อื่น ชมวิดิทัศน์เกี่ยวกับสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ การฟังเรื่องเล่าจาก CG ที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรม ฯ ได้เห็นวิธีการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เกิดการเรียนรู้และนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันของตนเอง พร้อมทั้งร่วมกันวิเคราะห์การปฏิบัติตนจากสิ่งที่ได้ดูจากตัวแบบ (3) การใช้คำพูดชักจูง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ CG ช่วยสร้างความตระหนัก กระตุ้นเตือนให้เห็นความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม และเสริมแรงให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเกิดการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุ (4) สภาวะด้านร่างกายและอารมณ์ จัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ในการสร้างสัมพันธ์ภาพ เดินตามจังหวะเพลง ร้องเพลง จัดกิจกรรม เล่นเกมสัปดาห์ ประกวดการเขียนความภูมิใจของฉันทเมื่อได้ปฏิบัติพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เพื่อส่งเสริมให้เกิดความไว้วางใจ รู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล เพื่อ

เตรียมพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ต่อการเรียนรู้ ผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรารักษ์ สิมศิริวัฒน์ และคณะ (2560, น.94-104) ศึกษาผลของการสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตน และ พฤติกรรมการส่งเสริมการควบคุมโรคธาลัสซีเมียของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของภาวิณี พรหมบุตร เอื้อจิต สุขพูล กิตติภูมิ ภิญโย และปิยนุช ภิญโย (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในชุมชน พบว่า หลังได้รับโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนอาสาสมัครสาธารณสุขมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. ภายหลังจากทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนทักษะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้ง ทั้งนี้มาจากโปรแกรมเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เพิ่มขึ้น การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น เมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้ ร่วมกับรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น เกิดความมั่นใจ เชื่อมมั่นในตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ผลการวิจัยนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของเอี่ยมเดือน เตชะมา และคณะ (2557) ที่ศึกษาผล ของโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านที่บ้านในอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านหลัง เสร็จสิ้นโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรารักษ์

สิมศิริวัฒน์ และคณะ (2560, น.94-104) ศึกษาผลของการสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในการควบคุมโรคธาลัสซีเมีย ของอาสาสมัครสาธารณสุข พบว่า หลังได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย การเปลี่ยนแปลงความรู้ การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการส่งเสริมการควบคุม โรคธาลัสซีเมียสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. บุคลากรสาธารณสุขในทีมสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนให้เกิดพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ ได้
2. พยาบาลชุมชน จัดประชุมนำเสนอโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมให้แก่ผู้นำชุมชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติในการเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมให้มีความต่อเนื่องในชุมชน
3. ด้านการวิจัย พยาบาลและนักวิจัยสามารถนำโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ในการวิจัยครั้งต่อไปเป็นแนวทางในการวิจัยและพัฒนา รูปแบบหรือพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ ควรมีการติดตามผลหลังการทดลองอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลา 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2562). คู่มือ อสม. หมอประจำบ้าน. สืบค้น 16 เมษายน 2566 จาก <http://xn--y3cri.com/document> ชลिया ศิริกาล และคณะ. (2564). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลธาตุอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์, 4 (2). ชูชาติ ผืนเต็ม. (2565). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ระดับตำบล ของจังหวัดอุตรดิตถ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์. ชัชวาล วงศ์สารี และศุภลักษณ์ พันทอง. (2561). ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ : การพยาบาลและการดูแลญาติผู้ดูแล. วารสาร มจร.วิชาการ, 22 (43-44), 166-179. บุญใจ ศรีสถิตนรากุล. (2553). ระเบียบวิจัยทางการพยาบาล (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย.

ปิยนุช ภิญโย, กิตติภูมิ ภิญโย, สายสุตา จันทวนา, วชิรศักดิ์ อภิพัทธ์กานต์, ธรรณิศ สายวัฒน์, และอมรรัตน์ อัครเศรษฐกุล.(2560). ประสิทธิภาพของโปรแกรมเสริมสร้างความสามารถแห่งตนต่อความรู้ ทักษะคิดและพฤติกรรมดูแลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนจังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 37(3), 109-120.

ภาวิณี พรหมบุตร, เอื้อจิตร สุขพูล, กิตติภูมิ ภิญโย, และปิยนุช ภิญโย. (2558). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูงในชุมชนของจังหวัดแห่งหนึ่ง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลสงขลานครินทร์, 35 (2), 113-120.

วีไล ตั้งปนิธานดี และคณะ. (2563). ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรู้และการรับรู้สมรรถนะตนเองในการดูแลผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม: กรณีศึกษา กรุงเทพมหานคร. วารสารสภาการพยาบาล, 35(1), 46-60.

วีรวัฒน์ จิตจุง. (2561). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต, คณะศิลปศาสตร์, มหาวิทยาลัยเกริก.

วัชรภรณ์ สิมศิริวัฒน์, สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ, และ
นิสากร กรุงไกรเพชร. (2560). ผลการสร้างเสริม
สมรรถนะแห่งตนต่อความรู้ การรับรู้ความ
สามารถของตน และพฤติกรรมการส่งเสริมการ
ควบคุมโรคโลหิตจางธาลัสซีเมียของอาสาสมัคร
สาธารณสุขกรุงเทพมหานคร. วารสารคณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 25 (2),
94-104.

ศรุตยา หวางษ์ วิณา เทียงธรรม และสุธรรม นันทม-
งคลชัย. (2560). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในชุมชน
โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว. วารสาร
พยาบาลสาธารณสุข, 31(1), 110-128.

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อ
ผู้สูงอายุ. (2563). คู่มือการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่
มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร สำหรับอาสาสมัคร
ผู้ดูแลในชุมชน. กรุงเทพฯ: บริษัทสินทวีการ
พิมพ์ จำกัด.

สุภาวดี สุขมาก, ยินดี พรหมศิริไพบูลย์ และสาโรจน์
เพชรมณี. (2559). ผลของโปรแกรมการพัฒนา
สมรรถนะแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านด้านการคุ้มครองผู้บริโภค ตำบลบ้าน
เสด็จ อำเภอกะเนียง จังหวัดสุราษฎร์ธานี,
วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 4(1), 1-19.

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2564) รายงาน
ประจำปีสำนักอนามัยผู้สูงอายุ ประจำปี
งบประมาณ พ.ศ. 2564. สืบค้น 16 เมษายน
2566 เข้าถึงได้จาก: <https://eh.anamai.moph.go.th/th/anniversary->

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. (2564). คู่มือ
แนวทางการส่งเสริมสุขภาพดี ชะลอชรา ชีววัยยืน
ยาว (Health Promotion & Prevention
Individual Wellness Plan) สำหรับเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราดุลย์, วรณิชา
พั่วไพโรจน์, กนกพร แจ่มสมบุญ, ลัดดาวัลย์
เต ช่างกูร, และยุพา อยู่เย็น. (2558). ผลของ
โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพการเรียนรู้แบบมี
ส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้านต่อความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย
โรคหัวใจและกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด.
วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก, 26 (1),
191-132.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise
of control. New York: W.H.Freeman.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a
unifying theory of behavioral change.
Psychological Review, 84(2), 191-215.



**กองบรรณาธิการ
วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ**

