



วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ ศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research
and Health development, SJRH)

Vol.1 No.1

ปีที่ 1 เล่มที่ 1 (ฉบับเดือน กันยายน – ธันวาคม 2565)

ISSN : 2822-0749 (Online)





สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลต๋าน อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ.	1
สาธิต สุทธิสนธิ	
ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษและประสิทธิผลของการใช้ E-Book ในการเพิ่มความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	16
ศศิธร เจริญประเสริฐ	
รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางขัน จังหวัดศรีสะเกษ	29
มยุรี สิมมะโรง	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทุ่งไผ่ อำเภอบึงนาราง จังหวัดศรีสะเกษ	42
บรรพต จิตโชติ	
รูปแบบการสร้างเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Step down เมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภอบึงนาราง จังหวัดศรีสะเกษ	54
ณัฐธยาน์ พระอารักษ์	
การพัฒนาแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน ตำบลเหล่าแก้ว อำเภอนโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ	63
นงคราญ คันสร	
รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ	71
บุหลัน สุขเกษม	
การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของเภสัชกร	82
วรรณ เชื้อธรรมชาญ	
ปัจจัยทำนายการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ	93
อนันต์ ถิ่นทอง	
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนอำเภอนโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ	104
ณัฐพงษ์ โพธิ์บุตร	



วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

Sisaket Journal of Research and Health development(SJRH)

วัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยของบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข ในสังกัดและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จากการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ที่ปรึกษาวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

นพ.ทง วีระแสงพงษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นพ.ประวิ อ่ำพันธุ์	คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
นพ.สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์	อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุข
นพ.วันชัย เหล่าเสถียรกิจ	อดีตผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ดร.นพ.สุรเดช ชวเดช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นพ.พิเชษฐ จงเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นพ.เสกสรรค์ จวงจันทร์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นพ.ศรีไพร ทองนิมิตร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นายไพฑูรย์ แก้วภมร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.อนุพันธ์ ประจำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นายปรีชา ปิยะพันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

นพ.พิเชษฐ จงเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
-------------------	----------------------------------

รองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

ดร.สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นางสาวเนาวรัตน์ ศรีสันติแสง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

นพ.ชำนาญ สมรมิตร	โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
นพ.อัศวเดช บุญเย็น	โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ
นายสมัย คำเหลื่อ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
ผศ.ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.อารี บุตรสอน	คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.กนิษฐา อินทชิต	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
ผศ.ดร.เดชภณ ทองเต็ม	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
ดร.กล้านรงค์ วงศ์พิทักษ์	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ราชชมมงคลสุวรรณภูมิ
ดร.อนันต์ ถิ่นทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ทพ.ชาญชัย ศานติพิพัฒน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ภก.มัลลิกา สุพล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.สมัย ลาประวดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ภก.สมชาย ซาลี	โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
นส.ขวัญจิตร เขิงขวโน	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
นายอุทัย น้อยพรหม	โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
ดร.บุษบา บุญเกษม	โรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ (ต่อ)

ดร.ธีระรุช คำโสภา	โรงพยาบาลไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ
ดร.สุระพล นามวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ
ดร.กุสุมา มีศิลป์	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
ภก.คเชนทร์ ชนะชัย	โรงพยาบาลบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ
นางกมลรัตน์ จุ่มสีมา	โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ
นางสาวปราณี โสพล	โรงพยาบาลเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ
นางสาวธีราภรณ์ อุ่นแก้ว	โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ
นางชีรากร บุญลี	โรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ
ภก.เด่นชัย ดอกพอง	โรงพยาบาลขุนันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
นางสาวนิภา อินทนิล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ
นายอนุสร การเกษ	โรงพยาบาลราชไศล จังหวัดศรีสะเกษ
ดร.กำพล เข้มทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.พุทธิไกร ประมวล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.วิเชียร ศรีหนาจ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.ธวัชชัย เต็มใจ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.พัชร กาญจรัส	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ
ดร.สุทัศน์ศักดิ์ นรดี	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรังคัง จังหวัดศรีสะเกษ
ดร.ประวิทย์ บุตรวงษ์	โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

ฝ่ายจัดการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

นางจริยา เตชะสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นางสาวรัชนิกร ศรีหวาด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นายบารเมษฐ์ ฝมคำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นายวรารุณ อธิพงษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นางนาคยา สีหะวงษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นางสาวจุฑาภรณ์ งามวิสัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กำหนดออกเผยแพรในระบบออนไลน์ เว็บไซต์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ทุก 4 เดือน

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

485 หมู่ 6 ต.โพนข่า อ.เมือง จ.ศรีสะเกษ 33000 โทรศัพท์ (045) 616060 ต่อ 108

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

ข้อความ บทความ และรายงานการวิจัยเป็นความคิดเห็น และการค้นคว้าของผู้เขียนโดยเฉพาะ
ไม่จำเป็นต้องสอดคล้องกับคณะผู้จัด และมีใช้ความรับผิดชอบของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 ระหว่างเดือนกันยายน – ธันวาคม พ.ศ. 2565 จัดทำขึ้นเพื่อเป็นช่องทางในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ บทความปริทัศน์ และผลการศึกษาวิจัยจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในสังกัด และนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อนำมาใช้วางแผนในการดูแลสุขภาพของ ประชาชนจังหวัดศรีสะเกษให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งกองบรรณาธิการได้มีการพัฒนาปรับปรุง ให้ก้าวหน้าสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ต่างๆหรือพัฒนาไปตามยุคสมัย เพื่อรักษาไว้ซึ่งคุณภาพรวมถึง ความสะดวกให้กับผู้สนใจส่งบทความมายังกองบรรณาธิการฯ หรือผู้ที่ต้องการสืบค้นข้อมูล

กระผมในนามกองบรรณาธิการฯ ขอขอบคุณผู้เขียนที่ให้เกียรติและความไว้วางใจส่งบทความ วิชาการ บทความปริทัศน์ บทความวิจัย มาเผยแพร่องค์ความรู้กับวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ ศรีสะเกษทั้งนี้จึงขอเชิญชวนผู้ที่สนใจส่งบทความมายังวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษโดยใช้ ช่องทาง <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/about/submissions> ซึ่งบทความที่ได้ตีพิมพ์ ผ่านการกลั่นกรองคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องหลากหลายหน่วยงานจำนวน 3 คน จึงขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาประเมินคุณภาพ พร้อมให้คำแนะนำหรือ ข้อปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้ บทความ มีคุณภาพและมาตรฐาน กองบรรณาธิการฯ หวังว่าวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษจะเป็น สื่อกลางสำหรับงานวิชาการ งานวิจัยทางด้านสุขภาพ ตลอดจนมีส่วนส่งต่อองค์ความรู้เหล่านี้ไปใน แวดวงวิชาการ สุดท้ายนี้ทางกองบรรณาธิการฯยินดีรับข้อเสนอแนะจากทุกช่องทางเพื่อนำมา พัฒนาหรือนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีคุณภาพมากขึ้น

นายแพทย์พิเชษฐ จงเจริญ

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรค
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลด่าน อำเภอรามัญ จังหวัดศรีสะเกษ

The effect of building participation and social support in promoting the potential for prevention and
control of Coronavirus Disease 2019 Infection of Village Health Volunteers in Dan Sub-
District, Rasi Salai District, Sisaket Province.

สาธิต สุทธิสนธิ^{1,*}
Satit Suttison^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลด่าน อำเภอรามัญ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มทดลองจำนวน 71 คน กลุ่มเปรียบเทียบจำนวน 75 คน รวม 146 คน คือ กลุ่มทดลอง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลด่าน อำเภอรามัญ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเปรียบเทียบ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองบัวดง อำเภอศีลาจักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง 8 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 10 กันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐาน เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรค และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมการพัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลด่านได้ผลตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

The objective of the quasi-experimental study was to investigate the effect of building participation and social support in promoting the potential for prevention and control of Coronavirus Disease 2019 infection of Village health volunteers in Dan Village, Rasi Salai District, Sisaket Province. There was a total of 146 samples which were divided into two groups. The experimental group of 71 people, a comparison group of 75 people. The experimental group consisted of public health volunteers in Dan Village, Rasi Salai District, Sisaket Province. comparison group Public Health Volunteer in Nong Bua Dong Subdistrict Village, Silalad District, Sisaket Province/Sisaket. The experimental group received the program for 8 weeks, and the control group did not receive the program. Data were collected from questionnaires twice, before and after experiments during July 8, 2022, and September 10, 2022, and were analyzed by descriptive statistics and presented in percentages, mean, and standard deviations. Comparing differences in average scores of variables between groups was based on the independent t-test with a statistical significance level of 5%. The results showed the outcomes of comparing differences in scores on knowledge of coronavirus disease (2019), perception of coronavirus disease (2019) risk exposure, perception of the severity of COVID-19, social support for COVID-19 prevention and control, Intention for COVID-19 prevention and control, perception of coronavirus disease (2019) self-efficacy, and prevention and control behavior of COVID-19. In conclusion, this developed program can promote the prevention and control of the 2019 Coronavirus disease of the village health volunteers in the sub-district, with the objectives set. **KEYWORDS:** participation social support Village Health Volunteer coronavirus disease 2019

¹ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่าน

*Corresponding author; E-mail address: Mr.Prem2509@gmail.com.

บทนำ

ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (COVID-19) มีการระบาดอย่างกว้างขวางทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุลักษณะของ COVID-19 ซึ่งเกิดจากกลุ่มอาการติดเชื้อทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง coronavirus 2 (SARS-CoV-2) และได้ประกาศให้การระบาดของโรคดังกล่าวเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern: PHEIC) (WHO, 2020) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2564 โดยโรคนี้เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ทำให้ทั่วโลกมีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมจำนวน 142,695,259 ราย เสียชีวิต 3,043,009 ราย รักษาหาย 121,199,241 ราย (กรมควบคุมโรค, 2564) โดย 5 อันดับประเทศที่ติดเชื้อมากที่สุด คือ สหรัฐอเมริกาอินเดีย บราซิล ฝรั่งเศส และสหราชอาณาจักร อัตราการเสียชีวิตสูงที่สุดคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป รวมถึงคนที่มีโรคประจำตัวร่วมด้วย คนที่เป็นโรคหัวใจมีอัตราการเสียชีวิตสูงที่สุด รองลงมาคือโรคเบาหวานโรคทางเดินหายใจ และโรคความดันโลหิตสูงตามลำดับ องค์การอนามัยโลกได้แนะนำการป้องกันโรคเบื้องต้น ได้แก่ การล้างมือบ่อยๆ ปิดปาก จมูกเมื่อไอ จาม รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่เสมอ และหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับคนที่แสดงอาการของโรคทางเดินหายใจ เช่น ไอ และจาม (กรมควบคุมโรค, 2564) โดยข้อมูล ณ ปัจจุบัน เดือน มกราคม 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อในประเทศไทย ระลอกที่ 4 มีผู้ป่วยสะสม ทั้งหมด จำนวน 2,407,022 ราย กำลังรักษา 8,2760 ราย หายแล้ว 2,302,164 ราย เสียชีวิต 22,098 ราย (กรมควบคุมโรค, 2565)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของรัฐบาล ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการชะลอตัวทางด้านเศรษฐกิจ ยกเลิกหรือเลื่อนการแข่งขันกีฬา จำกัดการเดินทางทั้งในและต่างประเทศ จัดกิจกรรมทางศาสนา และ เทศกาลต่าง ๆ เกิดวัฒนธรรมใหม่ (New Normal) มีการเว้นระยะห่างทางสังคม มีการปิดโรงเรียน ร้านอาหาร และสถานศึกษา ปิดสถานบันเทิง (Haleem A, 2020) ยิ่งไปกว่านั้นยังส่งกระทบต่อการจัดการศึกษา ครูและนักเรียนขาดสิ่งสนับสนุนในการจัดการเรียนการสอนออนไลน์ ส่งผลต่อการบริการการศึกษา และการจัดการเรียนการสอน (Sintema EJ, 2020) ประเทศไทยมีการดำเนินนโยบายของรัฐบาลหลายด้าน โดยเฉพาะด้านความเป็นอยู่ของประชาชน เช่น กระทบต่อการเดินทาง ร้อยละ 63.5 การรับประทานอาหารนอกบ้าน ร้อยละ 63.0 การสืบสานขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม ร้อยละ 61.5 การไปร้านเสริมสวย ร้อยละ 61.0 และการไปช้อปปิ้งหรือไปเดินเล่นในห้างสรรพสินค้า ร้อยละ 58.0 ด้านการศึกษามีผลต่อการสำเร็จการศึกษาช่วงร้อยละ 61.0 ไม่มีคอมพิวเตอร์ โน้ตบุ๊ก แท็บเล็ตสำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์ ร้อยละ 43.0 ไม่มีอินเทอร์เน็ตสำหรับการเรียน/การสอบออนไลน์ ร้อยละ 38.5 และไม่มีทักษะในการเรียน/การสอบออนไลน์ ร้อยละ 38.0 ด้านสุขภาพเกิดการขาดแคลนหน้ากากอนามัย ร้อยละ 50.5 ขาดแคลนแอลกอฮอล์เจล ร้อยละ 48.5 การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันร่างกายขณะฉีดพ่นยาฆ่าเชื้อ ร้อยละ 41.5 (นงเยาว์ เกษตรภิบาล, 2563) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ เช่น กลุ่มวัยทำงานพบว่าไม่สามารถประกอบอาชีพและหารายได้ตามปกติ นายจ้างให้หยุดงานโดยสิ้นเชิง ร้อยละ 18.9 นายจ้างให้ลดเวลาทำงานและรายได้ลดลง ร้อยละ 18.0 ผู้ประกอบอาชีพค้าขายหาบเร่ แผงลอย ไม่สามารถค้าขายได้ร้อยละ 18.2 ส่วนผู้ประกอบการอาชีพอิสระ เช่น รับเหมาก่อสร้าง คนขับรถตุ๊กตุ่น/รถรับจ้างมอเตอร์ไซด์รับจ้าง มีผู้ว่างงานลดลงหรือไม่มีเลยร้อยละ 18.4 นอกจากนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 60.2 รายได้ลดลงเกือบทั้งหมดและร้อยละ 31.2 รายได้ลดลงประมาณครึ่งหนึ่ง (อรรถจักร สัตยานุรักษ์, 2563) โดยการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความเกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคทั้งที่เป็นการป้องกันตนเองและการป้องกันการแพร่กระจายสู่ผู้อื่นและคนในสังคม

จากผลกระทบของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นนอกจาก แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต้องมีบทบาทในการช่วยป้องกัน รักษา ลดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับประชาชนให้ปลอดภัย โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มาช่วยในการดำเนินงานส่งเสริมควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเป็นส่วนสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ ในช่วงสี่ทศวรรษที่ผ่านมา อสม.ออกไปสำรวจข้อมูลด้านสาธารณสุข เก็บข้อมูล บันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของครอบครัว และรณรงค์เรื่องการป้องกันโรคเพื่อสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในช่วงที่มีการแพร่ระบาด การเก็บประวัติสุขภาพของสมาชิกในชุมชนโดยละเอียดได้ถูกนำมาใช้เพื่อติดตามผู้สัมผัสโรคและเพื่อติดตามด้านสุขภาพ เน้นการให้ความรู้และให้ข้อมูล ช่วยให้ชาวบ้านเข้าใจสาเหตุของโรคและวิธีป้องกันรักษาโรค เช่น ใช้เลือดออก ปิซซุนัขบ้า และมาลาเรีย ซึ่งเป็นบทเรียนที่ได้นำมาปรับใช้กับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีกรมการดำเนินงาน ในรูปแบบ อสม.ไปเคาะตามประตูบ้านทุกหลังเพื่อให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาการและการสังเกตตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การแจกหน้ากากอนามัยตลอดจนแจกแอลกอฮอล์ล้างมือให้คนในชุมชน ด้วยศักยภาพและความเป็นจิตอาสาของการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข จึงส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อในประเทศไทยค่อยๆ ลดลงอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2564) ทำให้หลายประเทศให้การยอมรับและชื่นชมประเทศไทยว่า เป็นประเทศหนึ่งที่มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีประสิทธิภาพ (WHO, 2019) ซึ่งสาเหตุหนึ่งก็มาจากการที่ประเทศไทยมี อสม. ที่มีคุณภาพในการช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสกัดกั้นการแพร่ระบาดของโรคนี้ จะเห็นได้ว่าบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 ในชุมชนของอสมมีความสำคัญอย่างยิ่งในการหยุดยั้งการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งสาเหตุหนึ่งมาจากความรู้ด้านสุขภาพในโรคดังกล่าว การศึกษาวิจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง เพื่อช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการคัดกรอง เฝ้าระวัง ให้ความรู้ประชาชนในพื้นที่ ซึ่งส่งผลต่อการดำเนินงาน ควบคุมป้องกัน ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนารูปแบบ การพัฒนา อสมในชุมชน ในการดำเนินงานเฝ้าระวังโรคดังกล่าวหรือโรคอุบัติใหม่ในชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นรูปธรรมต่อไป ช่วงที่ประเทศไทยมีการระบาดสูง นับตั้งแต่มีการระบาด พบว่าในเขตสุขภาพที่ 10 อสมไปเยี่ยมบ้าน (อสมเคาะประตูบ้าน) จำนวน 1,057,525 หลังคาเรือน เฝ้าระวัง คัดกรองกลุ่มเสี่ยง จำนวน 95,276 คน เยี่ยมติดตามกลุ่มเสี่ยงที่บ้าน (สะสม) จำนวน 91,911 คน ในส่วนของจังหวัดศรีสะเกษ อสมไปเยี่ยมบ้าน (อสมเคาะประตูบ้าน) จำนวน 38,770 หลังคาเรือน จำนวน อสม ที่เฝ้าระวังสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 20,220 คน ให้คำแนะนำแก่ประชาชนในการดูแลป้องกันตนเองจำนวน 151,230 คน รณรงค์ทำกิจกรรม big cleaning week จัดอาสาสมัครโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จำนวน 12,453 คน ทำและสอนประชาชนทำหน้ากากอนามัยจากผ้าใช้เอง จำนวน 34,293 ชิ้น (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2564)

จังหวัดศรีสะเกษ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 22 อำเภอ 206 ตำบล 2,633 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 1,472,859 คน จากการสำรวจข้อมูลการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เดือน มกราคม 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อ ทั้งหมด จำนวน 20,077 ราย กำลังรักษา 1,119 ราย หายแล้ว 20,858 ราย เสียชีวิต 100 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2565) ตำบลกัน อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ พบผู้ป่วยติดเชื้อ ทั้งหมด จำนวน 9 ราย กำลังรักษา 9 ราย หายแล้ว - ราย เสียชีวิต - ราย และในระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ - เมษายน 2565 เริ่มมีการระบาดหนักของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในเดือนกุมภาพันธ์ มีผู้ติดเชื้อ ทั้งหมด 143 ราย เดือนมีนาคม 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 287 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2565) ดังนั้นการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคจำเป็นต้องอาศัยเครือข่ายในพื้นที่ โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการดังกล่าว และการดำเนินการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอสมมีความจำเป็นต้องได้รับการเกื้อหนุนจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ด้วยรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม รวมถึงต้องได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะที่ทันสมัย และทันต่อสถานการณ์ปัจจุบัน เพื่อให้มีความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลกัน อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของผลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลกัน อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลกัน อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สนใจต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการ ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความตั้งใจในดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความสามารถของตนในดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่สนใจต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความตั้งใจในป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย
ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

โปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลด่าน อำเภอราชไสล จังหวัดศรีสะเกษ

- กิจกรรมการเล่าประสบการณ์เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- กิจกรรมเพิ่มสารความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- การสร้างทัศนคติที่ดีในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านกระบวนการแสดงความคิดเห็น
- กิจกรรมการมีส่วนร่วมในป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านกระบวนการสร้างบทบาทสมมติ
- กิจกรรมเสริมพลังให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- กิจกรรมสร้างความตั้งใจในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการทำให้คุณค่า

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลด่าน อำเภอราชไสล จังหวัดศรีสะเกษ

- ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- ความตั้งใจในดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- การรับรู้ความสามารถของตนในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- พฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีดำเนินการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

1 รูปแบบการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi -Experimental Research) โดยแบ่งประชากรที่ศึกษาออกเป็น 2 กลุ่ม เป็นการศึกษาระดับ Two Group Pretest - Posttest Design โดยกำหนดกลุ่มทดลองเป็นอาสาสมัครที่ปฏิบัติงานและอาศัยอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่าน อำเภอราชไสล จังหวัดศรีสะเกษที่ได้จากการคำนวณและได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 71 คน กลุ่มเปรียบเทียบได้แก่ อาสาสมัครที่ปฏิบัติงานและอาศัยอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองบัวแดง อำเภอนิคมพัฒนา จังหวัดศรีสะเกษที่ได้จากการคำนวณและไม่ได้รับโปรแกรมการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 75 คน ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 8 สัปดาห์ คำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Lemeshow,

1990)

n/group = เมื่อ

n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

= ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดให้ $\alpha = 0.05$

ดังนั้น $t = 1.65$

= ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการ

ทดสอบ $80\% = 0.84$

= ความแปรปรวนร่วมของผลต่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

= ความต่างของผล (Effect size)

ณัฐน้อย จันทา (2553) ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน
อำเภอโนนไผ่ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 46 คน รวม 92 คน หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของ
ผลต่างคะแนนการวางแผน เท่ากับ 1.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 0.78 กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนการ
วางแผน เท่ากับ 1.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง เท่ากับ 0.24 จากการศึกษาดังกล่าวสามารถคำนวณหาความแปรปรวนร่วมได้ดังนี้

$$s_p^2 = \frac{(n_1 - 1)sd_1^2 + (n_2 - 1)sd_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

$$= \frac{(46 - 1)0.78^2 + (46 - 1)0.24^2}{(46 + 46) - 2}$$

$$= 0.333$$

$$\Delta = 1.69 - 1.06$$

$$= 0.63$$

แทนค่าในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างได้ดังนี้

$$n/\text{group} = \frac{2\sigma^2(Z_\alpha + Z_\beta)^2}{\Delta^2}$$

$$= \frac{2 \times 0.333(1.65 + 0.84)^2}{(0.63)^2}$$

$$= 10.41$$

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 10.41 คน ผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้
จากการศึกษาของ Berghout LM, et al อ้างถึงใน สงกรานต์ กลั่นดั่ง (2548) พบว่า มีผู้ออกจากการศึกษา 112 คน จากผู้เข้าร่วมการทดลอง
ทั้งหมด 735 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.26

$$= 12.25$$

ดังนั้นการวิจัยในครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยกลุ่มละ 13 คน เนื่องจากการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นการ
พัฒนาทั้งตำบลผู้วิจัยจึงเลือกใช้เป็นอาสาสมัครทั้งหมดในตำบลด้านเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 71 คนและตำบลหนองบัวแดงจำนวน 75 คน เป็น
กลุ่มเปรียบเทียบ รวมผู้วิจัยเก็บตัวอย่าง รวม 2 กลุ่มจำนวน 146 คน

2.เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถาม แบ่งออก 2 ส่วน คือ

1) ข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษาและอาชีพ ระยะเวลาการรักษา โรคประจำตัว

2) แบบสอบถามความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจต่อการ
ป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไวรัสโคโรนา
2019 เพื่อเปรียบเทียบก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะเสริมสร้างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการมีส่วนร่วมในการ
ดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะเสริมสร้างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการมี
ส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผู้วิจัยนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (HBM) ที่
พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่

- 1) กิจกรรมการเล่าประสบการณ์เรื่องโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 2) กิจกรรมเพิ่มสำนักรู้เรื่องโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019
- 3) การสร้างทัศนคติที่ดีในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านกระบวนการแสดงความคิดเห็น
- 4) กิจกรรมเสริมพลังให้เกิดการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019
- 5) กิจกรรมสร้างความตั้งใจในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการทำให้คุณค่าและ
- 6) กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านกระบวนการสร้างบทบาทสมมติ
- 7) กิจกรรมประเมินประสิทธิผลโดยคณะกรรมการควบคุมโรค ระดับตำบล
- 8) กิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติงาน

3.การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพให้มีความตรงโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่า IOC รายข้อมีค่าตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไปและความเชื่อถือได้หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในด้านทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ในด้านความรู้ โดยค่าความเชื่อมั่นรายข้อมีค่าตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.ขั้นตอนเตรียมการ ผู้วิจัยได้เตรียมแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงเรียบร้อยแล้ว เพื่อนำไปเก็บข้อมูลในพื้นที่ประชากรศึกษา

2 ขั้นตอนการดำเนินการ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามลงไปยังเก็บข้อมูลในพื้นที่ก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019

3 ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลจากกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้แบบสอบถามความรู้ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

4 เก็บข้อมูลระหว่างขั้นตอนดำเนินการการใช้โปรแกรมการเพิ่มสมรรถนะเสริมสร้างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019

5 ประเมินผล เก็บข้อมูลหลังการดำเนินงานเสร็จสิ้นในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้แบบสอบถามการเสริมสร้างสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขในการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019

5 การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัยโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ $p\text{-value} = 0.05$

1.วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ จำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Paired t test ในเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test ในเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2022-047 วันที่ 8 กรกฎาคม 2565

7. ผลการวิจัย

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.6 อายุเฉลี่ย 56.58 (SD= 10.21) สถานภาพส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 64.8 อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 93 รายได้เฉลี่ย 8070.42 (SD=6389.24) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 62 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยป่วยด้วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 38 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 เฉลี่ย 2.76 (SD=0.462)

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.3 อายุเฉลี่ย 54.60 (SD= 9.98) สถานภาพส่วนใหญ่ ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่ ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 78.7 อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 48 รายได้เฉลี่ย 8004.11 (SD=3229.36) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 74.7 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยป่วยด้วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 26.7 ระยะเวลาในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 เฉลี่ย 2.55 (SD=0.741)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=71)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=75)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ				
ชาย	18	25.4	17	22.7
หญิง	53	74.6	58	77.3
2. อายุ				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 56 ปี	39	54.9	39	52
มากกว่า 56 ปี	32	45.1	36	48
Mean (S.D.)	56.58 (10.206)		54.60 (9.978)	
3. อาชีพ				
เกษตรกร	66	93	58	77.3
รับจ้าง	2	28	17	22.7
รับราชการ	0	0	0	0
อื่นๆ	3	4.2	0	0
3.รายได้เฉลี่ยครัวเรือน				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	40	56.3	62	82.7
มากกว่า 5,000 บาท	31	43.7	13	37.3
Median (P25 : P75)	8070.42 (3,000;15,000)		8004.11 (3,000;14,500)	
4. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษา	13	18.3	2	2.7
มัธยมศึกษาตอนต้น	46	64.8	59	78.7
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11	15.5	13	17.3
ปริญญาตรี	1	1.4	1	1.3
6.ท่านมีโรคประจำตัว				
ไม่มี	44	62.2	56	74.7
มี	27	37.8	19	25.3
7.ระยะเวลาในการปฏิบัติงานด้านควบคุมโรค	276 (0.462)		255 (0.741)	
8.ท่านเคยป่วยด้วยโรคโควิด				
ไม่ป่วย	44	62	50	77.3
ป่วย	27	38	20	26.7

2.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 23.94 เป็น 27.72 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 33.97 เป็น 41.11 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยง เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 42.09 เป็น 48.42 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 42.89 เป็น 48.50 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 41.98 เป็น 48.11 คะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 42.09 เป็น 48.16 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 42.53 เป็น 48.20 และพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 24.38 เป็น 28.87 ซึ่งผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมกรรมการป้องกันและควบคุมโรคป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) รายละเอียดตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

ประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม	ก่อน (n=71) $\bar{X}$ (S.D.)	หลัง (n=71) $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้	23.94(0.75)	27.72(1.59)	3.77	3.40-4.15	20.267	<0.000**
ทักษะ	34.97(2.78)	41.11(2.09)	7.14	6.62-7.66	27.198	<0.0001
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	42.10(3.14)	48.42(2.39)	6.32	5.87-6.78	27.567	<0.000**
การรับรู้ความรุนแรง	42.89(2.71)	48.51(2.11)	5.62	5.12-6.12	22.403	<0.000**
แรงสนับสนุนทางสังคม	41.99(2.27)	48.11(1.55)	6.13	5.68-6.57	27.325	<0.000**
ความตั้งใจต่อการป้องกัน	42.09(2.58)	46.17(1.46)	6.07	5.54-6.60	22.725	<0.000**
การรับรู้ความสามารถของตน	42.54(3.12)	48.19(1.67)	5.66	5.01-6.32	17.275	<0.000**
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุม	24.38(1.55)	28.87(1.11)	4.24	3.90-4.59	24.375	<0.000**

**p-value<0.001

3. การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 23.72 เป็น 23.73 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทักษะเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 34.04 เป็น 34.24 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยง เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 42.12 เป็น 41.45 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 41.82 เป็น 42.11 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 41.97 เป็น 42.11 คะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรคเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 42.02 เป็น 40.83 ผลต่างคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 41.02 เป็น 41.46 และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง 24.24 เป็น 25.62 ซึ่งผลต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) ส่วนผลต่างคะแนนเฉลี่ยของ ทักษะ ความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความสามารถของตน และพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายในกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนระดับคะแนนลดลง รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม	ก่อน (n=75) $\bar{X}$ (S.D.)	หลัง (n=75) $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้	23.72(0.66)	23.73(0.75)	0.01	-1.49-1.76	0.163	0.870
ทักษะ	34.04(2.72)	34.24(2.66)	0.05	0.10-0.30	3.982	0.002
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	42.12(3.20)	41.45(2.88)	-0.67	-1.55-2.20	-1.498	0.138
การรับรู้ความรุนแรง	41.82(2.52)	42.10(2.04)	0.28	-0.30-0.86	0.955	0.343
แรงสนับสนุนทางสังคม	41.98(2.22)	42.11(2.14)	0.12	-0.04-0.28	1.492	0.140
ความตั้งใจต่อการป้องกัน	42.02(2.58)	40.82(3.56)	-1.20	-2.01-0.04	-2.944	0.001
การรับรู้ความสามารถของตน	41.02(2.21)	41.47(1.96)	-0.11	0.22-0.66	3.905	0.000
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค	24.24(0.99)	24.63(0.76)	0.39	0.22-0.55	4.686	<0.000**

**p-value<0.001

4.การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจต่อการป้องกันป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจต่อการป้องกันโรครา การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการป้องกันโรคราสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value<0.001) โดยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.98 คะแนน (95% CI = 3.58-4.39) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทักษะสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.87 คะแนน (95% CI = 6.08-7.66) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.97 คะแนน (95% CI = 6.10-7.83) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.40 คะแนน (95% CI = 5.72-7.07) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.00 คะแนน (95% CI = 5.39-6.62) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจต่อการป้องกันโรคราสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.34 คะแนน (95% CI = 6.44-8.24) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.73 คะแนน (95% CI = 6.13-7.34) และกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคราสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.25 คะแนน (95% CI = 3.90-4.59) รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจต่อการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ประสิทธิผลของการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคม	กลุ่มทดลอง (n=71) $\bar{X}$ (S.D.)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=75) $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้	27.71(1.59)	23.73(0.76)	3.98	3.58-4.39	19.425	<0.000**
ทักษะ	41.11(2.09)	34.24(2.66)	6.87	6.09-7.66	17.282	<0.000**
การรับรู้โอกาสเสี่ยง	48.42(2.38)	41.45(2.88)	6.97	6.10-7.84	15.861	<0.000**
การรับรู้ความรุนแรง	48.50(2.11)	42.16(2.04)	6.40	5.72-7.08	18.017	<0.000**
แรงสนับสนุนทางสังคม	48.11(1.55)	42.11(2.14)	6.00	5.39-6.62	19.269	<0.000**
ความตั้งใจต่อการป้องกัน	48.16(1.48)	40.82(3.56)	7.34	6.44-8.24	16.097	<0.000**
การรับรู้ความสามารถของตน	48.19(1.67)	41.46(1.99)	6.73	6.13-7.34	21.992	<0.000**
พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค	28.87 (1.11)	24.62 (0.10)	4.25	3.90-4.59	24.375	<0.000**

**p-value<0.001

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้าน อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ สรุปและอภิปรายผลที่ได้จากการทดลองดังนี้

สรุปผลการวิจัย

จากการใช้โปรแกรมการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลบ้าน อำเภอรามัน จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลารวม 12 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ ทักษะ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจต่อการป้องกันโรครา การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการป้องกันโรคราสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p -value<0.001) โดยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.98 คะแนน (95% CI = 3.58-4.39) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของทักษะสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.87 คะแนน (95% CI = 6.08-7.66) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.97 คะแนน (95% CI = 6.10-7.83) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.40 คะแนน (95% CI = 5.72-7.07) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของแรง

สนับสนุนทางสังคมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.00 คะแนน (95% CI = 5.39-6.62) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความตั้งใจต่อการป้องกันโรคสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 7.34 คะแนน (95% CI = 6.44-8.24) กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.73 คะแนน (95% CI = 6.13-7.34) และกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.25 คะแนน (95% CI = 3.90-4.59)

อภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

ความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยในการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ จัดกิจกรรมน้อมลงมวงกลมเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้เล่าประสบการณ์เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงประสบการณ์ของการปฏิบัติงานการคัดกรองการวัดอุณหภูมิ การพ่นยาฆ่าเชื้อ การเยี่ยมผู้ป่วย การจัดการขยะ ของอาสาสมัครฯ โดยผู้วิจัยได้สรุปประเด็นหลังจากการพูดคุย และเพิ่มความรู้ทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ เทคนิคในการติดต่อสื่อสาร การจัดการความเสี่ยงของข่าวปลอม การสื่อสารประชาสัมพันธ์ในเชิงบวกและจัดกิจกรรมเพิ่มความรู้และทักษะการปฏิบัติตัวในส่วนบุคคลโดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะในการป้องกันโรคโควิด 19 การให้ความรู้ผ่านสื่อวีดิทัศน์ การสื่อสารผ่านช่องทางออนไลน์ ทางไลน์เฟสบุ๊ค จำนวน 2 ครั้ง เพื่อสร้างความรู้และทักษะแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จนมีความมั่นใจในการส่งต่อความรู้และสร้างความเข้าใจกับประชาชนในพื้นที่เพื่อให้รู้เท่าทันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างถูกต้องจนสามารถดูแลตนเอง ส่งผลให้สามารถควบคุมการแพร่กระจายของโรคโควิด 19 อยู่ในวงจำกัดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปัญญา พลศักดิ์ ซึ่งเมื่ออาสาสมัครสาธารณสุขได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการสื่อสารเชิงบวกบ่อยๆ จะส่งผลให้มีความรู้ ทักษะในการจัดการข่าวลวงการสื่อสารเชิงบวกได้อย่างมั่นใจมากขึ้น (ปัญญา พลศักดิ์, 2564) สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของ Becker (1974) ได้อธิบายว่า ความรู้เป็นปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติของบุคคลได้ดีขึ้น (Becker (1974) สอดคล้องกับจากรวรรณ แหม่มไธสง ที่พบว่า ผู้ปกครองที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจในระดับสูง สามารถร่วมกันทำนวยพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผูดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กได้อยู่ในระดับสูงได้เช่นกัน (จากรวรรณ แหม่มไธสง, 2559) ซึ่ง ญัฐวรรณ คำแสนพบว่าการให้ข้อมูลข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) ที่ได้ให้ข้อมูลข่าวสารในทุกช่องทาง รวมถึงข้อมูลข่าวสารในชุมชน จาก อสม. ผู้นำชุมชน หรือนโยบายระดับชาติจากกระทรวงสาธารณสุข ส่งผลให้ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก (ญัฐวรรณ คำแสน, 2564)

ทัศนคติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้วิจัยได้จัดกิจกรรมการสร้างทัศนคติที่ดีในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านกระบวนการแสดงความคิดเห็น การแสดงบทบาทสมมุติ การสื่อสารความเสี่ยงข่าวลวง การไม่บูลลี่ผู้ป่วยและครอบครัว การออกแบบกิจกรรมร่วมกันในการกำหนดมาตรการในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิดในระดับตำบล เช่น มาตรการในการ จัดงานศพ การจัดงานบุญประเพณี ผลการออกแบบกิจกรรมร่วมกัน การรับฟังความคิดเห็นของทุกคนในกลุ่ม การแสดง ความห่วงใยและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน สถานการณ์ที่กำลังระบาดของโรคโควิด ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมกิจกรรมมีทัศนคติที่ดีขึ้นเกี่ยวกับโรคโควิด 19 ลดความกลัวจากโรค ส่งผลให้สามารถปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ญัฐวรรณ คำแสน (2564) และ ธวัชชัย ยืนยาว (2563) เมื่อมีการให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคโควิดอย่างถูกต้อง จะส่งผลให้ประชาชนมีทัศนคติที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .10, .18, \text{ และ } .16$ ตามลำดับ) (ญัฐวรรณ คำแสน, 2564; ธวัชชัย ยืนยาว, 2563) ซึ่งในต่างประเทศได้มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ในประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่า ความรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนชาวซาอุดีอาระเบีย (Al-Hanawi et al., 2020) นั่นคือความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมเป็นกระบวนการที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างเป็นขั้นตอน โดยความรู้ที่ดี และทัศนคติเชิงบวกของบุคคลย่อมนำไปสู่พฤติกรรมและการปฏิบัติที่ดีได้ในที่สุด (Bloom, 1964)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้วิจัยได้ใช้กิจกรรม กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านกระบวนการสร้างบทบาทสมมติ (ผู้ป่วยติดเชื้อ,ญาติผู้ป่วย,ผู้นำชุมชน,อาสาสมัครสาธารณสุขฯ) ซึ่งทุกคนจะแสดงบทบาทตามที่มอบหมายและให้สมาชิกในกลุ่มได้ซักถาม การตระหนักถึงความรุนแรงของโรคสะท้อนความรู้สึกร่วม ช่วยกันสรุปประเด็นปัญหา แนวทางแก้ไขและนำไปปฏิบัติจริงในพื้นที่โดยจับคู่ อาสาสมัครสาธารณสุขฯ เพื่อเป็นสลับกันเป็นผู้ปฏิบัติและผู้ประเมิน และผู้วิจัยได้จัดทีมลงเยี่ยมประเมินทุกอาทิตย์ ซึ่งเมื่อ อาสาสมัครสาธารณสุขฯ มีความรู้ มีทัศนคติที่ดี รวมถึงการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน ส่งผลให้ อาสาสมัครสาธารณสุขฯ มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค รวมถึงการดูแลประชาชนที่ได้รับผลกระทบอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับภารกิจของ สுகาณณ์ วรวิ ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งจะส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขฯ สามารถปฏิบัติตัวในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิดได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (สุภาภรณ์ วรวิ, 2564) กิตติพร เนาว์สุวรรณและคณะ, 2563)

แรงงานสนับสนุนทางสังคมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผู้วิจัยได้นำกิจกรรมการเสริมพลังเพื่อให้เกิดแรงงานสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ กิจกรรมออกเยี่ยมผู้ป่วยโควิด 19 ในชุมชน กิจกรรมร่วมระดมทรัพยากรในการดูแลผู้ป่วยโควิดที่บ้านโดย อาสาสมัครสาธารณสุขฯ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในชุมชน การจัดหาอุปกรณ์ในการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคโควิดร่วมกับ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน การร่วมทำบุญประเพณีภายใต้มาตรการป้องกันโรคโควิด ซึ่งกิจกรรมที่จัดขึ้นมีจุดมุ่งเน้นให้อาสาสมัครสาธารณสุขฯ มีความภาคภูมิใจและสร้างคุณค่าในตัวเอง ซึ่งส่งผลให้ อาสาสมัครสาธารณสุขฯ มีความสนใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น ส่งผลให้การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคมีประสิทธิภาพมากขึ้น สอดคล้องกับสุภาภรณ์ วรวิ (2564) และกิตติพร เนาว์สุวรรณและคณะ (2563) การได้รับการสนับสนุนองค์ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดสุโขทัย รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรคจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น การสนับสนุนด้านอารมณ์ในการช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ คำชมเชยจากทีม อาสาสมัครสาธารณสุขฯ และประชาชนในพื้นที่ รวมถึงความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การให้คำปรึกษาแนะนำและให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางให้เกิดทักษะที่เหมาะสม การจัดกิจกรรมลดความเครียด ความวิตกกังวลของอาสาสมัครสาธารณสุขฯ การได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์สิ่งของที่มีประสิทธิภาพและเพียงพอพร้อมที่จะใช้ได้ จะส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขฯ สามารถปฏิบัติงานในการป้องกันโรคโควิด 19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สุภาภรณ์ วรวิ, 2564)

ความตั้งใจต่อการป้องกันฯ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผ่านกิจกรรมสร้างความตั้งใจในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการทำให้คุณค่า จะส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขฯ มีความตั้งใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น ซึ่งความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมเป็นตัวอย่างบอกถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในลำดับแรก ฉะนั้นควรส่งเสริมให้ประชาชนเห็นความสำคัญและตระหนัก ใส่ใจในการงานเกิดความตั้งใจที่จะป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงจะเกิดความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกันโดยมีความสอดคล้องกับทฤษฎีของความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมที่เริ่มจากการมีทัศนคติที่ดีต่อการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ การวางแผน จนเกิดความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค (ปัญญา พละศักดิ์, 2564; ณัฐธยา พัฒนาวาณิชนันท์, 2563) ซึ่งในต่างประเทศมีการศึกษาในบุคลากรสุขภาพ เช่น การศึกษาในประเทศอิหร่าน ได้มีการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกัน COVID-19 ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในอิหร่านในปี 2020 พบว่าบุคลากรสุขภาพร้อยละ 73.1 มีความตั้งใจในการปฏิบัติตามการติดเชื้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับที่น่าพอใจ โดยมีความตั้งใจในการทำมาสะอาดมือ ร้อยละ 87.0 และหลีกเลี่ยงการอยู่ร่วมกับผู้อื่นระหว่างปฏิบัติงาน ร้อยละ 84.6 อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 51.8 มีความตั้งใจในการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ร้อยละ 43.3 สวมหน้ากากทุกครั้งในการทำหัตถการ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 7.9 มีความตั้งใจไม่สวมหน้ากากขณะดูแลผู้ป่วย และร้อยละ 3.7 ไม่สวม

หน้ากากอนามัยขณะดูแลผู้ป่วย (Rahman et al, 2020) ซึ่งมีอุปสรรคคือความรู้ มีทัศนคติที่ดี มีการรับรู้ที่ถูกต้องก็จะส่งผลให้มีความตั้งใจในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคโควิด 19 ต่อไป (ปัญญา พลศักดิ์, 2564)

การรับรู้ความสามารถของตน หลังการทดลองพบว่า การรับรู้ความสามารถของตนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใน กลุ่มทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งหากคนเรารับรู้ความสามารถทำอะไรได้ก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาตามการรับรู้ความสามารถของตน สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญจรรณ สอนอาจ ซึ่งได้ศึกษา แนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านการจัดการตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการตัดสินใจและทักษะการสื่อสาร ส่งผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพของประชากรวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 , .01 และ .10 ตามลำดับ (บุญจรรณ สอนอาจ , 2562) ซึ่งมีอุปสรรคคือมีการรับรู้ความสามารถของตนก็จะมีความตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆให้ดีขึ้นได้ (สุคนธ์ทิพย์ นรสาร, 2564)

พฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการทดลองพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมที่ออกแบบไว้จนครบทุกกระบวนการและมีการประเมินกลุ่มทดลองซ้ำเป็นระยะๆ ก็จะส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคดีขึ้น ด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ร้อยละ 99.80 ได้ สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านทุกครั้ง อาจเป็นเพราะพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 นี้ได้มีการรณรงค์ในทุกประเทศทั่วโลกซึ่งนับว่าเป็นพฤติกรรม New normal หรือ พฤติกรรมใหม่ของประชาชนที่มีการดำเนินชีวิตในรูปแบบที่เปลี่ยนไป ซึ่งประชาชนได้ปฏิบัติให้เป็นนิสัย จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยของความรู้ในระดับมาก รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 และมีพฤติกรรมที่ดีในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhong et al (2020) พบว่าประชาชนชาวจีนมีการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 98 สวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกจากบ้านทุกครั้ง ในช่วงที่มี การระบาดใหญ่ของไวรัสโคโรนา-19 ในสาธารณรัฐประชาชนจีน (Zhong et al, 2020) หรือการศึกษาคำตอบเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรู้แรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา ได้ร้อยละ 31.1 ($R^2 = 311$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (อภิชาติ อินทรเจริญ และคณะ, 2562)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยนี้ซึ่งพบว่า ผลของการสร้างการมีส่วนร่วมและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมศักยภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลท่าน อำเภอรามราช จังหวัดศรีสะเกษ ยังมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนาความรู้และทักษะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องถึงจะมีช่องทางการทำงานที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สามารถแสวงหาได้เองแต่กระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องนั้นคือการพัฒนาทักษะ องค์ความรู้ในส่วนที่ขาด องค์ความรู้ที่ทันสมัย เข้ากับสถานการณ์ปัจจุบันและที่สำคัญคือเทคนิคหรือวิธีการแสวงหาความร่วมมือในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีความจำเป็นเพื่อให้ได้มาซึ่งการสนับสนุนองค์ความรู้ วัสดุอุปกรณ์และบุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานร่วมเชื่อมประสานเพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพ มีความทันสมัย ต่อสถานการณ์ปัจจุบันรวมถึงการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้แก่ทีมควบคุมโรคระดับหมู่บ้าน ซึ่งเป็นการพัฒนาระบบฐานรากของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

การนำการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้วางแผนแก้ไข ปรับปรุงทบทวนในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าน อำเภอรามราช จังหวัดศรีสะเกษ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. สามารถนำผลการศึกษาไปทบทวนโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปดำเนินการแก้ไข ปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนใกล้เคียงได้

เอกสารอ้างอิง

- Al-Hanawi, et al.(2020) Knowledge, Attitude and Practice Toward COVID-19 Among the Public in the Kingdom of Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study. May 2020 *Frontiers in Public Health* 8 DOI:10.3389/fpubh.2020.00217 Project: COVID-19 Research.
- World Health Organization.(2019). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 16-24 February.
- World Health Organization.(2020). Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). 16-24 February.
- Bloom BS. (1968). Learning for mastery. Evaluation comment, 1(2). Center for the study of evaluation of instructional programs, University of California, Los Angeles, USA.
- Bloom, B.S. (1956). Taxonomy of educational objectives, the classification of educational goals handbook I: Cognitive domain. New York: McKay.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health education monographs*, 2, 324-473.
- Haleem A, Javaid M, Vaishya R. Effects of COVID 19 pandemic in daily life. *CMRP*. 2020;10:78-79, 2020. *Sintema EJ*. Effect of COVID-19 on the performance of grade 12 students: Implications for STEM education. *EURASIA J Math Sci Tech Ed*. 2020; 16(7), em1851, 2020.
- Lemeshow S, Hosmer.(1990). D.W. & Klar J. Jr. Adequacy of Sample Size in Health Studies. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Lewin, Kurt.(1951). "Field. Theory and Learning" Ind. Cartwright Field theory in Social Science: Selected Theoretical. New York: Harper and Row.
- Likert, R. A. (1932). Technique for the Measurement of Attitude. *Archives Psychological*. 3(1), pp. 42-48.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2564) คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ปี 2564, <https://icd.go.th/webth2/wp-content/uploads/2021/06/Health-Service-System-Standards-Year-64.pdf>.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564) คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565) คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค.(2565). กระทรวงสาธารณสุข. Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard <https://ddcmoph.go.th/index.php>. มกราคม.
- นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, นางศุภรณ วิเศษกุล, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, คำพอง คำนันท, ศรีสกุล สังกำปง, รูชีลา โตะกีเล.(2563) ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันและผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ระยะที่ 1) สำนักวิจัยแห่งชาติ https://www.khonthai4-0.net/?wpfb_dl=142.
- กิตติพร เณรสุวรรณ, Singweratham N, Waichompu N, Chayakul K. (2563)ความสำเร็จในดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. *Princess of Naradhiwas University Journal*. 2020 Sep 15;12(3):195-212.
- คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Behavioral Insights ของครัวเรือนไทยภายใต้สถานการณ์ COVID-19. ภายใต้การสนับสนุนของ สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). สืบค้นจาก <https://drive.google.com/file/d/1stsvSan9LHhDWbfbs4t8VeqVWAjw4ekj/view> สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน, 2563.
- จารุวรรณ แผลมโธสง, ษัญชิตา ดุขขี, ทูลศิริ, พรนภา หอมสินธุ์.(2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก กรุงเทพมหานคร. *วารสารการพยาบาล*: Received June 14, 2017; Revised July 27,

2018; Accepted May 10, 2019.

ณัฐวรรณ คำแสน (2564). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2564.

สุภาภรณ์ วงษ์ (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ
จากรวรรณ แหม่มไธสง (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก
กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). มหาวิทยาลัยบูรพา.
ชวาล แพร์ตันกุล. ความรู้และการรับรู้. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัทกรีนพี, 2546.

ณัฐญา พัฒนะวานิชนันท์ N, Ruangrattanatai W, Kongsueb P, Khamha C, Kitphati R, Sirilak S. การบริหารจัดการทรัพยากร
สำหรับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประเทศไทยโดยใช้แบบจำลองข้อมูลจาก Big Data. JHS. 2020 Jun 30;29(3):386–99.

ณัฐนัย จันท. (2553). ผลของโปรแกรมการจัดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชน
อำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, ทักษิณ ชัยรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการ
ติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราช
ชนนี พะเยา ปีที่ 21 ฉบับที่ 2.

ธวัชชัย ยืนยาว, เพ็ญภา บุญเสริม. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะต่อการพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหญิงในจังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์ ปีที่ 35
ฉบับที่ 3.

ธานี ชัยวัฒน์และคณะ, Chaivat T, ไม้งาม น, Mai-Ngam N, ดำขึ้น ณ, Dumchuen N, et al. เศรษฐศาสตร์พฤติกรรมว่าด้วย
เส้นทางชีวิตและกิจกรรมร่วมของครัวเรือนไทยภายใต้สถานการณ์ COVID-19 [Internet]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2020 May [cited
2020 Oct 7]. Available from: <https://kb.hsi.or.th/dspace/handle/11228/5233>

นงเยาว ภาษตรีบาล, นงคราญวิเศษกุล, ขวัญพมพร ธรรมไทย, คำพอง คำนันท, ศรีสกุล สังกำปง นภาพงษ์วีระธรรม,
วัชรพล วิวรรณ แก้วพันธ์, กิตติพร เนาวสุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. (2563). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทันตภิบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารสถาบันบำราศนราดูร ปีที่ 14 ฉบับที่ 2

ปัญญา พลศักดิ์. (2564). รูปแบบการจัดการภาวะวิกฤตโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตเมือง จังหวัดศรีสะเกษวิจัยและพัฒนา
ระบบสุขภาพปีที่ 14 ฉบับที่ 2 (2021): พฤษภาคม - สิงหาคม 2564

โรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด

สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อม ป้องกัน และแก้ไข
ปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2560 - 2564). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
ในพระบรมราชูปถัมภ์

วิญญู ญาณุ บุญทัน และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโร
นา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาล รว. 12(2), 323-337.

สุภาภรณ์ วงษ์. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย วิทยานิพนธ์ สม. สาขาวิชา, มหาวิทยาลัยนครสวรรค์, 2564.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. ข้อมูลสำคัญของจังหวัดศรีสะเกษเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid 19). การ
สำรวจพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid 19). <http://www.sisaket.go.th/covid19>, 2563.

สำนักงานสารสนเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ผลสำรวจพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโควิด 19.
<https://pr.moph.go.th?url=pr/detail/2/04/144015>, 2563. สืบค้นเมื่อ 12 มิถุนายน, 2563.

สุคนธ์ทิพย์ นรสาร. (2564). การบูรณาการการดูแลระยะยาวในการป้องกันและควบคุมโรคหอบหืดในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
จังหวัดศรีสะเกษ วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

ตติพร เนาวสุวรรณ, นภาพงษ์วีระธรรม และนพพร ดาแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรู้ ความเข้าใจของโรคต่อ
บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสาร
สถาบันบำราศนราดูร, 14(2), 92-103.

โศกนาฏกรรมและรัชนีกร ทับประดิษฐ์.(2564).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุม COVID – 19 ของประชาชน ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์.

อภิวดี อินทเจริญ , คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ, กัสยา ตันสกุลและ สุวรรณ ปัตตะพัฒน์.(2564).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา.วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนปีที่ 3 ฉบับที่2 (พฤษภาคม) – (สิงหาคม) 2564.

อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์.(2563). ผลการสำรวจคนจนเมืองในภาวะวิกฤติโควิด-19และข้อเสนอแนะต่อรัฐบาล. สกสว.อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัยวิทยานิพนธ์ สม. สาขาวิชา, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2564.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. ข้อมูลสำคัญของจังหวัดศรีสะเกษเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019(Covid 19). การสำรวจพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(Covid 19). <http://www.sisaket.go.th/covid19>, 2565.

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัยวิทยานิพนธ์ สม. สาขาวิชา, มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2564.

ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อซ้ำโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ
และประสิทธิผลของการใช้ E-Book ในการเพิ่มความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ
Influence factors for Re-Infection *Opisthorchis viverrini* in Sisaket Province and Effectiveness of E-Book to
increase knowledge and attitude to prevent *Opisthorchis viverrini* Infection

ศศิธร เจริญประเสริฐ*, ณัฐพันธ์ จันสมุทร** และ พุทธิไกร ประมวล***
Sassithorn Charoenprasert*, Nattapan Jansamut** and Putthikrai Pramual***

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อซ้ำโรคพยาธิใบไม้ตับ ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษและประสิทธิผลของการใช้ E-Book ในการเพิ่มความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาคือผู้ที่มีการตรวจหาโรคพยาธิใบไม้ตับ 2 ครั้งขึ้นไป ในระหว่างปี 2560-2564 ในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ โดยเป็นผู้ติดเชื้อซ้ำ 2 ครั้งขึ้นไป จำนวน 127 คน และกลุ่มควบคุมคือผู้ที่ตรวจซ้ำไม่พบพยาธิใบไม้ตับ จำนวน 254 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ส่วนการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ E-Book ในการเพิ่มความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อซ้ำ จำนวน 38 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ก่อนและหลังทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆด้วยสถิติ Simple logistic regression และ Multivariable logistic นำเสนอด้วยค่า Crude Odds ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95 % พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อคำนึงถึงอิทธิพลของตัวแปรอื่นมี 2 ปัจจัย คือ 1.รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน โดยผู้ติดเชื้อซ้ำที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ($OR_u = 2.06$, 95 % CI = 1.12-3.80 p-value = 0.0201) และ 2.การปฏิบัติต่อการป้องกันโรค โดยผู้ที่มีการป้องกันโรคระดับดี จะมีการติดเชื้อซ้ำน้อยกว่า ($OR_u = 0.60$, 95 % CI = 0.36-0.98 p-value = 0.0418) ส่วนประสิทธิผลของการใช้ E-Book ในการเพิ่มความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired T-test พบว่าหลังทดลองการใช้ E-Book กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.0001, 95 % CI = 2.70-4.20) มีทัศนคติต่อประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.0001, 95 % CI = 1.03-2.81) จากผลการศึกษา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเร่งรัดให้ประชาชนมีการปฏิบัติตัวในการป้องกันควบคุมโรค รวมทั้งใช้ E-Book เป็นเครื่องมือในการดำเนินงาน เพื่อลดอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและอุบัติการณ์ของโรคมะเร็งท่อน้ำดีต่อไป

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม แรงสนับสนุนทางสังคม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This study was a research and development (R&D) study aimed to investigate factors related to reinfection liver fluke among people in Sisaket Province and study effective of E-Book to increase knowledge attitudes and behaviors to prevent liver fluke. The sample . Consisted of people who tested parasite examination found a liver fluke during 2017-2021 in Sisaket Province. Classified as twice or more reinfection 127 case and control 254 case didn't reinfection in the same time. Interview were used to collected data by interview two target group. Analyze data by simple logistic regression and multivariable logistic regression. Crude odds ratio (OR_u), Adjusted odds ratio (OR_a) and 95 % Confidence Interval were presented. The result found the statistically significant factors related to the reinfection liver fluke included income of the family less than 5,000 Baht ($OR_u = 2.06$, 95 % CI = 1.12-3.80 p-value = 0.0201) and disease prevention practice ($OR_u = 0.60$, 95 % CI = 0.36-0.98 p-value = 0.0418). The effectiveness of using E-Book in increasing knowledge and attitude in preventing liver fluke disease. Compared before and after the experiment using Paired T-test statistics. The result of E-Book effective to increase knowledge and attitude found by paired T-test statistically significant increase knowledge (p-value < 0.0001, 95 % CI = 2.70-4.20) and increase Attitude to recognition benefit of prevented disease (p-value = 0.0001, 95 % CI = 1.03-2.81). From result of the study, Health personal must speed up to increase disease prevention practice among people in Sisaket Province and use E-Book to educate people to reduce liver fluke infection that cause of died with Cholangiocarcinoma as well as a compaigne to eat cooked picklet fish to reduce the liver fluke infection rate and incident of Cholangiocarcinoma.

Keyword: Liver Fluke , Reinfection , E-Book

1.บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย เกิดจากการติดเชื้อ *Opisthorchis viverrini* ซึ่งเป็นโรคที่องค์การอนามัยโลกจัดให้อยู่ในบัญชีโรคของชนยากจนที่ถูกกลืนและองค์การอนามัยโลกได้จัดให้ พยาธิใบไม้ตับเป็นสารก่อมะเร็งชีวภาพ กลุ่มที่ 1 ที่ก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีที่มีการคาดการณ์ว่า ประชากรไทยประมาณ 6 ล้านคน หรือร้อยละ 10 ของประเทศติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีประชากร 1.5-2 ล้านคนติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยคนที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจะเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีมากกว่าคนที่ไม่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 16 เท่า โดยอัตราการเสียชีวิตด้วยมะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยกว่าครึ่งหนึ่งเป็นประชากรในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจากการศึกษาของโรคมะเร็งพยาธิใบไม้ตับในปี 2539, 2552 และ 2557 พบอัตราการความชุกในภาพรวมของประเทศเฉลี่ย ร้อยละ 11.8, 8.7 และ 5.1 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาระดับหมู่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี 2552 มีความชุกของโรคสูงที่สุด ร้อยละ 85.2 และมากกว่าร้อยละ 90 ในปี 2557 โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เป็นโรคที่ป้องกันได้ หากมีการดำเนินการทั้งภาครัฐ ภาคการศึกษาและประชาชน โดยปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อพยาธิของประชาชนคือ พฤติกรรมการบริโภคอาหารจากปลาน้ำจืดดิบๆ เช่น ปลาร้าดิบ ก้อยปลาดิบ และปลาส้มดิบ ซึ่งเป็นวัฒนธรรมในการบริโภคอาหารของคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่ยังรากลึกและสืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น ในปี 2565 จังหวัดศรีสะเกษ มีการตรวจจากระยะเพื่อวินิจฉัยโรคพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่ทุกอำเภอ จำนวน 61,600 คน พบความชุกโรคพยาธิใบไม้ตับ 1,197 คน คิดเป็นร้อยละ 1.94 อำเภอที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับสูงสุดคือ อำเภอน้ำขุ่น ร้อยละ 7.15 รองลงมาคือ อำเภอน้ำเกลี้ยง ร้อยละ 4.40 อำเภอยางชุมน้อย ร้อยละ 4.22 อำเภอปราสาท ร้อยละ 3.52 และขุนศรี ร้อยละ 3.26 และในปี 2557 ได้มีการสำรวจความชุกของพยาธิใบไม้ตับ (Metacercaria) ของพยาธิใบไม้ตับในปลาน้ำจืดมีเกล็ดจาก 6 แหล่งน้ำในจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 255 ตัวอย่าง ในปลา 15 ชนิด พบว่ามีปลา 3 ชนิดที่ตรวจพบ Metacercaria ของพยาธิใบไม้ตับ ได้แก่ ปลาตะเพียนทราย ปลาสวายและปลาแม่สะแตง พบ Metacercaria ร้อยละ 3.9, 3.7 และ 3.2 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าปลาน้ำจืดมีเกล็ดในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ดังนั้นแม้ว่าประชาชนที่ตรวจพบพยาธิจะได้รับรักษาบำบัดรักษาด้วยยาแล้วจึงยังควรมีโอกาสติดเชื้อซ้ำได้อีกหากยังบริโภคอาหารจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ เช่น ปลาร้าดิบ ปลาส้มดิบ ก้อยปลา และอื่นๆ ที่ยังคงเป็นเมนูเชิงวัฒนธรรมท้องถิ่นที่นิยมรับประทาน ก็อาจส่งผลให้เกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำหากมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตจากมะเร็งท่อน้ำดี

การศึกษาที่ผ่านมามุ่งเน้นการค้นหาลำดับปัจจัยและสาเหตุของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และเป็นที่ยอมรับแล้วว่า เกิดจากพฤติกรรมการบริโภคปลาน้ำจืดดิบๆ และพฤติกรรมที่เอื้อต่อการแพร่กระจายของโรค รวมถึงวิถีการผลิตและการปรุงแต่งอาหารที่มีความเกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อของการบริโภคเข้ามาเกี่ยวข้อง แต่ยังไม่มีการศึกษาเพื่อค้นหาสาเหตุหรือลักษณะกลุ่มเสี่ยงที่มีพฤติกรรมบริโภคปลาน้ำจืดดิบๆ หรือสุกๆ ดิบๆ ที่ติดเชื้อซ้ำ ซึ่งจำเป็นไปสู่การวางแผนการดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว ดังนั้นการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ จึงศึกษาเพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ซึ่งจะช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง วางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคปลาน้ำจืดดิบหรือสุกๆ ดิบๆ ให้กับกลุ่มเสี่ยง ซึ่งจะช่วยให้ปัญหาการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้อย่างตรงจุด รวมทั้งสามารถประยุกต์ใช้ผลการศึกษาประสิทธิผลของ E-Book เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ที่สอดคล้องกับปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ส่งผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ อันจะเป็นการช่วยลดอัตราการอุบัติการณ์ของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดีในพื้นที่ต่อไป

2.วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 2.1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ
- 2.2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ E-Book ในการเพิ่มความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน

3. ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้ มุ่งศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยศึกษาเฉพาะประชาชนในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเป็น Case จำนวน 127 คน Control จำนวน 254 คน ส่วนการศึกษาประสิทธิผลของ E-Book ศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อซ้ำ จำนวน 38 คนในเขตอำเภอน้ำเกลี้ยง จังหวัดศรีสะเกษ

4. วิธีการศึกษา

4.1. รูปแบบการศึกษาคือการศึกษานี้ แบ่งการศึกษาเป็น 2 ส่วนคือ

- (1) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ เป็นการศึกษาระเบียบวิธีแบบภาคตัดขวาง
- (2) ศึกษาประสิทธิผลของการใช้ E-Book ในการเพิ่มความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ เป็นการศึกษาระเบียบวิธีแบบทดลอง โดยมี E-Book เป็น Intervention ในการศึกษาวิจัย

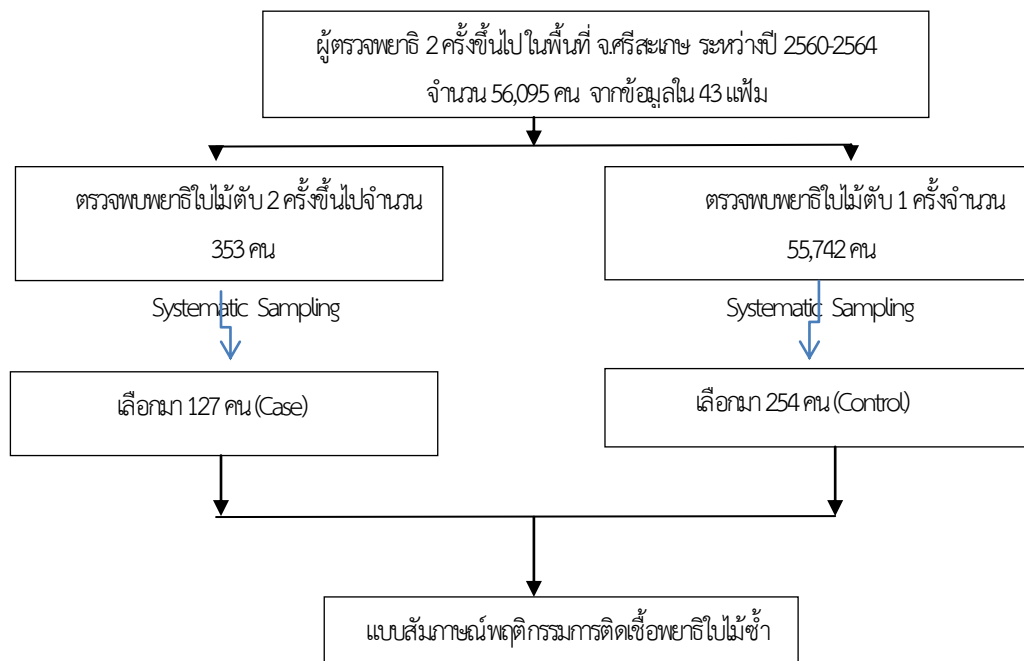
4.2 กลุ่มตัวอย่าง

4.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อไข้โรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน จังหวัดศรีสะเกษ คือกลุ่มประชาชนในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้ตรวจอุจจาระเพื่อหาไข่พยาธิใบไม้ตับ 2 ครั้งขึ้นไป ในระหว่างปี 2560-2564 จำแนกเป็นกลุ่ม Case คือผู้ตรวจอุจจาระพบไข่พยาธิใบไม้ตับ 2 ครั้งขึ้นไป จำนวน 127 คน และกลุ่ม Control คือผู้รับการตรวจ 2 ครั้งขึ้นไปไม่พบการติดเชื้อ จำนวน 254 คน

4.2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ E-Book ในการเพิ่มความรู้และทัศนคติในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ คือกลุ่มที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ 2 ครั้งขึ้นไป ในข้อ 4.2.1 จำนวน 38 คน

4.2.3. การสุ่มตัวอย่าง

3.1 ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ Systematic Random Sampling จากผู้ตรวจพยาธิ 2 ครั้งขึ้นไป พบว่ามีการติดเชื้อ จำนวน 353 คน เลือกมา 127 คน (Case) และในกลุ่มผู้ตรวจพยาธิ 2 ครั้งขึ้นไป พบว่าไม่มีการติดเชื้อ จำนวน 4,168 คน เลือกมา 254 คน (Control) รายละเอียดตามแผนผังดังต่อไปนี้



3.วิธีดำเนินการวิจัย

3.2 ใช้การสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ที่มีการตรวจพยาธิพบติดเชื้อจำนวน 127 คน ในข้อ 3.1 เลือกมา 38 คน เพื่อศึกษาประสิทธิภาพ E-Book ซึ่งกลุ่มตัวอย่างทั้ง 38 คน เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นผู้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่อำเภอน้ำเกลี้ยง เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่พบผู้ติดเชื้อจำนวนมากที่จะทำการศึกษาวิจัย ตามจำนวนตัวอย่างที่กำหนด

4. เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์โดยตรง แบ่งเป็น 4 ส่วน ประกอบด้วยส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 3 ทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ส่วนที่ 4 การปฏิบัติตัวต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยแบบสอบถามทั้งหมดได้ผ่านการประเมินและตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ(Content validity)โดยนำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา จำนวน 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านสถิติ 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านระเบียบวิธีวิจัย 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องเชิงเนื้อหา และนำข้อมูลมาวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์(Index of item objective congruence: IOC) ได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 ขึ้นไป

สำหรับ E-Book ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาวิจัย เป็นหนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่สร้างขึ้นโดยคณะกรรมการจัดทำหลักสูตรพยาธิใบไม้ตับและแรงจูงใจ จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย E-Book ของนักเรียนชั้น อนุบาล 1-2, ป.1-ป.6, ม.1-ม.3 และ ม.4-ม.6 ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการให้ความรู้กับประชาชน จึงเลือกนำมาใช้ดำเนินการศึกษาเฉพาะ E-Book ของชั้น ป.1-ป.6 และ ม.1-ม.3 เนื่องจาก E-Book ชั้น อนุบาล 1-2 ย่อยเกินไป ส่วน E-Book ชั้น ม.4-ม.6 ยากเกินไปเนื่องจากมีการใช้ภาษาอังกฤษในบทเรียน เนื้อหาใน E-Book ประกอบด้วย

สาเหตุและพาหะของโรค การป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี การป้องกันการแพร่กระจายโรค แบบทดสอบ ก่อนเรียนและหลังเรียน จำนวน 5-10 ข้อ ในแต่ละชั้นเรียน

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลพื้นฐาน ด้วยสถิติเชิงพรรณนาข้อมูลจำแนกนำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่และร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงแบบปกติ นำเสนอด้วยค่าเฉลี่ยคู่กับค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการติดเชื้อซ้ำ ด้วยสถิติ Simple logistic regression, Multivariable logistic regression นำเสนอด้วยค่า Crude odd ratio (OR_c), Adjust odd ratio (OR_a) และความเชื่อมั่น 95% ส่วนการศึกษาระดับสหสัมพันธ์ E-Book ใช้สถิติ Paired T-test และความเชื่อมั่น 95 %

6. ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถาม

ในกลุ่มติดเชื้อซ้ำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.12 อายุเฉลี่ย 57.65 (SD=10.69) ร้อยละ 74.02 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า อาชีพเกษตรกรร้อยละ 90.55 สถานภาพสมรสแล้วร้อยละ 78.74 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ 1,000-4,990 บาท ร้อยละ 48.03 (SD=8,528.67) รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 43.31 (SD=17,323.26) จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่กันมากกว่า 3 คน ร้อยละ 67.72 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 63.78 และส่วนใหญ่เคยดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 61.42 ร้อยละ 96.85 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ แหล่งข้อมูลข่าวสารที่เป็นมนุษย์ 3 อันดับแรก ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 77.87) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 76.23) และ ผู้ใหญ่บ้าน (ร้อยละ 36.89) ส่วนแหล่งข้อมูลข่าวสารที่เป็นสื่อ 3 อันดับแรก ได้แก่ หอกระจายข่าว (ร้อยละ 37.50) โทรศัพท์ (ร้อยละ 23.33) และแผ่นพับ (ร้อยละ 12.80)

ในกลุ่มไม่ติดเชื้อซ้ำ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.39 อายุเฉลี่ย 56.59 (SD=10.99) ร้อยละ 76.38 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า อาชีพเกษตรกรร้อยละ 83.07 สถานภาพสมรสแล้วร้อยละ 83.07 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ 1,000-4,990 บาท ร้อยละ 52.76 (SD=8,435.62) รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้ 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 42.91 (SD=17,645.57) จำนวนสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่อยู่กันมากกว่า 3 คน ร้อยละ 59.06 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 63.39 และส่วนใหญ่เคยดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 59.06 ร้อยละ 100 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ แหล่งข้อมูลข่าวสารที่เป็นมนุษย์ 3 อันดับแรก ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (ร้อยละ 35.33) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 31.44) และ ผู้ใหญ่บ้าน (ร้อยละ 14.26) ส่วนแหล่งข้อมูลข่าวสารที่เป็นสื่อ 3 อันดับแรก ได้แก่ หอกระจายข่าว (ร้อยละ 42.60) โทรศัพท์ (ร้อยละ 22.42) และแผ่นพับ (ร้อยละ 11.43) ดังแสดงตาม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ลักษณะทั่วไป	ติดเชื้อซ้ำ (n=127)		ไม่ติดเชื้อซ้ำ (n=254)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ ชาย	57	44.88	126	49.61
หญิง	70	55.12	128	50.39
2. อายุ น้อยกว่า 50 ปี	31	24.41	59	23.23
50-59 ปี	44	34.65	85	33.47
60-69 ปี	38	29.92	74	29.13
70 ปีขึ้นไป	14	11.02	36	14.17
เฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	57.65 ± 10.69		56.59 ± 10.99	
มัธยฐานคะแนน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	57(25 : 82)		58(14 : 78)	
3. ระดับการศึกษา				
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	94	74.02	194	76.38
มัธยมศึกษาขึ้นไป	33	25.98	60	23.62
4. อาชีพ				
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/พนักงานของรัฐ	4	3.15	7	2.75
พนักงานบริษัท	0	0.00	2	0.79
ค้าขาย	3	2.36	3	1.18

ลักษณะทั่วไป	ติดเชื้อซ้ำ (n=127)		ไม่ติดเชื้อซ้ำ (n=254)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกร	115	90.55	211	83.07
รับจ้าง	1	0.79	13	5.12
แม่บ้าน	1	0.79	8	3.15
นักเรียน/นักศึกษา	1	0.79	0	0.00
ว่างงาน	2	1.57	10	3.94
5. สถานภาพ				
โสด	6	4.72	8	3.15
สมรส	100	78.74	211	83.07
หม้าย/หย่า/แยก	21	16.54	35	13.78
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน				
น้อยกว่า 1,000 บาท	33	25.98	39	15.35
1,000-4,999 บาท	61	48.04	134	52.76
5,000 บาทขึ้นไป	33	25.98	81	31.89
เฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	4,318.11±8,528.67		4,791.38±8,435.62	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	2,000(0 : 70,000)		2,000(0 : 80,000)	
7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว				
น้อยกว่า 5,000 บาท	55	43.31	74	29.13
5,000-9,999 บาท	30	23.62	71	27.95
10,000 บาทขึ้นไป	42	33.07	109	42.91
เฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	10,530.71±17,323.26		12,692.52±17,645.57	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	5,000(500 : 125,000)		8,000(600 : 120,000)	
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว				
อยู่คนเดียว	2	1.57	11	4.33
อยู่กัน 2 คน	18	14.17	39	15.35
อยู่กัน 3 คน	21	16.54	54	21.26
อยู่กันมากกว่า 3 คน	86	67.72	150	59.06
9. การสูบบุหรี่				
ไม่เคยสูบ	81	63.78	161	63.39
เคยสูบ	46	36.22	93	36.61
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	25	54.35	40	43.01
ยังสูบบุหรี่อยู่	21	45.65	53	56.99
10. ปริมาณการสูบบุหรี่ต่อวันกี่มวน				
1-5 มวนต่อวัน	14	66.67	28	52.83
6-10 มวนต่อวัน	5	23.81	21	39.62
มากกว่า 10 มวนต่อวัน	2	9.52	4	7.55
เฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	7.05±4.88		6.94±4.44	
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	5(2 : 20)		5(2 : 20)	
11. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์				
ไม่เคยดื่ม	49	35.58	104	40.49

ลักษณะทั่วไป	ติดเชื้อซ้ำ (n=127)		ไม่ติดเชื้อซ้ำ (n=254)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เคยดื่ม	78	61.42	150	59.06
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	50	64.10	101	67.33
ยังดื่มอยู่	28	35.90	49	32.67
12. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ				
ไม่เคย	4	3.15	0	0.00
เคย	123	96.85	254	100.00
13. เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร จากแหล่งข่าวที่เป็นมนุษย์				
ผู้ใหญ่บ้าน	45	36.89	88	14.26
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)	95	77.87	218	35.33
เพื่อนบ้าน	26	21.31	32	5.19
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	93	76.23	194	31.44
สมาชิก อบต.	10	8.20	14	2.27
พยาบาล	34	27.87	40	6.48
แพทย์	19	15.57	30	4.86
อื่นๆ	0	0.00	1	0.16
14. เคยได้รับข้อมูลข่าวสาร จากแหล่งข่าวที่เป็นสื่อ				
หอกระจายข่าว	90	37.50	190	42.60
แผ่นพับ	29	12.80	51	11.43
โปสเตอร์	19	7.92	31	6.95
โทรทัศน์	56	23.33	100	22.42
หนังสือพิมพ์	7	2.92	12	2.69
ป้ายคัดเอาท์	10	4.17	11	2.47
อินเทอร์เน็ต	28	11.67	48	10.76
วิทยุ	1	0.42	3	0.67

2. ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

ในกลุ่มติดเชื้อซ้ำ ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนปานกลาง(10-12.99 คะแนน) ร้อยละ 41.73 รองลงมาคือระดับต่ำ(น้อยกว่า 10 คะแนน) ร้อยละ 33.07 (SD=2.25) ส่วนในกลุ่มไม่ติดเชื้อซ้ำ ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนปานกลาง(10-12.99 คะแนน) ร้อยละ 37.01 รองลงมาคือระดับต่ำ(น้อยกว่า 10 คะแนน) ร้อยละ 33.86 (SD=2.21) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ระดับคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	ติดเชื้อซ้ำ (n=127)		ไม่ติดเชื้อซ้ำ (n=254)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 10 คะแนน)	42	33.07	86	33.86
ระดับปานกลาง (10-12.99 คะแนน)	53	41.73	94	37.01
ระดับสูง (12 คะแนนขึ้นไป)	32	25.20	74	29.13
คะแนนเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	10.08±2.25		10.29±2.21	
มัธยฐานคะแนน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	10(3 : 14)		10(4 : 15)	

ส่วนที่ 3 ทักษะเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ

3.1 ทักษะต่อความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ในกลุ่มติดเชื้อซ้ำ ส่วนใหญ่มีทักษะต่อความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรครดับปานกลาง (14-19.99คะแนน) ร้อยละ 77.17 รองลงมาคือระดับต่ำ(น้อยกว่า 14คะแนน) ร้อยละ 20.47 (SD=2.51) ส่วนในกลุ่มไม่ติดเชื้อซ้ำ ส่วนใหญ่มีทักษะต่อความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรครดับปานกลาง(14-19.99คะแนน) ร้อยละ 81.89 รองลงมาคือระดับต่ำ(น้อยกว่า 14คะแนน) ร้อยละ 13.39 (SD=2.39) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับคะแนนทัศนคติต่อความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค

ระดับทัศนคติต่อความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค	ติดเชื้อซ้ำ (n=127)		ไม่ติดเชื้อซ้ำ (n=254)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 14 คะแนน)	26	20.47	34	13.39
ระดับปานกลาง (14-19.99 คะแนน)	98	77.17	208	81.89
ระดับสูง (20 คะแนนขึ้นไป)	3	2.36	12	4.72
คะแนนเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	14.91±2.51		15.48±2.39	
มัธยฐานคะแนน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	15 (8 : 22)		16 (8 : 24)	

3.2 ทัศนคติต่อความรุนแรงของโรค

ในกลุ่มติดเชื้อซ้ำ ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง(14-19.99 คะแนน) ร้อยละ 62.29 รองลงมาคือระดับสูง (20 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 29.92 (SD=2.23) ส่วนในกลุ่มไม่ติดเชื้อซ้ำ ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อความรุนแรงของโรคระดับปานกลาง (14-19.99 คะแนน) ร้อยละ 59.06 รองลงมาคือระดับสูง (20 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 39.76 (SD=2.19) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับทัศนคติต่อความรุนแรงของโรค

ระดับทัศนคติต่อความรุนแรงของโรค	ติดเชื้อซ้ำ (n=127)		ไม่ติดเชื้อซ้ำ (n=254)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 14 คะแนน)	1	0.79	3	1.18
ระดับปานกลาง (14-19.99 คะแนน)	88	62.29	150	59.06
ระดับสูง (20 คะแนนขึ้นไป)	38	29.92	101	39.76
คะแนนเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	18.04±2.23		18.62±2.19	
มัธยฐานคะแนน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	18 (12 : 22)		19 (12 : 24)	

3.3 ทัศนคติต่อประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรค

ในกลุ่มติดเชื้อซ้ำ ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรคระดับสูง(20 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 51.79 รองลงมาคือระดับปานกลาง(14-19.99 คะแนน) ร้อยละ 44.88 (SD=2.23) ส่วนในกลุ่มไม่ติดเชื้อซ้ำ ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรคระดับสูง(20 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 50.79 รองลงมาคือระดับปานกลาง(14-19.99 คะแนน) ร้อยละ 48.43 (SD=2.14) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ระดับทัศนคติต่อการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค

ระดับทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรค	ติดเชื้อซ้ำ (n=127)		ไม่ติดเชื้อซ้ำ (n=254)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 14 คะแนน)	4	3.15	2	0.78
ระดับปานกลาง (14-19.99 คะแนน)	57	44.88	123	48.43
ระดับสูง (20 คะแนนขึ้นไป)	66	51.97	129	50.79
คะแนนเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	19.05±2.21		19.16±2.14	
มัธยฐานคะแนน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	20 (12 : 23)		20 (12 : 24)	

3.4 ทัศนคติต่ออุปสรรค

ในกลุ่มติดเชื้อซ้ำ ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่ออุปสรรคระดับสูง(20 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 62.20 รองลงมาคือระดับปานกลาง(14-19.99 คะแนน) ร้อยละ 32.28 (SD=3.58) ส่วนในกลุ่มไม่ติดเชื้อซ้ำ ส่วนใหญ่มีทัศนคติต่ออุปสรรคระดับสูง(20 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 66.54 รองลงมาคือระดับปานกลาง(14-19.99 คะแนน) ร้อยละ 27.56 (SD=3.53) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ระดับทัศนคติต่ออุปสรรค

ระดับทัศนคติต่ออุปสรรค	ติดเชื้ซ้ (n=127)		ไม่ติดเชื้ซ้ (n=254)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 14 คะแนน)	7	5.51	15	5.90
ระดับปานกลาง (14-19.99 คะแนน)	41	32.28	70	27.56
ระดับสูง (20 คะแนนขึ้นไป)	79	62.21	169	66.54
คะแนนเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	19.70±3.58		20.12±3.53	
มัธยฐานคะแนน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	21 (8 : 24)		21 (10 : 24)	

ส่วนที่ 4 การปฏิบัติต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

ในกลุ่มติดเชื้ซ้ ส่วนใหญ่มีระดับคะแนนปานกลาง(26-35 คะแนน) ร้อยละ 57.48 รองลงมาคือระดับสูง (36 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 39.37 (SD=4.94) ส่วนในกลุ่มไม่ติดเชื้ซ้ ส่วนใหญ่มีคะแนนสูง (36 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 50.79 รองลงมาคือระดับปานกลาง(26-35 คะแนน) ร้อยละ 46.85 (SD=4.76) (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ระดับคะแนนการปฏิบัติต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ

ระดับการปฏิบัติต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ	ติดเชื้ซ้ (n=127)		ไม่ติดเชื้ซ้ (n=254)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 26 คะแนน)	4	3.15	6	2.36
ระดับปานกลาง (26-35 คะแนน)	73	57.48	119	46.85
ระดับสูง (36 คะแนนขึ้นไป)	50	39.37	129	50.79
คะแนนเฉลี่ย±ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	34.77±4.94		35.79±4.76	
มัธยฐานคะแนน (ค่าต่ำสุด : ค่าสูงสุด)	34 (21 : 45)		36 (20 : 45)	

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างกับการติดเชื้พยาธิใบไม้ตับซ้ โดยยังไม่ได้ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้ซ้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ 1.รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนโดยผู้มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท จะเสี่ยงต่อการติดเชื้ซ้สูงกว่า 1.86 เท่า ($OR_c = 1.86$, 95 % CI = 1.19-2.89, p-value 0.0063) และ 2.การปฏิบัติต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้มีการปฏิบัติต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับดี(36 คะแนนขึ้นไป) จะป้องกันการติดเชื้ซ้ได้ 0.63 เท่า ($OR_c = 0.63$, 95 % CI = 0.41-0.96, p-value 0.0347) และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนึงถึงอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติยังคงเป็น 2 ปัจจัยข้างต้นเช่นเดิม โดยผู้มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาท จะเสี่ยงต่อการติดเชื้ซ้สูงกว่า 2.06 เท่า ($OR_A = 2.06$, 95 % CI = 1.12-3.80, p-value 0.0201) และ 2.การปฏิบัติต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยผู้มีการปฏิบัติต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับระดับดี(36 คะแนนขึ้นไป) จะป้องกันการติดเชื้ซ้ได้ 0.60 เท่า ($OR_A = 0.60$, 95 % CI = 0.36-0.98, p-value 0.0418) (ตารางที่ 8 และตารางที่ 9)

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยต่างกับการติดเชื้พยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ โดยยังไม่ได้ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ

ตัวแปรทำนาย	การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ				Crude OR	95% CI	p-value
	ติดเชื้อซ้ำ (n=127)		ไม่ติดเชื้อซ้ำ (n=254)				
	n	%	n	%			
1. เพศ							0.3839
ชาย	57	44.88	126	49.61	1		
หญิง	70	55.12	128	50.39	1.21	0.79-1.85	
2. อายุ							0.8586
น้อยกว่า 50 ปี	31	24.41	59	23.23	1		
50-59 ปี	44	34.65	85	33.46	0.99	0.56-1.74	
60-69 ปี	38	29.92	74	29.13	0.98	0.54-1.75	
70 ปีขึ้นไป	14	11.02	36	14.17	0.74	0.35-1.57	

ตัวแปรทำนาย	การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ				Crude OR	95% CI	p-value
	ติดเชื้อ (n=127)		ไม่ติดเชื้อ (n=254)				
	n	%	n	%			
3. ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	94	74.02	194	76.38	1		0.6141
มัธยมศึกษาขึ้นไป	33	25.98	60	23.62	1.14	0.69-1.85	
4. อาชีพ							
อาชีพอื่นๆ	12	9.45	43	16.93	1		0.0534
เกษตรกร/แม่บ้าน	115	90.55	211	83.07	1.95	0.99-3.85	
5. สถานภาพสมรส							
โสด/หย่า/อย่า/แยก	27	21.26	43	16.93	1		0.3079
คู่	100	78.74	211	83.07	0.75	0.44-1.29	
6. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน							
2,000 บาทขึ้นไป	65	51.18	156	61.42	1		0.0570
น้อยกว่า 2,000 บาท	62	48.82	98	38.58	1.52	0.99-2.33	
7. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน							
5,000 บาทขึ้นไป	72	56.69	180	70.87	1		0.0063*
น้อยกว่า 5,000 บาท	55	43.31	74	29.13	1.86	1.19-2.89	
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว							
อยู่คนเดียว	2	1.57	11	4.33	1		0.2375
อยู่กัน 2 คน	18	14.17	39	15.35	2.54	0.51-12.66	
อยู่กัน 3 คน	21	16.54	54	21.26	2.14	0.44-10.47	
อยู่กันมากกว่า 3 คน	86	67.72	150	59.06	2.46	0.68-14.55	
9. การสูบบุหรี่							
ไม่เคยสูบ	81	63.78	161	63.39	1		0.9400
เคยสูบ	46	36.22	93	36.61	0.98	0.63-1.53	
10. การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์							
ไม่เคยดื่ม	49	35.58	104	40.49	1		0.6571
เคยดื่ม	78	61.42	150	59.06	1.10	0.71-1.71	
11. การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ							
ไม่เคย	4	3.15	0	0.00	1		
เคย	123	96.85	254	100	1	N/A	
12. ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ							
ระดับไม่ดี (<10 คะแนน)	42	33.07	86	33.86	1		0.8780
ระดับดี (10 คะแนนขึ้นไป)	85	66.93	168	66.14	1.04	0.66-1.62	
13. ทักษะคิดต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยง							
ระดับไม่ดี (<20 คะแนน)	52	40.94	80	31.50	1		0.0693
ระดับดี (20 คะแนนขึ้นไป)	75	59.06	174	68.50	0.66	0.43-1.03	

ตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยต่างๆ กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ โดยยังไม่ได้ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ (ต่อ)

ตัวแปรทำนาย	การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ				Crude OR	95% CI	p-value
	ติดเชื้อซ้ำ (n=127)		ไม่ติดเชื้อซ้ำ (n=254)				
	n	%	n	%			
14. ทักษะการรับรู้ความรุนแรง							
ระดับไม่ดี (<20 คะแนน)	89	70.08	153	60.24	1		
ระดับดี (20 คะแนนขึ้นไป)	38	29.92	101	39.76	0.65	0.41-1.02	
15. ทักษะการรับรู้ประโยชน์							
ระดับไม่ดี (<20 คะแนน)	61	48.03	125	49.21	1		0.8279
ระดับดี (20 คะแนนขึ้นไป)	66	51.97	129	50.79	1.05	0.68-1.61	
16. ทักษะการอุปสรรค							
ระดับไม่ดี (<20 คะแนน)	48	37.80	85	33.46	1		0.4045
ระดับดี (20 คะแนนขึ้นไป)	79	62.20	169	66.54	0.83	0.53-1.29	
17. การปฏิบัติต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ							
ระดับไม่ดี (<36 คะแนน)	77	60.63	125	49.21	1		0.0347*
ระดับดี (36 คะแนนขึ้นไป)	50	39.37	129	50.79	0.63	0.41-0.96	

ตารางที่ 9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจังหวัดศรีสะเกษ โดยคำนึงถึงอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ

ตัวแปรทำนาย	การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ				Crude OR	Adj OR	95% CI	p-value
	ติดเชื้อซ้ำ (n=127)		ไม่ติดเชื้อซ้ำ (n=254)					
	n	%	n	%				
1. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน								0.0201*
5,000 บาทขึ้นไป	72	56.69	180	70.87	1	1		
น้อยกว่า 5,000 บาท	55	43.31	74	29.13	1.86	2.06	1.12-3.80	
2. การปฏิบัติต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ								0.0418*
ระดับไม่ดี (<36 คะแนน)	77	60.63	125	49.21	1	1		
ระดับดี (36 คะแนนขึ้นไป)	50	39.37	129	50.79	0.63	0.60	0.36 - 0.98	

หมายเหตุ: วิเคราะห์ด้วยสถิติ Multivariable logistic regression

สำหรับการทดสอบประสิทธิภาพการใช้ E-Book ในการเพิ่มความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังทดลอง ในกลุ่มผู้ติดเชื้อซ้ำจำนวน 38 คน พบว่าการใช้ E-Book สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ทักษะการรับรู้ความรุนแรงของโรค ประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรค อุปสรรค และการปฏิบัติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนทักษะการรู้เรื่องความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคนั้นก่อนและหลังทดลองไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนและหลังทดลองประสิทธิภาพ E-Book

ตัวแปรที่ศึกษา	หลังทดลอง(n=38)		ก่อนทดลอง(n=38)		Mean difference	95%CI	p-value
	Mean	SD	Mean	SD			
ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ	12.55	2.14	9.11	2.26	4.45	2.70-4.20	<0.0001*
ทักษะเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ							
: ความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค	20.08	2.49	19.34	2.64	0.74	0.26-2.021	0.1433
: ความรุนแรงของโรค	18.82	2.22	17.63	2.31	1.18	0.41-1.96	0.0039*
: ประโยชน์ในการป้องกันควบคุมโรค	20.13	1.96	18.21	2.12	1.92	1.03-2.81	0.0001*
: อุปสรรค	20.52	2.90	18.74	3.99	1.79	0.76-2.005	0.0011*

สรุป

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มศึกษาพบว่าตัวแปรทำนายเรื่องเพศของกลุ่มติดเชื้อและไม่ติดเชื้อไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับตัวแปรทำนายเรื่องอายุ,ระดับการศึกษา,อาชีพ,สถานภาพสมรส,รายได้เฉลี่ยบุคคลต่อเดือน,จำนวนสมาชิกในครอบครัว,การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ คุณลักษณะประชากรที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ คือตัวแปรทำนายเรื่องรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ 1.86 เท่าของกลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน 5,000 บาทขึ้นไป ($OR_c = 1.86$, $95\% CI = 1.19-2.89$, $p\text{-value} = 0.0063$) ส่วนคุณลักษณะทั่วไปเรื่องการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับไม่สามารถวิเคราะห์ข้อมูลได้ เนื่องจากกลุ่มไม่ติดเชื้อไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารร้อยละ 100 และไม่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเท่ากับ 0

ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าในกลุ่มติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ มีความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนทัศนคติที่มีต่อโรคพยาธิใบไม้ตับในเรื่องทัศนคติเรื่องโอกาสเสี่ยง,ความรุนแรง,ประโยชน์และอุปสรรค พบว่าทัศนคติทั้ง 4 ด้านของกลุ่มติดเชื้อและไม่ติดเชื้อไม่แตกต่างกัน เช่นเดียวความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ สำหรับตัวแปรเรื่องการปฏิบัติต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าในกลุ่มที่ไม่ติดเชื้อจะมีการปฏิบัติตัวในระดับดีมากกว่ากลุ่มติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($OR_c = 0.63$, $95\% CI = 0.41-0.96$, $p\text{-value} = 0.0347$)

เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับโดยคำนึงถึงอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่าตัวแปรเรื่องรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน และการปฏิบัติต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับยังคงมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดิม ($OR_A = 2.06$, $95\% CI = 1.12-3.80$, $p\text{-value} = 0.0201$ และ $OR_A = 0.06$, $95\% CI = 0.36-0.98$, $p\text{-value} = 0.0118$ ตามลำดับ)

เมื่อนำกลุ่มที่ติดเชื้อ 38 ราย มาศึกษาประสิทธิผลของ E-Book ในการเพิ่มความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติต่อการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าผลการให้ความรู้ด้วย E-Book ความรู้ก่อนและหลังทดลองพบว่าหลังการให้ความรู้ด้วย E-Book กลุ่มทดลองมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.0001$) ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าหลังทดลองมีทัศนคติที่ดีขึ้น 3 เรื่อง คือ ทัศนคติต่อความรุนแรงของโรค, ทัศนคติในการป้องกันควบคุมโรคและทัศนคติเรื่องอุปสรรค ($p\text{-value} = 0.0039$, 0.0001 และ 0.0011 ตามลำดับ) ส่วนทัศนคติที่ไม่ต่างกันระหว่างก่อนและหลังทดลองคือทัศนคติเรื่องความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ($p\text{-value} = 0.1433$)

วิจารณ์

ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรทำนายของกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือรายได้เฉลี่ยครอบครัวน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 5,000 บาท แสดงว่ารายได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการติดโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ อาจเนื่องมาจากอาหารเสี่ยงที่ทำจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดดิบ เช่น ปลาร้า ปลาส้มดิบ เป็นทางเลือกในการบริโภคของกลุ่มที่มีรายได้น้อย แต่อย่างไรก็ดี หากมีการนำอาหารดังกล่าวมาปรุงให้สุกด้วยความร้อนก่อนนำมาบริโภค ก็จะสามารถลดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวัฒน์ศิริ แก่นทราย ที่พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในตำบลหนองบัวศูนย์อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู ($r = -0.228$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังนั้นจึงเป็นบทบาทสำคัญของบุคลากรสาธารณสุข ในการปฏิบัติงานโดยมีกลุ่มเป้าหมายหลักคือกลุ่มที่มีรายได้น้อย ให้มีพฤติกรรมในการปรุงอาหารที่ทำจากปลาน้ำจืดมีเกล็ดดิบให้สุกก่อนนำมาบริโภค (สุวัฒน์ศิริ แก่นทราย, 2558)

ส่วนการศึกษาประสิทธิผลของ E-Book ในการเพิ่มความรู้และทัศนคติที่มีต่อโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่าตัวแปรที่ศึกษาเรื่องความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติ เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเกือบทุกตัวแปร โดยหลังการให้ความรู้ด้วย E-Book มีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการให้ความรู้ด้วย E-Book มีเพียงตัวแปรเดียวที่ไม่มีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังทดลองคือตัวแปรเรื่องทัศนคติเรื่องความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค ($p\text{-value} = 0.1433$) ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ถูกต้องสูงอยู่แล้วก่อนการทดลอง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นกลุ่มที่มีการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจังหวัดศรีสะเกษ มีนโยบายในการให้ความรู้เพื่อสร้างความรอบรู้แก่ผู้ติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับ ก่อนการให้การบำบัดรักษาด้วยยา จึงทำให้มีทัศนคติที่ถูกต้องเรื่องความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรคติดอยู่แล้ว ซึ่งเป็นเรื่องที่ดีที่บุคลากรสาธารณสุขควรปฏิบัติต่อไป

ข้อเสนอแนะ

การดำเนินงานเรื่องการสร้างความรอบรู้ในเรื่องที่เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ ควรมีการดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะทำให้การดำเนินการดังกล่าวมีผลต่อความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติต่อการป้องกันควบคุมโรค ส่งผลให้ลดการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับอย่างต่อเนื่องและควรเน้นการดำเนินงานในกลุ่มประชากรที่มีรายได้น้อย เนื่องจากจากการศึกษาพบว่า กลุ่มที่มีรายได้ของครอบครัวน้อยกว่า

5,000 บาทต่อเดือน มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซ้ำมากกว่า นอกจากนี้การนำ E-Book เรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับ สามารถนำมาใช้ในการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ เนื่องจากผลการศึกษาก่อนว่ามีประสิทธิภาพดี แต่การให้ความรู้ด้วย E-Book มีความจำเป็นต่อผู้มีอุปการะในการสื่อสาร จึงอาจต้องเริ่มต้นใช้สื่ออื่นในกลุ่มเล็กๆก่อน เช่น กลุ่มผู้ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ กลุ่ม อสม. จากนั้นจึงขยายต่อไปยังกลุ่มอื่นๆต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข(2561) **แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปี 2559-2568**.การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดทิศทางและประเด็นการวิจัยที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์กำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี; 24-26 กรกฎาคม 2561; โรงแรมพูลแมน ขอนแก่น ราชา ออคิด. ขอนแก่น. Cascap khon kean university.
- สว่างใจ พึ่งพักตร์. (2553). **โรคพยาธิใบไม้ตับ**. กรุงเทพมหานคร: บริษัท พรีเมกกรุ๊ป จำกัด.
- มหาวิทยาลัยขอนแก่น(2559) **ยุทธศาสตร์แห่งการกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี**. [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: โครงการ Cascap มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559 [สืบค้นเมื่อ 10 มิ.ย. 2562]. แหล่งข้อมูล: <https://cloud.cascap.in.th/>.
- ณัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์. (2559) **ประสิทธิภาพสำหรับการพยาบาและสาธารณสุข**. นครราชสีมา: สมบูรณ์การพิมพ์.
- Sripa B., et al(2011). **Opisthorchiasis and Opisthorchis-associated cholangiocarcinoma in Thailand and Laos**. Acta Tropica 2011; 120: S158-68.
- ณัฐวุฒิ แก้วพิบูลย์.(2553). พยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. **วารสารวิชาการ มอช** 2553, 12(1), 49-63.
- กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.(2559) **รายงานสรุปผลการดำเนินงานโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดศรีสะเกษ ประจำปีงบประมาณ 2559**. ในการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับจังหวัด (คปสจ.), 31 ตุลาคม 2559; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. ศรีสะเกษ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
- ประวี อ่ำพันธ์.(2558). ความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในโฮสต์กึ่งกลางในพื้นที่โครงการฝายห้วยนา จังหวัดศรีสะเกษปี 2557. **วารสารควบคุมโรค**; 41: 227-40.
- Hung N, Dung D, Lan Anh N, Van P, Thanh B, Van Ha N, Canh L.(2015). **Current status of fish-borne zoonotic trematode infections in Gia Vien district, Ninh Binh province, Vietnam**. Parasit Vectors 2015: 8(1): 21.
- Sithithaworn P, Pipitgool V, Srisawangwong T, Elkins DB, Haswell-Elkins MR. (1997). **Seasonal variation of Opisthorchis viverrini infection in cyprinoid fish in north-east Thailand: implications for parasite control and food safety**. Bull World Health Organization, 1997. 75(2): 125-31.
- Sri-Aroon P, Intapan PM, Lohachit C, Phongsasakulchoti P, Thanchomnang T, Lulitanond V, et al, Brey PT. (2011) **Molecular evidence of Opisthorchis viverrini in infected bithynid snails in the Lao People's Democratic Republic by specific hybridization probe-based real-time fluorescence resonance energy transfer PCR method**. Parasitol Res 108(4): 973-8.
- วสนา ผิวเหลือง และคณะ.(2556) **พฤติกรรมบริโภคปลาดิบของประชาชนตำบลจอมศรี อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี** [อินเทอร์เน็ต]. อุดรธานี: ฐานข้อมูลงานวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; [สืบค้นเมื่อ 22 ก.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: http://203.157.168.8/research/index.php?option=com_content&view=article&id=104:2013-01-15-05-55-44.
- อนุวัฒน์ เท่งพูน, จุฑามาศ สุจริต, ดุลศักดิ์ เทพพิทักษ์, และพุดธิกร ประมวล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ**; 11: 403-10.
- IARC. (1994). **Infection with liver flukes (Opisthorchis viverrini, Opisthorchis felinus and Clonorchis sinensis)**. IARC Monog Eval Carcinog Risks Hum 1994; 61: 121-75.
- ไพฑูริย์ สิทธิถาวร. (2548) **บทบาทของพยาธิใบไม้ตับต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีในสถานการณ์ปัจจุบัน**. Srinagarind Medical Journal 2548; 20: 135-42.
- วนิดา โชควานิชย์พงษ์, อำไพ สารขันธุ์, และศุภสิพร แสงกระจำจ (2552) **การสำรวจพฤติกรรมและทัศนคติการบริโภคปลาดิบและการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี**. **วารสารโรคมะเร็ง**; 29: 162-75.
- อัมมณ ยศปัญญา, สุพรรณ สายหลักคำ, บุญจันทร์ จันทร์มหา, และเกษร แก้วโนนแก้ว. (2558) **ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับ**. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่ 7 จังหวัดขอนแก่น**; 22: 89-97.

- กาญจนา ฮาสมพันธ์, จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, และจิราพร วรวงศ์.(2559). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของหัวหน้าครัวเรือน ตำบลบ้านฝาง อำเภอกษัตริย์ศึก จังหวัดร้อยเอ็ด. **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น**; 23: 9-22.
- ศุภกนก หันทยุง. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนกลุ่มเสี่ยงชุมชนบ้านเหล่าอ้อย หมู่ที่ 5 ตำบลหนองสังข์ อำเภอรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. **วารสารราชภัฏพระนคร 2558**; 10: 40-53.
- สุวัฒน์ศิริ แก่นทราย.(2558).การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชนในตำบลหนองไยศูนย์ อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู.การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “สร้างสรรค์และพัฒนาเพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน” ครั้งที่ 2 18-19 มิถุนายน 2558 ณ วิทยาลัยนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา: ภาคโปสเตอร์ ; 113-21.

รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ
Model for Prevention and Control of leptospirosis among people in a Tambon Wan District
Health Promotion Hospital, Prangku district, Sisaket Province.

มยุรี สิมมะโรง^{1,*}
Mayuree Simmarong^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ ระยะเวลาในการวิจัย ระหว่าง เดือน มกราคม -มิถุนายน 2565 รวมระยะเวลาการศึกษาทั้งสิ้น 6 เดือน กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบประกอบด้วยประชาชน นายกองค์การบริหารส่วนตำบล หัวหน้ากองสาธารณสุข สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูอนามัยโรงเรียน เจ้าอาวาส ผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส (ที่เคยป่วย)ญาติผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส ประชาชน รวมทั้ง 44 คน กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ได้แก่ประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 2กลุ่มละ 15 คน การวิจัยใช้กระบวนการจัดการคุณภาพ (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัยพบว่าผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ คือ SDK2SN Model ประกอบด้วย 1) Structure & Policy: มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน 2) Data Center: ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา 3) Knowledge-based: การสื่อสารและถ่ายทอดองค์ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเลปโตสไปโรซิสแก่ประชาชน 4) Service system: ปรับระบบบริการเพื่อรองรับสถานการณ์ 5) Self-care: การเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองให้ประชาชนและ 6) Networking: ภาวเครือข่ายในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค จากผลการวิจัยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: รูปแบบ การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกำแมด

*Corresponding author; E-mail address: muaymauryee@gmail.com

Abstract

This action research aim to study model for Development and Evaluation of leptospirosis prevention and control model for among people in a Tambon Wan District Health Promotion Hospital, Prangku district, Sisaket Province. Research period between January and June 2022. Total study 6 months. Samples in format development include: Chief Executive of the Subdistrict Administrative Organization (SAO). Director of the division public health. Member of the SAO council, Village Health Volunteer, School health teacher, Abbot, Patients with leptospirosis. Patient relatives with leptospirosis. And person. Total 44 people. Evaluation samples group of 30 person research using quality management processes (PAOR) 3 cycles. Each cycle consists of: 4 steps as follows: Planning Action Observation and Reflection. Analyze data by collecting categorize analyze content and compare points average variances. Before and after using paired t-test statistics.

The results showed that Prevention and control model of leptospirosis in people in the area responsible for Tambon Wan Health Promoting Hospital Prangku District, Sisaket Province Is SDKSN Model includes 1) Structure & Policy 2) Data Center 3) Knowledge-based 4) Service system 5) Self-care and 6) Networking. After the trial, the format developed. Average difference of knowledge of leptospirosis Prophylactic behavior of leptospirosis and participation in the prevention of leptospirosis Higher than before the trial, the leptospirosis prevention and control model differed statistically significantly at 0.05 from the findings, the developed model was able to answer the objectives and goals set.

KEYWORDS: Model , Prevention and Control ,leptospirosis

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิสเป็นโรคติดต่อที่ถูกจัดให้เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำ เนื่องจากเป็นโรคติดต่อที่เคยเกิดในอดีตและกลับมาเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน เป็นโรคของสัตว์ที่สามารถติดต่อมาสู่คน (Zoonotic Disease) ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของโรคจากเชื้อแบคทีเรียที่ติดต่อกันจากสัตว์หลายชนิด ก่ออาการหลากหลายขึ้นกับชนิดของเชื้อ (serovars) และปริมาณเชื้อที่ได้รับ การติดเชื้อมีได้ตั้งแต่ไม่ปรากฏอาการ มีอาการอย่างอ่อน อาการรุนแรง หรือถึงขั้นเสียชีวิต พบในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิด สามารถเป็นแหล่งรังโรคของเชื้อเลปโตสไปราได้โดยสามารถพบเชื้อได้ในไตและปัสสาวะ เชื้อออกมากทางปัสสาวะ ซึ่งเป็นแหล่งให้คนและสัตว์อื่นๆ ติดเชื้อต่อไป อาการที่พบบ่อยได้แก่ ไข้เฉียบพลัน ปวดศีรษะรุนแรง หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง (มักปวดที่น่อง โคนขา กล้ามเนื้อหลังและน่อง) ตาแดง อาจมีไข้ติดต่อกันหลายวันสลับกับระยะไข้ลด (biphasic) และมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ มีผื่นที่เพดานปาก (palatal exanthema) โลหิตจาง มีจุดเลือดออกตามผิวหนังและเยื่อบุตับและไตวาย ตีข่าน อาจมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ทำให้รู้สึกสับสน เพ้อ ซึม กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ อาจมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ ไอมีเสมหะ อาจมีเลือดปน (hemoptysis) และเจ็บหน้าอก อาการปอดอักเสบรูปแบบไม่แน่ชัด (Atypical pneumonia syndrome) พบได้ในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส เยื่อหุ้มสมองและเยื่อหุ้มสมองอักเสบปราศจากเชื้อ (Aseptic meningitis) อาจเกิดได้จากเชื้อเลปโตสไปราทุกชนิด แต่มักพบมากจากเชื้อ Canicola, Icterohaemorrhagiae และ Pomona (เสาวพักตร์อินจ้อย, 2557)

ประเทศไทย มีการรายงานข้อมูลเฝ้าระวังโรคโรคเลปโตสไปโรซิส ปี พ.ศ.2563 พบผู้ป่วยจำนวน 2,168 ราย จาก 68 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 3.26 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 29 ราย คิดเป็นอัตรามรณะ 0.04 ต่อแสนประชากรจังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรสูงสุด 5 อันดับแรกคือ จังหวัดระนอง 23.97 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือจังหวัดพังงา 20.13 ต่อแสนประชากร จังหวัดศรีสะเกษ 17.58 ต่อแสนประชากร จังหวัดยะลา 16.16 ต่อแสนประชากร และจังหวัดยโสธร 15.22 ต่อแสนประชากร (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค, 2564) สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิส จังหวัดศรีสะเกษ พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 751 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 51.27 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 13 ราย อัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 0.89 อัตราผู้ป่วยตายเท่ากับร้อยละ 1.73 อำเภอที่มีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนสูงสุด 5 อันดับแรก คือ

อำเภออุบลรัตน์ 155.69 ต่อแสนประชากร รองลงมาคืออำเภอปรางค์กู่ 129.09 ต่อแสนประชากร , อำเภอขุขันธ์ 126.35 ต่อแสนประชากร , อำเภอขุนหาญ 102.46 ต่อแสนประชากร และอำเภอไพรบึง 56.38 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่, 2564) สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิส อำเภอปรางค์กู่ 5 ปีย้อนหลังพบว่า พ.ศ.2558 จำนวน 27 ราย อัตราป่วย 37.27 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 2 ราย อัตราป่วยตายเท่ากับ 3.64 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2559 จำนวน 53 ราย อัตราป่วย 73.16 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 1 ราย อัตราป่วยตายเท่ากับ 1.38 ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. 2560 จำนวน 102 ราย อัตราป่วย 140.79 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 1 คน อัตราป่วยตายเท่ากับ 1.38 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่, 2564) สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสของตำบลลำโรงปราสาท อำเภอปรางค์กู่ 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2558- พ.ศ.2563) พบว่า มีผู้ป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวนทั้งสิ้น 13 ราย มีอัตราป่วย/แสนประชากร 41.93, 41.46, 412.03, 43.14, 56.05 และ 190.36 ตามลำดับ มีอัตราป่วยตายในปี พ.ศ. 2558 เท่ากับ 0.41 ต่อแสนประชากร อัตราป่วยตายในปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 0.41 และ อัตราป่วยตายในปี พ.ศ. 2563 เท่ากับ 0.20 ตามลำดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย, 2564) ซึ่งได้ดำเนินการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โดยพยายามนำมาตรการต่างๆ มาดำเนินการป้องกันโรคโดยตลอด ทั้งการให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ การถ่ายทอดความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อถ่ายทอดความรู้ การรณรงค์กำจัดหนู การดำเนินการกองทุนรองเท้าบูท เป็นต้น แต่ยังไม่สามารถป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยังมีรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส อย่างต่อเนื่องทุกปี

จากการปัญหาดังกล่าวพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย มีประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างต่อเนื่อง การทบทวนแนวทางการแก้ไขปัญหาปัญหาในพื้นที่ที่พบว่าประชาชนยังไม่เข้าใจ และมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ขาดความรู้ความเข้าใจ ปล่อยให้ปัญหามาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และยังไม่มีความรู้ หรือ รูปแบบที่ชัดเจน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ
- 2 เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ขอบเขตการวิจัย

- 1.เพื่อศึกษาบริบทและการประเมินสถานการณ์การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ
- 2.การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ
- 3.การวิจัยเพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

ระยะเวลาในการวิจัย ระหว่าง มกราคม – มิถุนายน 2565 รวมระยะเวลาการศึกษาทั้งสิ้น 6 เดือน

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาในชุมชน ใช้เวลา 2 เดือน

- 1) ศึกษาเอกสาร ข้อมูล และรวบรวมรายงานที่เกี่ยวข้อง และศึกษาปัจจัยด้านบุคคล (Host), ปัจจัยด้านตัวก่อโรคหรือภัย (Agent), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)
- 2) วิเคราะห์ปัญหาโรคเลปโตสไปโรซิสและประเมินความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติก่อนการพัฒนา
- 3) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการจัดสนทนากลุ่มและร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการ

ระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางขัน จังหวัดศรีสะเกษ ใช้เวลา 2 เดือน

- 1) จัดอบรมให้ความรู้และการปฏิบัติ สร้างแรงจูงใจ การดำเนินตามแผน การออกเยี่ยมบ้าน
- 2) การนิเทศ ติดตาม สนับสนุน การให้คำแนะนำ ประเมินผลการปฏิบัติการ
- 3) ประเมินด้าน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติหลังการพัฒนา

ระยะที่ 3 การประเมินผลสำเร็จหลังการดำเนินการวิจัย ใช้เวลา 2 เดือน

- 1) เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนา
- 2) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน การสนทนากลุ่ม การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.การวิจัยเพื่อพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางขัน จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนาระบบการสร้างแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย ตำบลสำโรงปราสาท อำเภอบางขัน จังหวัดศรีสะเกษ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key information) ในการสะท้อนสภาพปัญหา และการถอดบทเรียน โดยมีการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยทำการสุ่มเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 44 คน ดังนี้

1. นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน
2. หัวหน้ากองสาธารณสุข จำนวน 1 คน
3. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 5 คน
- 4.ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน
- 5.อสม.จำนวน 10 คน
- 6.เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน
- 7.ครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 2 คน
- 8.เจ้าอาวาส จำนวน 3 รูป
- 9.ผู้ที่เคยด้วยป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 5 คน
- 10.ญาติผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 5 คน
- 11.ประชาชน จำนวน 5 คน

2. กลุ่มตัวอย่างในการประเมินประสิทธิผลของแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางขัน จังหวัดศรีสะเกษกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและประเมินผลคือ ประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางขัน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวนกลุ่มละ 15 คน จากการคำนวณดังนี้

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรสองกลุ่มที่อิสระต่อกัน (พงษ์เดช สารการ, 2558) นำเสนอโดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$n/group = \left(\frac{2\sigma_p^2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})}{(\mu_1 + \mu_2)^2} \right)$$

โดยที่:

$n/group$ = จำนวนของตัวอย่างต่อกลุ่ม

$Z_{\alpha/2}$ = ค่าสัมประสิทธิ์ของการแจกแจงปกติ ที่ระดับนัยสำคัญ $0.05 = 1.96$

Z_{β} = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานเมื่อกำหนดอำนาจการ

ทดสอบ 80% = 0.84

σ_p^2 = ค่าความแปรปรวนร่วม ซึ่งคำนวณจากค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากการศึกษาที่ผ่านมา ของ
กัลยาณี ปัจจัยแก (2557) เรื่อง การพัฒนาการดำเนินงานป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านดงยาง
ตำบลดงยาง อำเภอนาดูน

จังหวัดมหาสารคาม

sd1 = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมในการ
ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของกลุ่มแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา เท่ากับ 0.67

sd2 = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมในการ
ป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของ กลุ่มแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา เท่ากับ 0.55

μ_1 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไป
โรซิสของ กลุ่มแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา เท่ากับ 1.83

μ_2 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไป
โรซิสของ กลุ่มแกนนำชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนา เท่ากับ 2.47

n/group = 15

n = 30

จากการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างข้างต้นได้ กลุ่มละ 15 คน รวมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยระยะนี้ทั้งหมด 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย

1. แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของ
ประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในระยะตรวจสอบความรู้ทักษะการพัฒนารูปแบบการป้องกันและ
ควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรี
สะเกษ มีประเด็นหลักดังนี้ 1) แนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส 2) ประสิทธิภาพการ
ป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส 4) แนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน
ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส
2) ประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส การประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาควิชา
ในการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

2. แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง

1)แนวทางการสังเกต ติดตามและบันทึกการเปลี่ยนแปลง ใช้ในการประเมินตลอดช่วงของการดำเนิน
กิจกรรมทุกระยะ สังเกตสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของ
การวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตการแสดงความคิดเห็น ความสนใจ
ขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น
และการสังเกตผลลัพธ์การดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล
ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ช่วยให้มีข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมทุกประเด็น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการที่หลากหลายดังนี้

1 การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างใกล้ชิดและได้มีการกำหนดไว้ว่ามีระเบียบวิธีเพื่อ
วิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรง
ตามสภาพความเป็นจริงซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต ดังนี้

1.1 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมพฤติกรรม
การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ของผู้ร่วมกระบวนการ

1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรม พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเครือข่ายในฐานะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนที่ผู้ศึกษาเลือกมาเนื่องจากบุคคลนั้นมีคุณสมบัติที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่ผู้ศึกษาต้องการหรือมีประสบการณ์ต่างจากคนอื่น ๆ ซึ่งมีขั้นตอน ตั้งแต่การแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบข้อมูลพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส และบริบทอื่น

1.4 การสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) เป็นการสนทนาข้อมูลจากกลุ่มที่ทุกคนมีส่วนร่วมแสดง แสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการ วางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งให้มีผู้ร่วมสนทนาประมาณ 6-12 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส จากสังคมและเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ องค์ประกอบของการสนทนาที่ถูกต้อง คือ ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จัดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนทนา การส่งเสริมบรรยากาศ ของสนทนาคุณแก่ผู้เข้าร่วม สถานที่ ระยะเวลาและประเด็นการสนทนากลุ่ม

1.5 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับผู้ป่วยเลปโตสไปโรซิสและญาติ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ข้อมูลการสร้างเครือข่าย เพื่อสนับสนุนงานควบคุมป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม (facilitator) เพื่อให้เกิดการสร้างรูปแบบป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้จำแนกการวิเคราะห์ข้อมูลด้านกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย ข้อมูลด้านบริบทชุมชน กระบวนการพัฒนา และผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านบริบทชุมชน ได้แก่ ข้อมูลการสำรวจพื้นฐาน ข้อมูลประชาชน อัตราป่วย และกลุ่มตัวอย่าง ประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ

1.โดยตรวจสอบความถูกต้องด้วยนักวิจัย ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาประมวลข้อค้นพบจนได้ความคิดเห็นสรุปตรงกัน แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา

2. หาความเชื่อมั่น (Reliability) และปรับปรุงข้อคำถามแบบสอบถามที่ผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญและ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ไปทดสอบ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.77 2) พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.71 3) การมีส่วนร่วมของประชาชนต่อป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.72

3.ข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากรกลุ่มเป้าหมาย วิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านการดำเนินงานรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ ในการการวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย ตำบลลำโรงปราสาท อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ส่วนที่ 5 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมของประชาชนต่อป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำ ตาบลสำโรงปราสาท อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการทดลองใช้รูปแบบโดยใช้สถิติทดสอบ paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2022-042 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตน และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้พัฒนารูปแบบ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้พัฒนารูปแบบ เป็นเพศชาย ร้อยละ 43.1 เพศหญิงร้อยละ 56.8 สถานภาพส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่ ร้อยละ 93.1 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 63.4 อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 61.3 ท่านเคยได้รับทราบข้อมูล และความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส หรือไม่ ส่วนใหญ่ เคยได้รับทราบข้อมูล และความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส ร้อยละ 90.0

2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินรูปแบบ

กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 อายุส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง อายุ 35-50 ปี ร้อยละ 40.0 สถานภาพส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่ ร้อยละ 73.3 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ ไม่ได้เรียน ร้อยละ 73.3 อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 86.7 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาท่าน หรือคนในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสหรือไม่ ส่วนใหญ่ไม่เคยป่วย ร้อยละ 80.0 และ ท่านเคยได้รับทราบข้อมูล และความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส หรือไม่ ส่วนใหญ่ เคยได้รับทราบข้อมูล และความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส ร้อยละ 100.0

กลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 อายุส่วนใหญ่อยู่ในระหว่าง อายุ 35-50 ปี ร้อยละ 60.0 สถานภาพส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่ ร้อยละ 93.3 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ ไม่ได้เรียน ร้อยละ 60.0 อาชีพ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 80.0 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมาท่าน หรือคนในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสหรือไม่ ส่วนใหญ่ไม่เคยป่วย ร้อยละ 60.0 และ ท่านเคยได้รับทราบข้อมูล และความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส หรือไม่ ส่วนใหญ่ เคยได้รับทราบข้อมูล และความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส ร้อยละ 80.0

2. รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำ อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ จากการสัมภาษณ์ ประชาชน ผู้นำชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดประชุมเพื่อพัฒนารูปแบบจำนวน 4 รอบ เพื่อให้เกิดการสร้างและพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส คือ SDK2SN Model ประกอบด้วย

1) Structure & Policy: มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในระดับตำบล, ระดับอำเภอ, ระดับจังหวัด อย่างชัดเจน

2) Data Center: ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา มีการรายงานสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิส การค้นหาข้อมูลข่าวสารโรคเลปโตสไปโรซิส มีการแจ้งปัญหาอุปสรรค มีการสื่อสารความเสี่ยงโดยมีการค้นหาข้อมูลสู่ชุมชน มีการจัดการความเสี่ยงในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ให้แก่ชุมชนทราบ

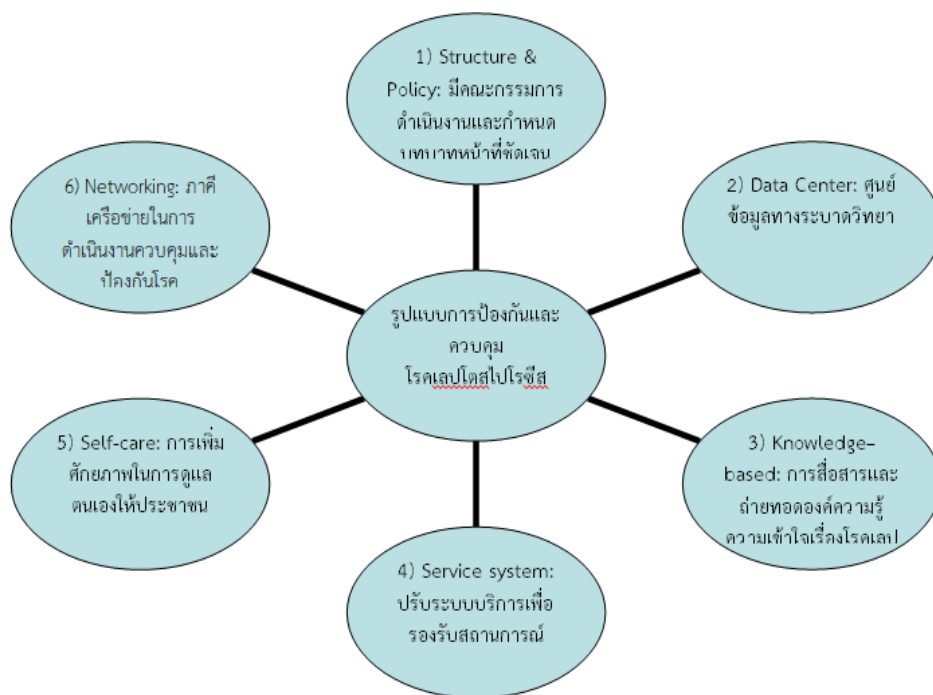
3) Knowledge-based: การสื่อสารและถ่ายทอดองค์ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเลปโตสไปโรซิสแก่ประชาชน มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน ในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส มีการให้ความรู้ทางทฤษฎีโดย อสม. มีการให้ความรู้ผ่านเด็กนักเรียนเพื่อบอกต่อผู้ปกครอง เพื่อให้ประชาชนทุกคนรู้และเข้าใจและนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล

4) Service system: ปรับระบบบริการเพื่อรองรับสถานการณ์ และมีการติดตามผลการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส เพื่อให้เกิดการดำเนิน กระตุ้นเตือนในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ตามมาตรการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

5) Self-care: การเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองให้ประชาชน ทุกคนในชุมชน การร่วมมือ การร่วมแรงร่วมใจ การช่วยเหลือกันในการทำงาน ส่งเสริม สนับสนุน ในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส คือมีการรณรงค์ทำความสะอาดหมู่บ้าน มีการปักป้ายเตือนแหล่งน้ำเสี่ยงโรคเลปโตสไปโรซิสของชุมชนร่วมกัน มีการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงเมื่อมีการลุยน้ำ ย่ำโคลนของคนในชุมชน โดย อสม. เช่น เวลาลงหนองจับปลา ขุดลอกคลอง ลำห้วย หรือมีการลงไปแหล่งน้ำเสี่ยงโรคเลปโตสไปโรซิส ต้องมีการเฝ้าระวังเตือนภัย บันทึกข้อมูลประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวไว้ เพื่อส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ควบคุมโรค

6) Networking: ภาควิชาเครือข่ายในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค การเสริมพลังและสร้างความร่วมมือของภาควิชาเครือข่ายและคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพและความรุนแรงของปัญหาในชุมชน และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เพื่อให้ชุมชนตระหนักและทราบความรุนแรงของปัญหา และนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาาร่วมกันในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส

ภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางขัน จังหวัดศรีสะเกษ SDK2SN Model ประกอบด้วย



จากภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางขัน จังหวัดศรีสะเกษ SDK2SN Model ประกอบด้วย 1) Structure & Policy: มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน 2) Data Center: ศูนย์ข้อมูลทางระบาดวิทยา 3) Knowledge-based: การสื่อสารและถ่ายทอดองค์ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเลปโตสไปโรซิสแก่ประชาชน 4) Service system: ปรับระบบบริการเพื่อรองรับสถานการณ์ 5) Self-care: การเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองให้ประชาชนและ 6) Networking: ภาควิชาเครือข่ายในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค

3.ผลการทดลองใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางขัน จังหวัดศรีสะเกษ

3.14.1 การเปรียบเทียบเปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับความรู้	กลุ่มทดลอง (N= 15)		กลุ่มเปรียบเทียบ (N= 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)	15	100.0	3	20.0
ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 61 – 79)	0	0.0	6	40.0
ปรับปรุง (คะแนนร้อยละ 0 – 60)	0	0.0	6	40.0
$\bar{X}$, S.D	14.46, 0.16		11.66, 1.75	
Min, Max	13, 15		9, 15	

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 100.0

กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในระดับที่ควรปรับปรุงและมีระดับความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 และมีระดับความรู้ในระดับดีมากเพียงร้อยละ 20.0

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส

ข้อความ	กลุ่มทดลอง (N=15)		กลุ่มเปรียบเทียบ (N=15)		Mean Difference	C.I 95%		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D		Lower	Upper		
คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส	14.46	0.63	11.66	1.75	4.46	1.80 1.78	3.79 3.8	5.7	.003*

จากตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนของความรู้เฉลี่ย 14.4 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ 0.6 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนของความรู้เฉลี่ย 11.6 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ 1.7 คะแนน ซึ่งมีค่าความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบถึง 4.4 คะแนน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.003 คะแนน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย จำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิส	กลุ่มทดลอง (N= 15)		กลุ่มเปรียบเทียบ (N= 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00)	15	100.00	12	80.00
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33)	0	0.00	1	6.66
ปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66)	0	0.00	2	13.33
$\bar{x}$, S.D	2.93, 0.66		2.53, 0.19	
Min, Max	2.80, 3.00		1.4, 2.9	

จากตารางที่ 9 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย จำแนกตามระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 100.0 กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 80.0 รองลงมาคือระดับที่ควรปรับปรุง ร้อยละ 13.3 และระดับปานกลาง 6.66

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิส	กลุ่มทดลอง (N= 15)		กลุ่มเปรียบเทียบ (N= 15)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ดีมาก (คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.00)	15	100.00	4	50.0
ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 1.67 - 2.33)	0	0.00	4	50.0
ปรับปรุง (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66)	0	0.00	0	0
$\bar{x}$, S.D	2.94, 0.16		2.26, 0.13	
Min, Max	2.88, 3.00		2.26, 2.53	

จากตารางที่ 4 เปรียบเทียบจำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย จำแนกตามระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 100.0 กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 50.0 และมีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0

สรุปและอภิปรายผล

1.การพัฒนาแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางขัน จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

(1) การให้ความรู้: Knowledge หมายถึง การจัดอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน ในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส มีการให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวโดย อสม. มีการให้ความรู้ผ่านเด็กนักเรียนเพื่อบอกต่อผู้ปกครอง เพื่อให้ประชาชนทุกคนรู้และ

เข้าใจ และนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผล สอดคล้องกับ จัดอบรมให้ความรู้ตามแนวทางที่กำหนดร่วมกันให้กับแกนนำชุมชน (กัลยาณี ปัจจยเก, 2557) มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องได้แก่ ประชาชน อสม. ผู้จัดการรายการวิทยุชุมชน อีกทั้งให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวโดย อสม. และให้ความรู้ผ่านเด็กนักเรียนเพื่อบอกต่อผู้ปกครอง (ธีรวิธ คำโสภา, 2558) การรับรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้การป้องกันตนเองของโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับสูง (วรรณวิษา แจ้งชาติ, 2559) (วรารัตน์ สังวาลี, 2558) (Jutharat Jittimane & Jaruwat Wongbutdee, 2019) (จารุวรรณ วงบุตดี, 2558) แตกต่างจากการศึกษาของ แตกต่างจากการศึกษาของ (วนิดา นาคศิลา, 2557) อ้างถึงใน ธวัชชัย เต็มใจ, 2564) ที่การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ความรุนแรงของโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับปานกลาง จัดอบรมให้ความรู้ตามแนวทางที่กำหนดร่วมกันให้กับแกนนำชุมชน (กัลยาณี ปัจจยเก, 2557) มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องได้แก่ ประชาชน อสม. ผู้จัดการรายการวิทยุชุมชน อีกทั้งให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวโดย อสม. และให้ความรู้ผ่านเด็กนักเรียนเพื่อบอกต่อผู้ปกครอง (ธีรวิธ คำโสภา, 2558) จัดอบรมให้ความรู้ตามแนวทางที่กำหนดร่วมกันให้กับแกนนำชุมชน (กัลยาณี ปัจจยเก, 2557) มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องได้แก่ ประชาชน อสม. ผู้จัดการรายการวิทยุชุมชน อีกทั้งให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวโดย อสม. และให้ความรู้ผ่านเด็กนักเรียนเพื่อบอกต่อผู้ปกครอง (ธีรวิธ คำโสภา, 2558)

(2) เสริมพลังและสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย : Empowerment หมายถึง การเสริมพลังและสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพและความรุนแรงของปัญหาในชุมชน และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาหารือกัน เพื่อให้ชุมชนตระหนักและทราบความรุนแรงของปัญหา และนำมาวางแผนแก้ไขปัญหา ร่วมกันในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส สอดคล้องกับการจัดกิจกรรมสื่อสารสื่อความหมายให้กับประชาชน (ธีรวิธ คำโสภา, 2558) และมีการคืนข้อมูลและหาแนวทางการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส (กัลยาณี ปัจจยเก, 2557) เสริมพลังและสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายมีการประเมินความเสี่ยง โดยภาคีเครือข่ายและคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพและความรุนแรงของปัญหาในชุมชน และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา มีการสื่อสารความเสี่ยงโดยมีการคืนข้อมูลสู่ชุมชน มีการจัดการความเสี่ยง และมีการติดตามผลการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการดำเนินตามมาตรการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน (มยุรี สิมมะโรง, 2562)

(3) การร่วมกันทำงาน : Collaboration หมายถึง ทุกคนในชุมชน การร่วมมือ การร่วมแรงร่วมใจ การช่วยเหลือกันในการทำงาน ส่งเสริม สนับสนุน ในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส คือ มีการรณรงค์ ทำความสะอาดหมู่บ้าน มีการปักป้ายเตือนแหล่งน้ำเสี่ยงโรคเลปโตสไปโรซิสของชุมชนร่วมกัน มีการเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงเมื่อมีการลุยน้ำ ย่ำโคลนของคนในชุมชน โดย อสม. เช่น เวลาลงหนองจับปลา ขุดลอกคลอง ลำห้วย หรือมีการลงไปแหล่งน้ำเสี่ยงโรคเลปโตสไปโรซิส ต้องมีการเฝ้าระวังเตือนภัย บันทึกข้อมูลประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวไว้ เพื่อส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่ควบคุมโรค สอดคล้องกับรณรงค์ปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม ทำความสะอาดหมู่บ้าน และคอกสัตว์เลี้ยง (กัลยาณี ปัจจยเก, 2557) (ธีรวิธ คำโสภา, 2558)

(4) การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร : Perception Information หมายถึง การรายงานสถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิส การคืนข้อมูลข่าวสารโรคเลปโตสไปโรซิส มีการแจ้งปัญหาอุปสรรค มีการสื่อสารความเสี่ยงโดยมีการคืนข้อมูลสู่ชุมชน มีการจัดการความเสี่ยงในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ให้แก่ชุมชนทราบ สอดคล้องกับ การจัดระบบเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส (ธีรวิธ คำโสภา, 2558) มีการเฝ้าระวังเชิงรับ (Passive Surveillance) การเฝ้าระวังเชิงรุก (Active Surveillance) การเฝ้าระวังพิเศษ (Special Surveillance) การเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ (Sentinel Surveillance) (กนกทิพย์ ทิพย์รัตน์, 2542) (เยาวลักษณ์ เงินวิวัฒนกุล, 2545) (ธนรัช ผลิตพน, 2546) (ไพบุลย โลหสุนทร, 2544)

(5) การติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง : Evaluation หมายถึง มีการติดตามผลการดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส เพื่อให้เกิดการดำเนิน กระตุ้นเตือนในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ตามมาตรการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน สอดคล้องกับ นิเทศติดตามผลการปฏิบัติงาน (กัลยาณี ปัจจยเก, 2557) และการจัดทำมาตรการและการประเมินผลมาตรการป้องกัน (เกศรา แสนศิริทวีสุข, 2555)

2.การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วย อำเภอบางบาล จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า

(1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในระดับดีมาก ร้อยละ 100.0 กลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีระดับความรู้ในระดับที่ควรปรับปรุงและมีระดับความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.0 และมีระดับความรู้ในระดับดีมากเพียงร้อยละ 20.0 ผลการวิเคราะห์คะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่า กลุ่มทดลอง

มีคะแนนของความรู้เฉลี่ย 14.4 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ 0.6 คะแนน กลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนของความรู้เฉลี่ย 11.6 คะแนน ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนความรู้ 1.7 คะแนน ซึ่งมีค่าความแตกต่างของคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบถึง 4.4 คะแนน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.003 คะแนน สอดคล้องกับ ระดับความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส การรับรู้การป้องกันตนเองของโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับสูง (วรรณวิษา แจ่มชาติ, 2559) (วรารัตน์ สังวะลี, 2558) (Jutharat Jittimanee & Jaruwat Wongbutdee, 2019) (จรรุวรรณ วรบุตดี, 2558)

(2) พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 100.0 กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 80.0 รองลงมาคือระดับที่ควรปรับปรุง ร้อยละ 13.3 และระดับปานกลาง 6.66 สอดคล้องกับ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับปานกลาง (วัฒนาพร รักวิชา, 2557 อ้างถึงใน ธวัชชัย เต็มใจ, 2564)

(3) การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 100.0 กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 50.0 และมีระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 สอดคล้องกับ กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (กัลยาณี ปัจจัยเก, 2557)

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำตาบสำโรงปราสาท อำเภอปรังค์กู จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 1) การให้ความรู้ 2) เสริมพลังและสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่าย 3) การร่วมกันทำงาน 4) การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร 5) การติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง โดยรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสที่ได้ จะเป็นกลไกกำกับความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่างๆ ให้สามารถดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสให้บรรลุเป้าหมายได้ และเจ้าหน้าที่ควบคุมโรคหน่วยงานสาธารณสุข ต้องมีบทบาทสำคัญในการเป็นพี่เลี้ยงในการดำเนินงาน สนับสนุนข้อมูล องค์ความรู้ สถานการณ์โรค และเป็นที่ปรึกษาอย่างต่อเนื่อง จึงจะทำให้การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสเข้มแข็งและยั่งยืนต่อไป

ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย

- 1.สามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวไปใช้วางแผนแก้ไข ปรับปรุงหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำตาบสำโรงปราสาท อำเภอปรังค์กู จังหวัดศรีสะเกษให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- 2.สามารถนำผลการศึกษาไปทบทวนรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยน้ำตาบสำโรงปราสาท อำเภอปรังค์กู จังหวัดศรีสะเกษ หรือในชุมชนอื่นๆที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

เอกสารอ้างอิง

- กัลยาณี ปัจจัยเก.(2557). การพัฒนาการดำเนินงานป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน บ้านดงยาง ตำบลดงยาง อำเภอนาดูน จังหวัดมหาสารคาม.ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธาณสุขศาสตร์, 2557: 1-4
- วรารัตน์ สังวะลี.(2558).ความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “สร้างสรรค์และพัฒนา เพื่อก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน” ครั้งที่ 2 18-19 มิถุนายน 2558 ณ วิทยาลัยนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา : ภาคโปสเตอร์.

- มยุรี สิมะโรง.(2562). การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ โดยความร่วมมือของชุมชน อำเภอ
ปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสุขภาพภาคประชาชน. ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนพฤษภาคม – เดือนมิถุนายน
2562 ISSN : 1905 – 2782.
- วัฒนาพร รักวิชา.(2557). พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส(โรคฉี่หนู) ของประชาชน อำเภอศรีบุญเรือง
จังหวัดหนองบัวลำภู. ปรินญาวิทยาสาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสุขภาพชุมชน คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557: 1801-1806
- วนิดา นาคศิลา.(2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ของชาวนาในจังหวัด ชัยนาท.
The journal of faculty of Nursing Burapha University. Vol 22 No.1,January-March 2557: 61-72
- ธีรวิธ คำโสภา.(2558). รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดศรีสะเกษ.
วารสาร ว.มร. (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 : มกราคม – เมษายน 2558: 125-136)
- อำนวยชัย ดวงตะวัน.(2558). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนอำเภอ
ปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ. ปรินญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยรามคำแหง, 2558 : 7-14
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2555). รายงานการพยากรณ์โรคเลปโตสไปโรซิส Leptospirosis: A Forecast
Report for 2012 (B.E. 2555). 2555 : ออนไลน์ file:///C:/Users/Muay/Downloads/report_2012_11_no14.pdf
สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2561
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัย.(2561). สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิส. 2561: ออนไลน์
<http://www.khukhanph.com/2018/01/10-2561.html> สืบค้นเมื่อ 10 กันยายน 2561
- เกศรา แสนศิริทวีสุข.(2565).การพัฒนากระบวนวิธีเพื่อป้องกันการจมน้ำโดยความร่วมมือของภาคประชาชน จังหวัด
อุบลราชธานี . วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เกศรา แสนศิริ ทวีสุข ฌพพร สีหะวงษ์ และ สุขสันต์ กองสะดี. (2559).การพัฒนาแบบการสร้างความปลอดภัยจาก
การบาดเจ็บจมน้ำและจมน้ำโดยความร่วมมือของชุมชน ตำบลคอนกามอำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ.
วารสารวิชาการสาธารณสุข. (2559) 25,5 : 812-822
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่.(2561). รายงานการเฝ้าระวังโรค พ.ศ. 2564.[เอกสารอัดสำเนา]. ศรีสะเกษ: สำนักงาน
สาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ตำบลทุ่งไชย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

Factors Related to the behavior Of Dengue Fever Prevention & Control Behavior Operations of the village
Health volunteers, Thung Chai Subdistrict, Uthumphon Phisai, District, Sisaket Province.

บรรพต จิตโชติ^{1*}, เอกภพ คำวัน^{2**}

Banphote JitChote^{1*}, Akapoop khomwan^{2**}

บทคัดย่อ

การวิจัยภาคตัดขวาง (A Cross-sectional analytics study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทุ่งไชย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 105 คน เก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม - 30 มิถุนายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ด้วยสัมประสิทธิ์สหพันธ์ของเพียร์สัน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.1 อายุส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 40 - 50 ปี ร้อยละ 39 มีระดับการศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 70.5 มีอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกร ร้อยละ 89.5 ไม่มีตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน ร้อยละ 75.2 และมีระยะเวลาเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 10 -15 ปี ร้อยละ 31.5 1) ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง และข้อที่มีความรู้ต่ำสุดคือเข้าใจว่าการพ่นสารเคมีเพื่อกำจัดยุงลาย เป็นวิธีที่ได้ผล และคุ้มค่าที่สุด เมื่อเปรียบเทียบระหว่างลักษณะทางประชากรกับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก อยู่ในระดับสูง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บางคนยังขาดการรับรู้ว่าเป็นบุคคลที่สามารถควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ เมื่อเปรียบเทียบลักษณะประชากรด้านอายุกับการรับรู้มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 3) พฤติกรรมการปฏิบัติป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง และมีข้อที่ได้คะแนนการปฏิบัติที่ต่ำสุด คือ การให้ความรู้เรื่องไข้เลือดออกในชุมชน และเมื่อเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรด้านเพศกับพฤติกรรมการดำเนินการควบคุมและป้องกันโรคมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 4) ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะกลุ่มประชากร ความรู้ การรับรู้กับพฤติกรรมการปฏิบัติในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก พบว่าการรับรู้ความรุนแรงความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้ ควรส่งเสริมพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในบางข้อเพื่อให้สามารถในการควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ไข้เลือดออก

1*ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งไชย

*Corresponding author: Email:lek_102513@hotmail.com

2*เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญการ

*thejuben3@gmail.com

Abstract

A Cross-sectional analytics study aimed to study factors related to dengue prevention and control behavior of public health volunteers in Thung Chai Sub-district, Uthumphon Phisai District. Sisaket Province The sample consisted of 105 people during 1 May – 30 June 2021. Data were analyzed by descriptive statistics such as percentage, mean and standard deviation. Analyzing the relationship of personal factors, knowledge, perceptions about dengue hemorrhagic fever and behavior of dengue fever prevention control operations with the federation coefficient of Pearson set statistical significance at 0.05.

The results showed that most of the samples were female, 77.1%, most of the age was between 40-50 years old, 39 percent had a secondary education level, 70.5 percent had a career mostly agriculture, 89.5% had no other position. In the village, 75.2% and the duration of being a village health volunteer for 10-15 years 31.5% 1) The level of knowledge about dengue fever was moderate. And the least knowledgeable point is to understand that spraying chemicals to get rid of Aedes mosquitoes an effective method and the best value There was no difference between demographic characteristics and knowledge of dengue fever. 2) Perceived severity of dengue fever high level Village Health Volunteer Some people still lack the perception that they are able to control dengue fever. When comparing age demographics with perception, there was a significant difference at the 0.05 level. 3) Dengue prevention and control behaviors were at a high level. And the item that received the lowest score for the practice was dengue knowledge in the community. When comparing the sex demographic characteristics and the behaviors of disease control and prevention, there was a significant difference at the 0.01 level. 4) The relationship between population characteristics, knowledge, perception and practice behavior in dengue prevention control. It was found that the perceived risk severity of dengue fever was significantly correlated with dengue prevention action control behavior at the 0.05 level. Suggestions from this research The capacity of village health volunteers should be promoted in the knowledge, perception and behavior of certain dengue fever control operations in order to be able to control the disease more effectively.

Keyword : Factors related to the behavior, Village health volunteers, dengue hemorrhagic

บทนำ

ไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่มีความสำคัญ เพราะตลอด 30 ปีที่ผ่านมา มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นทุกปี การพยากรณ์โรคไข้เลือดออกใน ปี 2563 (กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง: 2563) ใช้วิธีการทางสถิติแบบอนุกรมเวลา ด้วย ARIMA model โดยใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยย้อนหลัง 10 ปี (ปี พ.ศ. 2553-2562) ผลการวิเคราะห์คาดว่าในปี 2563 จะมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก ประมาณ 140,000 ราย ซึ่งใกล้เคียงกับการระบาดใหญ่ในปี 2558 จึงอาจจะเป็นอีกปีที่มีการระบาดต่อเนื่อง และมีผู้ป่วยอาการรุนแรงและเสียชีวิตสูงเหมือนกับปี 2562 สำหรับกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยโรคไข้เลือดออกยังคงอยู่กลุ่มเด็กวัยเรียน (5-14 ปี) แต่กลุ่มเสี่ยงต่อการเสียชีวิตเป็นวัยผู้ใหญ่ (อายุ 35 ปีขึ้นไป) โดยเฉพาะในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เรื้อรัง สำหรับการวิเคราะห์พื้นที่เสี่ยงโรคไข้เลือดออกระดับอำเภอ โดยพิจารณาจากปัจจัยการเป็นพื้นที่ป่วย ช้ำซาก และการเกิดโรคในปี 2562 คาดว่ามีจำนวนพื้นที่เสี่ยงสูงต่อการระบาดโรคไข้เลือดออก จำนวน 224 อำเภอ ใน 60 จังหวัด โดยพบว่าอำเภอเสี่ยงสูงส่วนใหญ่เป็นอำเภอเมือง และอำเภอที่เป็นเมืองใหญ่ที่มีความเจริญด้านต่างๆ ซึ่งเป็นที่ตั้งของสถานที่สำคัญต่างๆ เช่น สถานศึกษา ศูนย์ราชการ สถานที่ท่องเที่ยว นิคม อุตสาหกรรม และมีอัตราป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกๆ ปี มักพบผู้ป่วยในช่วงกลางปีหรือในฤดูฝน และลดลงในช่วงปลายปี กระทรวงสาธารณสุขจึงเร่งรัดให้มีมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหามีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

สถานการณ์ของโรคไข้เลือดออก จากข้อมูลสถานะสุขภาพโรคที่ต้องเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาย้อนหลัง 5 ปี ระบบรายงาน 506 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งไผ่ อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า โรคไข้เลือดออก เป็นโรคลำดับที่ 1 ที่ต้องเฝ้าระวังมากที่สุด จำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งไผ่ตั้งแต่ปี 2558 –

2562 ปี 2558 พบผู้ป่วยจำนวน 3,21,3,29 ราย ตามลำดับ และคิดเป็นอัตราป่วย 100,66.66,33.33,66.66,960.33 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ซึ่งเกินจากเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ที่ไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ,2562) และยังมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน ถึงแม้จะไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออกก็ตาม แต่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชน จึงนับว่าเป็นความท้าทายและเป็นประเด็นสำคัญที่ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งไชย ในการจัดการปัญหาเพื่อลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกต่อไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งไชย ให้ความสำคัญกับบุคลากรที่เป็นเครือข่ายในการพัฒนางานสาธารณสุข ทรัพยากรที่สำคัญด้านสุขภาพในระดับชุมชน คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้รับเชื่อถือเป็นผู้ทิศตนทำงานด้วยจิตอาสาเพื่อชุมชน จำเป็นจะต้องมีองค์ความรู้และเทคนิคในการป้องกัน ควบคุมโรค มีการรับรู้เกี่ยวกับการเกิดโรค วงจรชีวิตของยุงลาย ตลอดจนมีพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคอันจะเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ประชาชนในชุมชน แต่ในความเป็นจริงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่ได้ทำงานเฉพาะการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างเดียว และยังขาดเทคนิคความรู้ การรับรู้ในการป้องกันโรค จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกยังไม่ได้ผลเท่าที่ควร ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งไชย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเขตตำบลทุ่งไชย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล,ความรู้,การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และพฤติกรรมการทำงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลทุ่งไชย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการดำเนินงานวิจัย

เป็นการวิจัยแบบ Cross-sectional analytics study) เพื่อศึกษาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการทำงาน ควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลทุ่งไชย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 9 หมู่บ้าน ในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 30 มิถุนายน 2564 โดยได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างแล้ว เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากแนวคิด ทฤษฎี และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องครอบคลุมเนื้อหาและวัตถุประสงค์และกรอบแนวคิดของการวิจัย แบบสอบถามเป็นแบบปลายปิดและปลายเปิด ศึกษาจากตัวแปร 2 กลุ่ม ตัวแปรต้นและตัวแปรตาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าประสิทธิสหพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Moment Correlation Coefficient) กำหนดระดับความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.10 มีอายุระหว่าง 40 – 50 ปี ร้อยละ 39.0 รองลงมาอยู่ระหว่าง 50-60 ปี ร้อยละ 34.3 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 70.5 ประชาชีพเกษตรกรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.5 ไม่มีตำแหน่งอื่นๆ และดำรงตำแหน่ง อสม.มา 1- 10,10 – 15 ปี ร้อยละ 31.4 รองลงมา ร้อยละ 21.0 ดำรงตำแหน่ง 15-20 ปี

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะของประชากร	จำนวน(n=105)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	24	22.9
หญิง	81	77.1
อายุ(ปี)		
30 – 40 ปี	10	9.5

40 – 50 ปี	41	39.0
50 – 60 ปี	36	34.3
60 ปีขึ้นไป	18	17.1

ลักษณะของประชากร	จำนวน(n=105)	ร้อยละ
การศึกษา		
ประถมศึกษา	25	23.8
มัธยมศึกษา	74	70.5
อนุปริญญา	4	3.8
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	1.9
อาชีพ		
รับจ้าง	2	1.9
เกษตรกร	94	89.5
ค้าขาย	4	3.8
งานบ้าน/อื่นๆ	5	4.8
การดำรงตำแหน่งอื่นๆ		
สมาชิกใน อบต.	5	4.8
ฝ่ายปกครอง	11	10.5
อื่นๆ	10	9.5
ไม่มี	79	75.2
ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง อสม.		
น้อยกว่า 10 ปี	33	31.4
10 – 15 ปี	33	31.4
15 – 20 ปี	22	21.0
20 ปีขึ้นไป	17	16.2

2.ระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรู้เกี่ยวกับไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามรายชื่อ

ข้อคำถาม	ตอบ ถูก	ร้อยละ	ตอบผิด	ร้อยละ	คะแนน เฉลี่ย	S.D.
1.ไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อเป็นแล้วมีโอกาสเป็นอีก	83	79	22	21	.79	.409
2.อาการของโรคไข้เลือดออก คือ มีไข้สูง ปวดศีรษะ ปากแดง หน้าแดง	98	93.3	7	6.7	.93	.251
3.ุงลายเป็นพาหะนำโรคไข้เลือดออก มักออกหากินเวลากลางคืน	65	61.9	40	38.1	.62	.488
4.การใช้เกลือ น้ำส้มสายชู หรือผงซักฟอก ใส่ลงในน้ำหล่อจานรองตู้ไม่สามารถป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลายได้	55	52.4	50	47.6	.52	.502
5.การกำจัดลูกน้ำยุงลายควรทำทุกๆ 7 วัน	103	98.1	2	1.9	.98	.137
6.การใช้ทรายกำจัดลูกน้ำในภาชนะมีน้ำขังเป็นการป้องกันลูกน้ำยุงลายได้	97	92.4	8	7.6	.92	.267
7.ุงลายที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เป็นยุงตัวผู้	49	46.7	56	53.3	.47	.501

8.การพ่นสารเคมีเพื่อกำจัดยุงลาย เป็นวิธีที่ได้ผลและคุ้มค่าที่สุด	35	33.3	70	66.7	.33	.474
9.ยุงลายมี 2 ชนิด คือยุงลายบ้านและยุงลายสวน	93	88.6	12	11.4	.89	.409
10.เชื้อที่ทำให้ป่วยเป็นไข้เลือดออก คือ เชื้อไวรัสเด็งกี	74	70.5	31	29.5	.70	.458

คะแนนเฉลี่ย 7.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.523 คะแนนต่ำสุด 3 คะแนนสูงสุด 10

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเฉลี่ย 7.18 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.523 คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน และสูงสุด 10 คะแนน ข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ข้อ 8.การพ่นสารเคมีเพื่อกำจัดยุงลาย เป็นวิธีที่ได้ผลและคุ้มค่าที่สุด ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือข้อรองลงมาคือข้อ 7.ยุงลายที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เป็นยุงตัวผู้ ร้อยละ 46.7

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของระดับความรู้ เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามการจัดระดับ

ระดับความรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ คะแนนร้อยละ 59 ลงมา	15	14.28
ปานกลาง คะแนนระหว่าง 60.0 – 79.0	52	49.52
สูง คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป	38	36.19

จากตารางที่ 3 พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ระดับปานกลาง ร้อยละ 49.52 รองลงมาคือมีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 36.19 ความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 14.28

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามคุณลักษณะด้านประชากร

คุณลักษณะด้านประชากร	คะแนนเฉลี่ย	ค่าสถิติ	P-Value
เพศ			
ชาย	7.0	3.162	.78
หญิง	7.1		
อายุ			
30 – 40 ปี	7.8	1.672	.178
40 – 50 ปี	7.4		
50 – 60 ปี	6.8		
60 ปีขึ้นไป	6.7		
ระดับประถมศึกษา			
ประถมศึกษา	6.9	1.474	.226
มัธยมศึกษา	7.2		
อนุปริญญา	6.0		
ปริญญาตรีขึ้นไป	8.5		
อาชีพ			
รับจ้าง	8.0	.312	.817
เกษตรกร	7.1		
ค้าขาย	7.5		
งานบ้าน/อื่นๆ	7.4		
การดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน			
สมาชิกใน อบต.	7.6	.756	.521
ฝ่ายปกครอง	7.7		
อื่นๆ	6.9		
ไม่มี	7.0		

คุณลักษณะด้านประชากร	คะแนนเฉลี่ย	ค่าสถิติ	P-Value
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครฯ			
น้อยกว่า 10 ปี	7.3	1.633	.186
10 – 15 ปี	6.7		
15 – 20 ปี	7.6		
20 ปีขึ้นไป	7.0		

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามปัจจัย คุณลักษณะด้านประชากรพบว่า คุณลักษณะด้านประชากรที่ต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ตารางที่ 5 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการรับรู้ความรุนแรงต่อการเกิดโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามรายชื่อ

ข้อความ	เห็นด้วย	ร้อยละ	ไม่เห็นด้วย	ร้อยละ	คะแนนเฉลี่ย	S.D.
1.ท่านสามารถสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงบริเวณบ้านของท่าน ได้ทุกสัปดาห์	103	98.1	2	1.9	.98	.137
2.ท่านสามารถสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในละแวกที่ท่านรับผิดชอบได้ทุกสัปดาห์	100	95.2	5	4.8	.95	.214
3.ท่านสามารถทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงบริเวณบ้านของท่าน ได้ทุกสัปดาห์	105	100	-	-	1	.000
4.ท่านสามารถให้คำแนะนำหรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในละแวกที่ท่านรับผิดชอบ ได้ทุกสัปดาห์	103	98.1	2	1.9	.98	.137
5.ท่านขัดล้างภาชนะใส่น้ำที่ไม่มีฝาปิด ได้ทุกสัปดาห์	99	94.3	6	5.7	.94	.233
6.ท่านสามารถทำลายลูกน้ำได้ทันทีที่พบว่ามียุงตามภาชนะ	105	100	-	-	1	.000
7.ท่านสามารถชักชวนเพื่อนบ้านให้ดูแลให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายในบ้านเรือน	102	97.1	3	2.9	.97	.167
8.ท่านเป็นคนที่สามารถช่วยควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกได้	94	89.5	11	10.5	.90	.308

คะแนนเฉลี่ย 7.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .753 คะแนนต่ำสุด 5 คะแนนสูงสุด 8

จากตารางที่ 5 พบว่าคะแนนการรับรู้เฉลี่ย 7.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .753 มีคะแนนสูงสุด 8 คะแนน และต่ำสุดที่ 5 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนการรับรู้ต่ำสุด คือ ข้อ8.ท่านเป็นคนที่สามารถช่วยควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ ร้อยละ 89.5 รองลงมาคือข้อ5.ท่านขัดล้างภาชนะใส่น้ำที่ไม่มีฝาปิด ได้ทุกสัปดาห์ ร้อยละ 94.3

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละของการรับรู้ เกี่ยวกับความรุนแรงโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำแนกตามการจัดระดับ

ระดับการรับรู้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ คะแนนร้อยละ 59 ลงมา	-	-
ปานกลาง คะแนนระหว่าง 60.0 – 79.0	9	8.6
สูง คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป	96	91.4

จากตารางที่ 4 พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีการรับเกี่ยวความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ระดับสูง ร้อยละ 91.4 รองลงมาที่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.6

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามคุณลักษณะด้านประชากร

	คุณลักษณะด้านประชากร	คะแนนเฉลี่ย	ค่าสถิติ	P-Value
เพศ	ชาย	7.08	3.345	.070
	หญิง	7.2		
อายุ	30 – 40 ปี	8.0	3.569	.017*
	40 – 50 ปี	7.9		
	50 – 60 ปี	7.6		
	60 ปีขึ้นไป	7.3		
ระดับประถมศึกษา	ประถมศึกษา	7.6	.810	.491
	มัธยมศึกษา	7.7		
	อนุปริญญา	7.2		
	ปริญญาตรีขึ้นไป	8.0		
อาชีพ	รับจ้าง	8.0	.544	.654
	เกษตรกร	7.6		
	ค้าขาย	8.0		
	งานบ้าน/อื่นๆ	8.0		
การดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน	สมาชิกใน อบต.	8.0	.792	.501
	ฝ่ายปกครอง	7.6		
	อื่นๆ	8.0		
	ไม่มี	7.6		
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครฯ	น้อยกว่า 10 ปี	7.7	.552	.648
	10 – 15 ปี	7.6		
	15 – 20 ปี	7.6		
	20 ปีขึ้นไป	7.5		

จากตารางที่ 4 เมื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามปัจจัย คุณลักษณะด้านประชากรพบว่า คุณลักษณะด้านประชากรด้านอายุกับกรรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05

ตารางที่ 7 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามรายชื่อ

ข้อความ	เป็น ประจำ	ร้อยละ	บางครั้ง	ร้อยละ	ประจำ	ร้อยละ	คะแนน เฉลี่ย	S.D.
1.ท่านสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่อยู่รอบบริเวณบ้านและละแวกที่ท่านรับผิดชอบ	91	86.7	14	13.3	-	-	1.87	.342
2.ท่านทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายที่อยู่ในรอบบริเวณบ้านและละแวกที่ท่านรับผิดชอบ	91	86.7	14	13.3	-	-	1.87	.342
3.ท่านแนะนำชาวบ้านเรื่องการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	96	91.4	8	7.6	1	1	1.90	.326
4.ท่านให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่ชุมชน	73	69.5	31	29.5	1	1	1.69	.487
5.เมื่อพบคนป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก ท่านให้คำแนะนำให้พาไปรพ.สต. หรือไปพบแพทย์	89	84.8	16	15.2	-	-	1.85	.361
6.ท่านแจ้งข่าวสารเรื่องไข้เลือดออกในชุมชนให้เพื่อนบ้านทราบ	89	84.8	16	15.2	-	-	1.85	.361
7.ท่านคอยสังเกตว่ามีเด็กป่วยในชุมชน	87	82.9	18	17.1	-	-	1.83	.379
8.ท่านชักชวนเพื่อนบ้านให้ช่วยกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	100	95.2	5	4.8	-	-	1.95	.214

คะแนนเฉลี่ย 14.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.76 คะแนนต่ำสุด 9 คะแนนสูงสุด 16

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนการปฏิบัติเฉลี่ย 14.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.76 คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน และสูงสุด 16 คะแนน ข้อที่มีคะแนนการปฏิบัติต่ำสุด คือ ข้อ4.ท่านให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่ชุมชน ร้อยละ 69.5 รองลงมาคือ ข้อ7.ท่านคอยสังเกตว่ามีเด็กป่วยในชุมชน ร้อยละ 82.9

ตารางที่ 8 จำนวน และร้อยละของระดับพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามการจัดระดับ

ระดับพฤติกรรม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ คะแนนร้อยละ 59 ลงมา	9	1.0
ปานกลาง คะแนนระหว่าง 60.0 – 79.0	15	14.3
สูง คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป	89	84.7

จากตารางที่ 8 พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกระดับสูง ร้อยละ 84.76 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 14.3

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามคุณลักษณะด้านประชากร

คุณลักษณะด้านประชากร		คะแนนเฉลี่ย	ค่าสถิติ	P-Value
เพศ	ชาย	15.4	7.117	.009*
	หญิง	14.6		
อายุ	30 – 40 ปี	8.0	.563	.641
	40 – 50 ปี	7.9		
	50 – 60 ปี	7.6		
	60 ปีขึ้นไป	7.3		
ระดับประถมศึกษา	ประถมศึกษา	7.6	.810	.491
	มัธยมศึกษา	7.7		
	อนุปริญญา	7.2		
	ปริญญาตรีขึ้นไป	8.0		
อาชีพ	รับจ้าง	8.0	.544	.654
	เกษตรกรรม	7.6		
	ค้าขาย	8.0		
	งานบ้าน/อื่นๆ	8.0		
การดำรงตำแหน่งอื่นๆในหมู่บ้าน	สมาชิกใน อบต.	8.0	.792	.501
	ฝ่ายปกครอง	7.6		
	อื่นๆ	8.0		
	ไม่มี	7.6		
ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครฯ	น้อยกว่า 10 ปี	7.7	.552	.648
	10 – 15 ปี	7.6		
	15 – 20 ปี	7.6		
	20 ปีขึ้นไป	7.5		

จากตารางที่ 8 เมื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามปัจจัย คุณลักษณะด้านประชากรพบว่า กลุ่มตัวที่มีคุณลักษณะด้านเพศกับพฤติกรรมการปฏิบัติป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01

5. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านประชากร การรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก กับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ระหว่างคุณลักษณะด้านประชากรกับความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ (R^2)	P-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก	.148	.133
การรับรู้ความรุนแรง ความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออก	.204	.037*

จากตารางที่ 9 เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์ พบว่า ลักษณะทางประชากรและความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรมการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่การรับรู้ความรุนแรงความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รพ.สต.ทุ่งไทย อ.อุทุมพรพิสัย จ.ศรีสะเกษ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.10 มีอายุระหว่าง 40 – 50 ปี ร้อยละ 39.0 รองลงมาอายุระหว่าง 50-60 ปี ร้อยละ 34.3 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 70.5 ประอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 89.5 ไม่มีตำแหน่งอื่นๆ และดำรงตำแหน่ง อสม.มา 1- 10, 10 – 15 ปี ร้อยละ 31.4 รองลงมา ร้อยละ 21.0 ดำรงตำแหน่ง 15-20 ปี

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ระดับปานกลาง ร้อยละ 49.52 รองลงมา มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 36.19 ความรู้ระดับต่ำ ร้อยละ 14.28 ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกเฉลี่ย 7.18 คะแนน มีส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.523 คะแนนต่ำสุด 3 คะแนน และสูงสุด 10 คะแนน ข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ข้อ 8.การพ่นสารเคมีเพื่อกำจัดยุงลาย เป็นวิธีที่ได้ผลและคุ้มค่าที่สุด ร้อยละ 33.3 รองลงมาคือข้อรองลงมาคือข้อ 7.ยุงลายที่เป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่เป็นยุงตัวผู้ ร้อยละ 46.7 สอดคล้องกับการศึกษาของประเทือง ฉำน้อย ที่ศึกษาระดับความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร เมื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามปัจจัย คุณลักษณะด้านประชากรพบว่า คุณลักษณะด้านประชากรที่ต่างกันมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 (ประเทือง ฉำน้อย,2558)

3. การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก ระดับสูง ร้อยละ 91.4 รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.6 พบว่าคะแนนการรับรู้เฉลี่ย 7.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน .753 มีคะแนนสูงสุด 8 คะแนน และต่ำสุดที่ 5 คะแนน เมื่อพิจารณารายข้อพบว่าคะแนนการรับรู้ต่ำสุด คือ ข้อ 8.ท่านเป็นคนที่สามารถช่วยควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกได้ ร้อยละ 89.5 รองลงมาคือข้อ 5.ท่านขัดล้างภาชนะใส่น้ำที่ไม่มีฝาปิด ได้ทุกสัปดาห์ ร้อยละ 94.3 เมื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามปัจจัย คุณลักษณะด้านประชากรพบว่า คุณลักษณะด้านประชากรด้านอายุกับการรับรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของประเทือง ฉำน้อย ที่ศึกษาระดับความรู้ การรับรู้และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร ซึ่งมีความรู้และการรับรู้ความรุนแรงของโรคอยู่ระดับปานกลาง(ประเทือง ฉำน้อย,2558)

4. พฤติกรรมการปฏิบัติพบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ระดับสูง ร้อยละ 84.76 รองลงมา มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.3 คะแนนการปฏิบัติเฉลี่ย 14.2

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.76 คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน และสูงสุด 16 คะแนน ข้อที่มีคะแนนการปฏิบัติต่ำสุด คือ ข้อ4.ท่านให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกแก่ชุมชน ร้อยละ 69.5 รองลงมาคือ ข้อ7.ท่านคอยสังเกตว่ามีเด็กป่วยในชุมชน ร้อยละ 82.9 เมื่อเปรียบเทียบ คะแนนเฉลี่ย การปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำแนกตามปัจจัย คุณลักษณะด้านประชากรพบว่า กลุ่มตัวที่มีคุณลักษณะด้านเพศต่างกันมีพฤติกรรมการปฏิบัติป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของปริดาศักดิ์ หนูแก้ว และคณะที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกลาง จังหวัดหนองคาย ส่วนลักษณะอื่นๆ ความรู้ และการรับรู้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก (ปริดาศักดิ์ หนูแก้ว, 2554) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชนิดา มัททวงกูร ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จังหวัดสมุทรปราการ พบว่า อาชีพ ฐานะเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (ชนิดา มัททวงกูร: 2557)

5. เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ พบว่า ลักษณะทางประชากรและความรู้เรื่องไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรมการปฏิบัติป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แต่การรับรู้ความรุนแรงความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการวิจัยของ ผ่อนศรี พูลทรัพย์และคณะ ที่ทำการศึกษการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยมีการส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วมตามสภาพจริง ในเขต รพ.สต.ท่าผา อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี (ผ่อนศรี พูลทรัพย์และคณะ, 2558) และสอดคล้องกับการวิจัยของชนิดา มัททวงกูร ที่ศึกษาที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จังหวัดสมุทรปราการ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก (ชนิดา มัททวงกูร: 2557) และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวินัย พันอ้วน ที่ได้ศึกษาความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอบาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่าระดับความรู้กับทักษะในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกไม่มีความสัมพันธ์กัน (วินัย พันอ้วน: 2560)

สรุปผลการวิจัย

ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อยู่ในระดับปานกลาง และมีบางข้อที่มีคะแนนต่ำ การรับรู้ความรุนแรง การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง แต่มีบางข้อที่มีคะแนนการรับรู้ต่ำ และพฤติกรรมการปฏิบัติป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง และมีบางข้อที่มีคะแนนการปฏิบัติต่ำ คุณลักษณะด้านอายุกับการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมีความแตกต่างกัน คุณลักษณะประชากรด้านเพศกับพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความแตกต่างกัน และการรับรู้ความรุนแรงและความเสี่ยงของโรคไข้เลือดออกกับพฤติกรรมการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์กัน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการพัฒนาศักยภาพสร้างองค์ความรู้แก่อสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างต่อเนื่อง กำหนดแนวทางการป้องกันควบคุมโรคแก่อสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อให้เกิดองค์ความรู้สร้างความมั่นใจ สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง ส่งผลให้การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะ

- 1.จำนวนประชากรที่ศึกษามีน้อย อาจจะทำให้ความเชื่อมั่นทางสถิติไม่น่าเชื่อถือ ควรศึกษาในกลุ่มประชากรที่มากขึ้น เช่น ศึกษาแกนนำครอบครัว เป็นต้น
- 2.ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันควบคุมโรค เพราะลำพังแต่เพียงอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (สม.) แต่ฝ่ายเดียวอาจจะไม่สามารถดำเนินการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลทุ่งไชย อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ที่ให้ความอนุเคราะห์การตอบแบบสอบถามในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12 สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง กรมควบคุมโรค.

(2563).สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทยปี 2563.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.(2562). รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา. ศรีสะเกษ: สำนักงาน.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพรพิสัย.(2562).รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2562.เอกสารอัดสำเนา.

สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2562). รายงาน 506 (DF,DHF,DSS).

ปรีดาศักดิ์ หมูแก้ว และคณะ.(2554). พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ

จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น 2554: 47-55.

ประเทือง ฉ่ำน้อย.(2558).การศึกษาาระดับความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก

ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอพรานกระต่าย จังหวัดกำแพงเพชร. สำนักงานป้องกัน

ควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์.

ผ่องศรี พูลทรัพย์ และคณะ.(2558). การพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ

หมู่บ้าน (อสม.) โดยการส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วมตามสภาพจริง รพ.สต.ท่าผา อ.บ้านโป่ง จ.ราชบุรี. วารสาร

พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.

อารีย์ เชื้อสาระถิ.(2546). พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวในพื้นที่อำเภอลพ จังหวัด

ขอนแก่น.วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต: 2546

ศรีสวัสดิ์ พรหมแสงและสังคม ศุภรัตน์กุล.(2551). ประเมินผลการเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออกในองค์การบริหารส่วน

ตำบลจังหวัดหนองบัวลำภู; 2551

ชนิดา มีทพวงกูร.(2557).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในพื้นที่

รับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสายสี จังหวัดสมุทรสาคร.วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม.

วินัย พันอ้วน.(2560). ความรู้และทักษะในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน

อำเภอลพ จังหวัดแม่ฮ่องสอน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต.

รูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019
Step down เมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ
Self Confidence Model for Coronavirus Disease 2019 step down back to the
Community in Nonghang Subdistrict Uthumphon Phisai District Sisaket Province

ณัฐธยาน์ พระอารักษ์¹

NATTHAYA PRAARAK

E-mail :sprarak@gmail.com

สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง²

SUKHONTIP BUADANG

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 Step down เมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบประกอบด้วยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวม 65 คน การวิจัยใช้กระบวนการของ Kemmis และ Mc taggart (1968) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 มิถุนายน 2565 -30 กันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 Step down เมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ คือ KPANNV Model ประกอบด้วย 1)Knowledge :ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) Perception:การสร้างการรับรู้ต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 3)Attitude:ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 4) Norm:บรรทัดฐานแนวทางปฏิบัติทางสังคม 5) Networking: การมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่าย 6) Value:การให้คุณค่าในความเป็นมนุษย์ ผลการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 Step down เมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง สูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: รูปแบบ, ความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิต, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019

Abstract

This action research aim to study model for Self Confidence Model for Coronavirus Disease 2019 step down back to the Community in Nonghang Subdistrict Uthumphon Phisai District Sisaket Province. The sample group consisted of stakeholders total 65 people. The research used the process of Kemmis and Mc taggart(1988)'s action research model (PAOR) was applied in this study. There were included four steps:1) Planning,2) Acting,3) Observing and 4) Reflecting in 3 cycles. The data were analyze using collecting, categorizing, analyzing content and compared the mean difference of scores before and after using the paired t-test. The results showed that, model for form of Self Confidence model for Coronavirus Disease 2019 step down back to the Community in Nonghang Subdistrict Uthumphon Phisai District Sisaket Province is KPANNV Model consists of 1)Knowledge2) Perception 3) Attitude4)Norm 5)Networking and 6) Value. Based on the results, the developed model was able to modify the performance development of Self Confidence model for Coronavirus Disease 2019 step down back to the Community in Nonghang Sub-district Uthumphon Phisai District Sisaket province achieved the goals set.

Keywords: Model, Self Confidence, Coronavirus Disease 2019

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพวงพรต

² พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

บทนำ

ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขทั่วโลก เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่เป็น “การระบาดใหญ่” หรือ pandemic (WHO, 2563) ซึ่งปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อแล้วกว่า 103 ล้านคน และเสียชีวิตกว่า 2.2 ล้านคน (WHO, 2563) และยังคงมีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น สำหรับในประเทศไทยศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) รายงานสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ วันที่ 31 มกราคม 2564 พบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 18,782 คน และเสียชีวิต 77 คน (กรมควบคุมโรค, 2564) ปัจจุบันยังไม่มียาและวิธีการรักษาที่จำเพาะ รวมทั้งวัคซีนยังไม่ครอบคลุมในการป้องกันโรค ดังนั้นพฤติกรรมในการป้องกันจึงเป็นวิธีที่ป้องกันตนเองได้ดีที่สุดในขณะนี้ (WHO, 2563) กระทรวงสาธารณสุขของไทยมีความพยายามในการควบคุมโรค โดยการตรวจจับผู้ป่วยให้ได้อย่างรวดเร็วแยกโรคและติดตามผู้สัมผัสผู้ป่วยทุกราย จึงได้กำหนดมาตรการที่สำคัญเพื่อทำให้สถานการณ์การระบาดในไทยนั้นยังคงอยู่ในวงจำกัด แต่อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังคงมีความเสี่ยงสูงที่จะพบการระบาดในวงกว้างเนื่องจากทั่วโลกยังคงมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น ผู้ป่วยเหล่านั้นอาจเดินทางเข้ามาที่ประเทศไทย และการเกิดการระบาดระลอกใหม่ในกลุ่มแรงงานต่างด้าว ในตลาดกลางกุ้ง และการแพร่ระบาดจากบ่อนการพนันในเดือนธันวาคม 2563 (กรมควบคุมโรค, 2563) ส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายไปเกือบทั่วประเทศ รวมถึงตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งในปัจจุบันพบผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 3 ราย เป็นระลอกแรก จำนวน 1 ราย และจากการระบาดรอบใหม่จำนวน 2 ราย เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ที่มีการแพร่ระบาดไปเกือบทุกประเทศทั่วโลก ประกอบกับมีการเสนอว่าข้อมูลการระบาดทั้งเท็จและจริงซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการรับรู้ตามแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model, HBM) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพโดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดๆ ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้การเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต คือการรับรู้ความเสี่ยง (Perceived susceptibility) และความรุนแรงของโรค (Perceived severity) ร่วมกับการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับจากการปฏิบัติ (Perceived benefits) ว่ามีประโยชน์สูงสุด เพื่อนำมาเปรียบเทียบกับรับรู้ต่ออุปสรรคที่เกิดขึ้น (Perceived barriers) พร้อมกับส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) ว่าจะสามารถปฏิบัติได้ โดยอาศัยสิ่งชักนำ 2 ประการ คือ สิ่งชักนำภายใน (Internal cues) ได้แก่ การรับรู้สภาวะของร่างกายตนเอง เช่น อาการของโรคหรือการเจ็บป่วยและส่วนสิ่งชักนำภายนอก (External cues) ได้แก่ การรับรู้ข่าวสารผ่านทางสื่อต่างๆ และเครือข่ายทางสังคม (Social network) (9) หรือการเตือนจากบุคคลอื่น จากการศึกษาในประเทศอิหร่านพบว่าปัจจัยตาม HBM และการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ชานี กล่อมใจ, 2563) สำหรับในประเทศไทย การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้นมีอยู่อย่างจำกัด (รัชนิ เต็มอุดม, 2564) และพบว่ามี การประยุกต์ใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation Influence Control, AIC) ในการพัฒนาแบบแผนการดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการในการส่งเสริม ป้องกันและควบคุมโรค (รัชนิ เต็มอุดม, 2564) จากการติดตามสถานการณ์การระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ณ วันที่ 26 กันยายน 2564 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อยืนยันสะสม 1,561,638 ราย โดยผู้ติดเชื้อรายใหม่ในวันนี้มีจำนวน 12,353 ราย มีผู้เสียชีวิต 125 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงเมื่อได้รับเชื้อก็จะมีโอกาสป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิต ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันให้แก่ประชากรในประเทศโดยเร็ว โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง ได้แก่ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 7 โรค และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 12 สัปดาห์ขึ้นไป เพื่อลดการป่วยรุนแรงหรือเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด ยังคงมีความสำคัญประเทศไทยจากการเฝ้าระวังติดตามสถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ระหว่างวันที่ 27 กันยายน - 3 ตุลาคม 2564) พบผู้ติดเชื้อรวม 75,794 ราย ซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อภายในประเทศ 75,702 ราย ในจำนวนนี้พบว่าเป็นผู้ติดเชื้อภายในชุมชนจากการสัมผัสผู้อื่น 36,169 ราย (ร้อยละ 47.8) เป็นผู้ติดเชื้อที่พบจากการคัดกรองและเฝ้าระวังเชิงรุกในชุมชน 6,209 ราย (ร้อยละ 8.2) ผู้ติดเชื้อไม่แสดงอาการร้อยละ 57.0 โดยจังหวัดที่พบผู้ติดเชื้อภายในประเทศมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร 10,469 ราย (ร้อยละ 13.8) สมุทรปราการ 5,036 ราย (ร้อยละ 6.7) ชลบุรี 4,897 ราย (ร้อยละ 6.5) ยะลา 3,817 ราย (ร้อยละ 5.0) และนราธิวาส 3,231 ราย (ร้อยละ 4.3) สำหรับใน 5 จังหวัดนี้ความเสี่ยงที่พบมากที่สุด คือ สัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยยืนยันรายก่อนหน้า 11,822 ราย (ร้อยละ 43.1) สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ (มกราคม 2565 - พฤษภาคม 2565) พบผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมด 960 ราย (ร้อยละ 11.03)

ซึ่งเป็นการสัมผัสจากทั้งบุคคลในครอบครัว ชุมชนและจากสถานที่ทำงาน ถึงแม้ว่าแนวโน้มของผู้ติดเชื้อเริ่มมีการลดลงแล้ว และมีการผ่อนคลายมาตรการทางสาธารณสุขแต่การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงมีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ การใช้ชีวิตในสังคมภายหลังการรักษา ที่ต้องการยอมรับ ความเข้าใจ ไม่เป็นที่รังเกียจของชุมชนใน มีความมั่นใจกลับมาใช้ชีวิตตามปกติ

จากปัญหาในภาพรวม ผลกระทบที่เกิดขึ้น แนวทางแก้ไข และสถานการณ์การเกิดโรคในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษารูปแบบการสร้างเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID19) step downเมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยดียิ่งขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตปกติตามแนววิถีใหม่(New normal) ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาบริบทชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน นโยบายการดูแลผู้ป่วยโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การดำเนินการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อัตราความชุกและอัตราอุบัติการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คุณลักษณะทางประชากรของชุมชนและการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 step downเมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2.เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 step downเมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

3.เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการสร้างเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 step down เมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้พัฒนาโปรแกรม คือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 65 คน ประกอบด้วย

1. นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน
2. หัวหน้ากองสาธารณสุข จำนวน 1 คน
3. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 5 คน
4. ผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน
5. อสม.จำนวน 10 คน
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 4 คน
7. ครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 2 คน
8. เจ้าอาวาส จำนวน 2 รูป
9. ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 คน
10. ญาติผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 คน
11. ประชาชน จำนวน 10 คน

2.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินโปรแกรม

2.1 ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 26 ราย ในเขตพื้นที่ตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 ญาติหรือผู้อาศัยร่วมบ้านผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 35 ราย ในเขตพื้นที่ตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิด

การวิจัยใช้กระบวนการของ Kemmis and McTaggart (1988) (PAOR) จำนวน 3 วนรอบ โดยแต่ละวนรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่1 การวางแผน(Planing)วิเคราะห์ปัญหาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019และประเมินความรู้ทัศนคติ การปฏิบัติก่อนการพัฒนาและจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการจัดสนทนากลุ่มและร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการขั้นตอนที่2 ขั้นปฏิบัติการ(Action) จัดอบรมให้ความรู้และการปฏิบัติ สร้างแรงจูงใจ การดำเนินตามแผน การออกเยี่ยมบ้าน ขั้นตอนที่3การสังเกต(Observation) การนิเทศ ติดตาม สนับสนุน การให้คำแนะนำประเมินผลการปฏิบัติการ ประเมินด้าน ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติหลังการพัฒนา ขั้นตอนที่4การสะท้อนผล(Reflection)เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนา การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน การสนทนากลุ่ม การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 1 มิถุนายน 2565 -30 กันยายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.แบบสอบถามรูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 step downเมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 8 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 3)ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 4) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 5) การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 6) แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 7) ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 หรือญาติและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 step downเมื่อกลับสู่ชุมชน 8)การมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่าย รูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 step downเมื่อกลับสู่ชุมชน

2.แนวทางสนทนากลุ่มรูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 step downเมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 1)นโยบาย แนวทางในการสร้างเครือข่าย 2)จุดแข็งและจุดอ่อน ปัญหาอุปสรรค 3)ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ส่งเสริม สนับสนุน 4)หัวใจหรือปัจจัยการสร้างเครือข่าย 5)การวางแผน การดำเนินงาน ประสานงานและประเมิน

3.แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแนวทางการสังเกต จะใช้ประเมินตลอดช่วงของการดำเนินกิจกรรมทุกระยะ สังเกตสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น และการสังเกตผลลัพธ์การดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ช่วยให้ข้อมูลที่ต้องการและครอบคลุมทุกประเด็น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการที่หลากหลายดังนี้

1 การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และได้มีการกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต ดังนี้

1.1 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา ของผู้ร่วมกระบวนการ

1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเครือข่ายในฐานะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ชักถามผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนที่ผู้ศึกษาเลือกมาเนื่องจากบุคคลนั้นมีคุณสมบัติที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่ผู้ศึกษาต้องการหรือมีประสบการณ์ต่างจากคนอื่น ๆ ซึ่งมีขั้นตอน

ตั้งแต่การแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบข้อมูลพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา และบริบทอื่น

1.4 การสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) เป็นการสนทนาข้อมูลจากกลุ่มที่ทุกคนมีส่วนร่วมแสดง แสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการ วางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งให้มีผู้ร่วมสนทนาประมาณ 5-10 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาจากสังคมและเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ องค์ประกอบของการสนทนาที่ถูกต้อง คือ ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จัดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนาม การส่งเสริมบรรยากาศ ของสนทนาคุณแก่ผู้เข้าร่วม สถานที่ ระยะเวลาและประเด็นการสนทนากลุ่ม

1.5 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ข้อมูล การสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานควบคุมป้องกันโรคป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุน และเอื้ออำนวยในการประชุม (facilitator) เพื่อให้เกิดรูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 step downเมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้จำแนกการวิเคราะห์ข้อมูลด้านกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย ข้อมูลด้านบริบทชุมชน กระบวนการพัฒนา และผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านบริบทชุมชน ได้แก่ ข้อมูลการสำรวจพื้นฐาน ข้อมูลประชาชน อัตราป่วย และกลุ่มตัวอย่างประชาชนในเขตตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

1.โดยตรวจสอบความถูกต้องด้วยนักวิจัย ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาประมวลข้อค้นพบจนได้ความคิดเห็นสรุปตรงกัน แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา

2.ข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากรกลุ่มเป้าหมาย วิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.ข้อมูลการประเมิน ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย ในการหารูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 step downเมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านการดำเนินงานรูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 step downเมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ในการการวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2022-040 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICHGCP) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัยการปฏิบัติตน และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1.ข้อมูลด้านบริบท สถานการณ์การระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019และผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยของประชาชนด้วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 ดังนี้ ตำบลหนองห้างมีการแบ่งเขตพื้นที่ปกครอง 17หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 8,703 คน สถานการณ์การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ(เมกราคม2565-พฤษภาคม

2565)พบผู้ติดเชื้อสะสมทั้งหมด 960 ราย คิดเป็นร้อยละ 11.03 ซึ่งเป็นการสัมผัสจากทั้งบุคคลในครอบครัว ชุมชนและจากสถานที่ทำงาน มีการดำเนินการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่โดยการเฝ้าระวังเชิงรุกและติดตามคัดกรองกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ตามมาตรการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พิจารณาจัดโซนนิ่งเพื่อแยกโรคในพื้นที่ที่จัดไว้หรือ home quarantine ให้การดูแลเบื้องต้นระหว่างพักรักษาและส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปัญหาที่พบในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลับเข้าสู่ชุมชนได้แก่ การไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาอยู่บ้านตนเองของเพื่อนบ้าน การแสดงความรังเกียจและหวาดกลัวของคนในชุมชนทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดและวิตกกังวล

2.การพัฒนาแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 step down เมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

2.1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนาแบบเป็นเพศหญิงร้อยละ 68.3 เพศชายร้อยละ 31.68 อายุเฉลี่ย 52.35 ปี (SD=16.94) สถานภาพ คู่ ร้อยละ 74.25 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 8,000 บาท ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติทางด้านควบคุมและป้องกันโรคติดต่อมากกว่า 10 ปี ร้อยละ 62

2.2.รูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 step down เมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ คือ KPANNV Model ประกอบด้วย

1) Knowledge: ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เชื้อก่อโรค การระบาดของโรค อาการ อาการแสดงทางคลินิกและความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การป้องกันและแนวทางการรักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

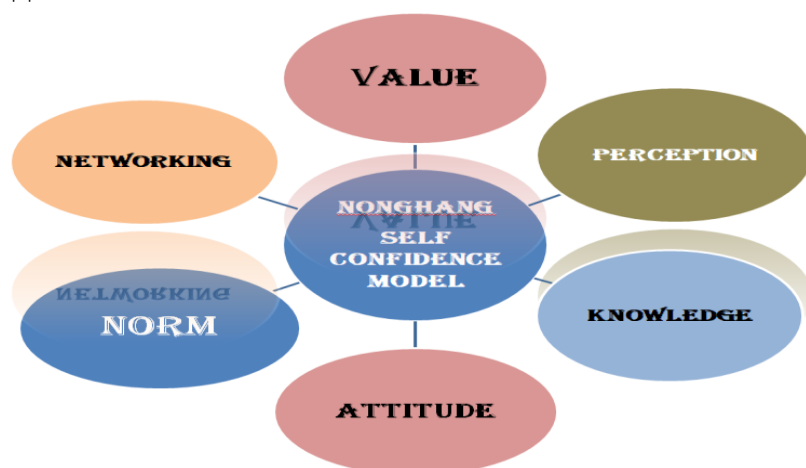
2) Perception: การสร้างการรับรู้ต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันการรับรู้ความสามารถของตนเองการปฏิบัติพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3) Attitude: ทศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทศนคติต่อการปฏิบัติตามมาตรการทางสังคม

4) Norm: บรรทัดฐานแนวทางปฏิบัติทางสังคมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กฎระเบียบแบบแผน วิถีชีวิตของชุมชนต่อการสร้างรูปแบบความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 step down เมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ

5) Networking: การมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายในการดำเนินงาน การเสริมพลังและสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพและความรุนแรงของปัญหาในชุมชน และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เพื่อให้ชุมชนตระหนักและทราบความรุนแรงของปัญหา และนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาาร่วมกันในการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Step down เมื่อกลับสู่ชุมชน

6) Value: การให้คุณค่าในความเป็นมนุษย์ การเคารพเกียรติ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การได้รับการเอาใจใส่ดูแลจากผู้ดูแลจากคนในครอบครัว บุคคลรอบข้างหรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องตามมาตรฐาน การได้รับคำชื่นชมเมื่อดูแลสุขภาพได้ดี ภาพรูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Step down เมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้



3.ผลการใช้รูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 step downเมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ (KPANNV Model)

3.1เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ ทักษะคิด การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตเมื่อกลับสู่ชุมชนและการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายรูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 step downเมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษก่อนและหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้ ทักษะคิด การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตเมื่อกลับสู่ชุมชนและการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายรูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 step downเมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 6.76 คะแนน (95%CI=6.20-7.33)ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะคิดเพิ่มขึ้น 6.76 คะแนน (95%CI=5.01-8.39)การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019เพิ่มขึ้น 10.96 คะแนน (95%CI=9.32-12.59) การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019เพิ่มขึ้น 9.42 คะแนน (95%CI=6.98-11.86) ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น 6.03 คะแนน (95%CI=4.93-7.13)การมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายรูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 step down ตำบลหนองห้าง อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ เพิ่มขึ้น 9.30 คะแนน (95%CI=7.39-11.21)ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่1

ตารางที่1เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ ทักษะคิด การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตเมื่อกลับสู่ชุมชนและการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายก่อนและหลังใช้รูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 step downเมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ (n=26)

รูปแบบสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 Step down เมื่อกลับสู่ชุมชน ตำบลหนองห้าง อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ	ก่อนผู้ป่วย $\bar{X}$ (S.D.)	หลังผู้ป่วย $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019	11.26(1.11)	18.03(0.91)	6.76	6.20-7.33	24.75	<0.001
ทักษะคิดต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019	40.76(6.30)	47.53(2.99)	6.76	5.014-8.39	8.55	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019	16.57(6.26)	27.53(2.74)	10.96	9.32-12.59	13.78	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019	16.73(6.29)	26.15(3.52)	9.42	6.98-11.86	7.95	<0.001
ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019	13.03(3.05)	19.07(1.35)	6.03	4.93-7.13	11.31	<0.001
การมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายรูปแบบสร้างความเชื่อมั่น	34.38(7.19)	43.69(4.12)	9.30	7.39-11.21	10.03	<0.001

3.2เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ ทักษะคิด การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ความพึงพอใจของญาติหรือผู้อาศัยร่วมบ้านผู้ป่วยต่อการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตเมื่อกลับสู่ชุมชนและการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายรูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 step downเมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษก่อนและหลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้ ทักษะคิด การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตเมื่อกลับสู่ชุมชนและการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายรูปแบบการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 step downเมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภอกุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างญาติผู้อาศัยร่วมบ้านผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการ

ทดลอง 6.48 คะแนน (95%CI=5.89-7.07) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้น 7.42 คะแนน(95%CI=6.04-8.81)การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019เพิ่มขึ้น 11.65 คะแนน (95%CI=10.05-13.25) การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019เพิ่มขึ้น 10.42คะแนน(95%CI=8.16-12.68)ความพึงพอใจเพิ่มขึ้น 6.54 คะแนน (95%CI=5.54-7.54) การมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายรูปแบบการสร้าง ความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 step down ตำบลหนองห้าง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ เพิ่มขึ้น 9.94 คะแนน (95%CI=8.09-11.79) ตามลำดับรายละเอียดตามตารางที่2

ตารางที่2เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ ทัศนคติ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ความพึงพอใจของญาติผู้อาศัยร่วมบ้านผู้ป่วยต่อการสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตเมื่อกลับสู่ชุมชนและการมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายก่อนและหลังใช้รูปแบบการสร้าง ความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 step downเมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ (n=35)

รูปแบบสร้างความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 Step down เมื่อกลับสู่ชุมชน ตำบลหนองห้าง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ	ก่อน ญาติ $\bar{X}$ (S.D.)	หลัง ญาติ $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019	11.74 (1.26)	18.22 (0.97)	6.48	5.89-7.07	22.29	<0.001
ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019	39.42(6.59)	46.85 (3.29)	7.42	6.04-8.81	10.88	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019	15.51 (7.26)	27.17(3.12)	11.65	10.05-13.25	14.78	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019	15.60 (7.31)	26.02 (3.37)	10.42	8.16-12.68	9.38	<0.001
ความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019	12.42 (3.27)	18.97 (1.54)	6.54	5.54-7.54	13.28	<0.001
การมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่ายรูปแบบสร้างความเชื่อมั่น	33.02 (8.07)	42.97 (4.48)	9.94	8.09-11.79	10.93	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนารูปแบบการสร้าง ความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 Step down เมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ KPANNV Model ประกอบด้วย 1) Knowledge :ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 2) Perception:การสร้างการรับรู้ต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 3) Attitude:ทัศนคติต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 4) Norm:บรรทัดฐานแนวทางปฏิบัติทางสังคม 5) Networking: การมีส่วนร่วมในการสร้างเครือข่าย 6) Value:การให้คุณค่าในความเป็นมนุษย์ ผลการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบการสร้าง ความเชื่อมั่นในการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 Step down เมื่อกลับสู่ชุมชนตำบลหนองห้าง สูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ รัชณี เต็มอุดม. (2564)ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่า การให้ข้อมูลเชิงประจักษ์สร้างความน่าเชื่อถือในการรับรู้ การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้กระบวนการ AIC เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้ข่าวสารด้วยความร่วมมือของชุมชน ซึ่งเป็นประโยชน์ในการกำหนดมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศและกาญจนา ปัญญาธร.(2564) พบว่ากระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคCOVID-19และศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาแกนนำชุมชนและตัวแทนสมาชิก ครั้วเรือนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรค คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรค และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรค สูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1.ควรมีการศึกษาการเกิดการตีตราทางสังคม(Social stigmatization)ที่เกิดขึ้นต่อกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยยืนยันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019และญาติผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019
- 2.ควรรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบประสิทธิภาพในพื้นที่อื่นหรือโรคอื่นที่มีลักษณะการระบาดที่ใกล้เคียงกันโดยการขยายระยะเวลาการวัดที่แตกต่างกันหรือเก็บข้อมูลรายสัปดาห์เพื่อดูแนวโน้มประสิทธิภาพของโปรแกรม

เอกสารอ้างอิง

- 1.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564).รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในประเทศไทย สืบค้นจาก:
<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/situation.php>.
- 2.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2565).แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข.
- 3.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.(2565).การจัดบริการHome Isolation.ฉบับที่1.
- 4.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2563).คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ในประเทศไทย.
5. .กาญจนา ปัญญาธร.(2564).การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคCOVID-19 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีที่ 32 ฉบับที่1.มกราคม-มิถุนายน .
- 6.ธานี กล่อมใจ,จรรยา แก้วใจบุญ,ทักษิภา ชัยวรัตน์.(2563).ความรู้และพฤติกรรมของประชาชน เรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่2019.วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา. 21 (2). 29-39.
- 7.บุญเรือน ทองทิพย์.(2563).โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กับศักยภาพของผู้นำต่อการพัฒนาองค์กร แบบ New Normal. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology, 5(11), 434-447.
- 8.ปัญญา พลศักดิ์.(2564).รูปแบบการจัดการภาวะวิกฤติโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 ในเขตเมือง จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 .
- 9.รัชนี เต็มอุดมและคณะ.(2564).การพัฒนาแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดนครพนม .วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7ขอนแก่น ปีที่ 28 ฉบับที่ 1.
- 10.ศุภณัฏฐ์นามัยที่ 10 อุบลราชธานี.(2564). การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างวันที่ 23 มกราคม – 20 กุมภาพันธ์ 2564 .
- 11.Kemmis, & McTaggart. (1982).Action research in retrospect and prospect. The action research reader. Geelong, Vic: Deakin University.
- 12.Kemmis, & McTaggart, R.(1988).The Action research planner, 3 rd ed. Geelong: Deakin University, Australia
- 13.World Health Organization.(2020).Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).16-24 February.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยการประยุกต์ใช้ปฏิทินชุมชน
ตำบลเหล่ากวาง อำเภอนโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ
Development of A Prevention Model for Corona Virus Infection By The Application Of The
Unity Carlenda In Lao Kwang Sub-district,
Non Khun District, Sisaket Province.

นงคราญ คันธร^{1*}, อรุษา ภูมิจงรัก^{2**}, และ ณฐวรรณ พิมพิโคตร^{3***}
Nongkran Kunsorn^{1*}, Auracha Phumjongruk^{2**}, Natthawan Pimkhot^{3***}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาโดยการประยุกต์ใช้ปฏิทินชุมชน ดำเนินการในตำบลเหล่ากวาง อำเภอนโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้กระบวนการของ Kemmis และ Mc taggart (1968) ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1) การวางแผนการปฏิบัติงาน ขั้นตอนที่ 2) การลงมือปฏิบัติการตามแผน ขั้นตอนที่ 3) การติดตามสังเกตการณ์ และขั้นตอนที่ 4) การสะท้อนผล จำนวน 3 รอบ ระหว่างเดือน ตุลาคม 2564 ถึง กันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในตำบลเหล่ากวาง อำเภอนโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ คือ DEER Model ประกอบด้วย 1) D : development capacity building การพัฒนาเครือข่ายในการทำงานร่วมกัน 2) E : Effective planning ออกแบบรูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาให้มีประสิทธิภาพ โดยสอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณีของชุมชน 3) E : efficiency Community calendar culture ดำเนินการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา อย่างมีประสิทธิภาพ ตามปฏิทินชุมชน 4) R : Reflection Evaluation การสะท้อนและประเมินผลการดำเนินงาน โดยรูปแบบที่สร้างขึ้นสามารถนำมาใช้เพื่อดำเนินการในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาได้อย่างมีประสิทธิภาพและ สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงได้

คำสำคัญ: รูปแบบ การป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ปฏิทินชุมชน

Abstract

This Participatory Action Research focuses on developing of Infection Prevention and Control of Coronavirus by using Community Calendar. Laokwang Sub-district, NonKhun district, Sisaket Province was selected as a model community. It uses the process of Kemmis and Mc taggart (1968), which consists of 4 steps: 1) Operation Planning, Step 2) Implementation, 3) Observing and 4) Reflecting in 3 cycles from October 2021 to September 2022. Qualitative method and Content Analysis were used. The results according to the theory showed that Infection Prevention and Control of Coronavirus in In Lao Kwang Sub-district, Non Khun District, Sisaket Province. be related to DEER Model that consists of 4 steps as the following 1) D: Development capacity building 2) E: Effective planning, 3) E: Efficiency community calendar culture 4) R: Reflection& Evaluation. The generated model can be used to effectively prevent the spread of the coronavirus disease and can be applied in communities with close contexts.

Keywords: Model, Prevention and Control of Coronavirus, using Community Calendar

^{1*} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหยอด

^{2**} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

^{3***} นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ(ทันตสาธารณสุข)

*Corresponding author; E-mail address: E-mail : pcu_yod@hotmail.com

บทนำ

ตำบลเหล่ากวาง อำเภอนโนนคุณ จังหวัดศรีสะเกษ มีวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อและพิธีกรรมที่ผสมผสานกับการดำเนินวิถีชีวิตของชาวอีสาน ซึ่งจะได้จากบุญประเพณีที่ได้ถือปฏิบัติกันมาตลอดปีทั้ง 12 เดือน “ฮีตสิบสอง” ซึ่งตนในชุมชนยึดถือปฏิบัติสืบทอดกันมาตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน พื้นเพเดิมคนในชุมชนใช้ภาษาท้องถิ่น “ส่วย” ในการสื่อสาร จึงเรียกชื่อหมู่บ้านว่า บ้านหยอด เนื่องจากมีฝูงกวางอาศัยอยู่ชุกชุม ซึ่งคำว่า “หยอด” แปลว่า กวาง และคำว่า “เหล่า” แปลว่า เชื้อชาติ, สายพันธุ์, เผ่าพันธุ์ (ในภาษาส่วย) จึงเรียกชื่อชุมชนว่า บ้านหยอด ขึ้นกับตำบลโพธิ์ อำเภอนโนนคุณ และได้แยกชุมชนออกจากตำบลโพธิ์ เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2527 และตั้งชื่อตำบลตามชุมชนดั้งเดิมว่า “เหล่ากวาง” ตำบลเหล่ากวางได้แยกการพัฒนาจากตำบลโพธิ์ เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2527 มีจำนวน 8 หมู่บ้าน (ข้อมูลพื้นฐานตำบล อบต.เหล่ากวาง, 2564)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์กลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง เป็นโรคติดต่ออุบัติ ใหม่มีรายงานกลุ่มก้อนที่ติดเชื้อครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่นประเทศจีน เมื่อเดือน ธันวาคม 2562 และมีรายงานผู้ป่วย ชาวจีนที่เดินทางเข้ามาในประเทศไทยเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 ความรุนแรงของโรคนั้นจะแตกต่างกันไป ขึ้นกับอายุ ภูมิคุ้มกัน ปริมาณเชื้อที่ได้รับและโรคประจำตัว ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการแสดงแต่มีประวัติสัมผัสโรคไปจนถึงมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ หายใจเหนื่อย ลื่นไม่รับรส จมูกไม่ได้กลิ่น และอาจมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง ตามมา เช่น ภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดปอดอักเสบรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิต (WHO, 2520) ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน ส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลเป็นสภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้เมื่อมีเหตุการณ์ที่บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าของคุณทำให้บุคคลแสดงออกด้านอารมณ์ความคิดและพฤติกรรมในลักษณะต่างๆ เช่น ความรู้สึกสับสนไม่มีความสุขกระสับกระส่ายแน่นหน้าอกมือสั่นตัวสั่นป็นป่วนในท้อง เป็นต้น ซึ่งความวิตกกังวลตามแนวคิดของสปีลเบิร์กเกอร์ ประกอบด้วยความวิตกกังวลแบบเผชิญ (State-anxiety) และความวิตกกังวลแบบแฝง (Trait-anxiety) โดยที่ความวิตกกังวลแบบเผชิญเป็นความรู้สึกหวาดหวั่นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่บุคคลนั้นรู้สึกว่ากำลังถูกคุกคาม ส่วนความวิตกกังวลแบบแฝงเป็นความวิตกกังวลที่มีพื้นฐานจากลักษณะเฉพาะของบุคคลทั้งในส่วนของการรับรู้และความคิด อันส่งผลกระทบต่อการทำบทบาทหน้าที่ของบุคคลในทุกๆ ด้าน หากมีความวิตกกังวลมากหรือเป็นเวลานานๆ จะมีผลเสียต่อสุขภาพของบุคคลได้ ซึ่งสัมพันธ์กับ Spielberger & Gorsuch โดยเสริมว่าความวิตกกังวลส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติให้มีลักษณะสู้หรือหนี (Spielberger & Gorsuch, 1970) เป็นที่ทราบกันดีว่าการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคที่เชื้อโรคสามารถติดต่อทางระบบทางเดินหายใจ แพร่กระจายโดยการสัมผัสหรือหายใจเอาฝอยละอองอากาศที่มีเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปะปนเข้าไป ในขณะที่มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาจำนวนมาก อัตราการป่วยและการเสียชีวิตยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ในระดับโลก พบผู้ป่วยสะสมรวมมากกว่า 189 ล้านคน โดยจำนวนผู้ป่วยรายวันมีแนวโน้มลดลงจนอยู่ในระดับต่ำกว่า 5 แสนคนต่อวัน โดยยังคงมีการระบาดมากในประเทศบราซิล อินเดียและ สหราชอาณาจักร จำนวนผู้เสียชีวิตรายวันก็เริ่มมีแนวโน้มลดลงเช่นกันในระดับต่ำกว่า 9 พันคนต่อวัน รวมผู้เสียชีวิตทั้งหมดมากกว่า 4 ล้านคน (รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค, 2564) ส่วนในประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อสะสมจากการระบาดในระลอกปัจจุบัน 343,352 ราย ประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สะสมจากการระบาดในระลอกปัจจุบัน 343,352 ราย ในวันนี้มีจำนวนผู้ติดเชื้อในประเทศไทยรายใหม่ 9,085 รายจากทั้ง 77 จังหวัดทั่วประเทศ จำนวนผู้ติดเชื้อรายวันค่อนข้างทรงตัวในระดับมากกว่า 8 พันรายต่อวัน การเสียชีวิตจากการระบาดในระลอกนี้อยู่ที่ 2,938 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตายร้อยละ 0.86 (การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดศรีสะเกษ วันที่ 13 กรกฎาคม 2564) จากการระบาดในระลอกที่ผ่านมา ทำให้มีประชาชนจำนวนมาก หยุดงาน และได้เดินทางภูมิลำเนา อันเนื่องมาจากการประกาศปิดกรุงเทพมหานคร และปริมณฑลในบางจุด ส่งผลให้ ตำบลเหล่ากวาง มีการระบาดของโรคติดต่ออันตรายไวรัสโคโรนา ขยายพื้นที่ออกไปในวงกว้าง และเกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในกิจกรรมประเพณี คิดเป็นร้อยละ 36.5 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด เช่น เกิดการระบาด จากพิธีบายศรีสู่ขวัญ การระบาดวงกว้างในบุญงานแต่ง การระบาดในงานศพ โดยพบว่า การจัดกิจกรรมประเพณีต่างๆ ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันควบคุมโรคของคณะกรรมการควบคุมโรค

ระดับอำเภอโนนคูณถึงร้อยละ 86.2 ทำให้อัตราป่วยเพิ่มขึ้นและมีผู้ป่วยเสียชีวิต (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโนนคูณ, 2564)

จังหวัดศรีสะเกษ พบ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สะสมจากการระบาดในระลอกปัจจุบัน 77 ราย ในวันนี้มีจำนวนผู้ติดเชื้อในประเทศรายใหม่ 87 ราย รักษาหาย 31 ราย รักษาอยู่ 616 ราย เสียชีวิต 14 ราย (การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) จังหวัดศรีสะเกษ วันที่ 13 กรกฎาคม 2564) โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ถือเป็นหน่วยงานหลักในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และ ควบคุมโรคในระดับจังหวัด โดยเฉพาะโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือสถานที่เสี่ยง (Sentinel surveillance) เพื่อทราบลักษณะการติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของในกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ สำหรับเตรียมการผ่อนปรนมาตรการ และวางแผนการป้องกันควบคุมโรคในระยะยาวให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ตำบลเหล่ากวาง มีการระบาดของโรคติดต่ออันตรายไวรัสโคโรนา ขยายพื้นที่ออกไปในวงกว้าง พบ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา สะสมจากการระบาดในระลอกปัจจุบัน 27 ราย ในวันนี้มีจำนวนผู้ติดเชื้อในประเทศรายใหม่ 14 ราย รักษาหาย 6 ราย รักษาอยู่ 21 ราย เสียชีวิต 1 ราย และเกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในกิจกรรมประเพณี คิดเป็นร้อยละ 36.5 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหยอด, 2564) และ เกิดการระบาด จากพิธีบายศรีสู่ขวัญ การระบาดวงกว้างในบุญงานแต่ง การระบาดในงานศพ โดยพบว่า การจัดกิจกรรมประเพณีต่างๆไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันควบคุมโรคของคณะกรรมการควบคุมโรคระดับอำเภอโนนคูณถึงร้อยละ 86.2 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหยอด, 2564) ทำให้อัตราป่วยเพิ่มขึ้นและมีผู้ป่วยเสียชีวิต ทีมผู้วิจัยจึงต้องหาแนวทางการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ให้มีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ตำบลเหล่ากวาง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา โดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาชุมชน ตำบลเหล่ากวาง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาชุมชน ตำบลเหล่ากวาง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาชุมชน ตำบลเหล่ากวาง อำเภอโนนคูณ กลุ่มเป้าหมายที่ใช้ในการพัฒนาระบบการสร้างรูปแบบ ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล, ผู้นำชุมชนในหมู่บ้านดำเนินการ 4 หมู่บ้าน, พระ 4 รูป, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3 คน, ปราชญ์ชาวบ้าน 3 คน, ผู้นำพิธีกรรม 4 คน, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 11 คน, เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล 1 คน ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key information) ในการสะท้อนสภาพปัญหา และการถอดบทเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยทำการสุ่มเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้อง จำนวน 36 คน ดังนี้

1. นายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน
2. เจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 1 คน
3. สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 4 คน
4. ผู้นำชุมชน จำนวน 4 คน
5. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 11 คน
6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 3 คน
7. ครูเกษียณ จำนวน 1 คน
8. พระ จำนวน 4 รูป
9. ปราชญ์ชาวบ้าน 3 คน
10. ผู้นำพิธีกรรม 4 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยการประยุกต์ใช้ปฏิทินชุมชน ตำบลเหล่ากวาง อำเภอโนนคูณ ประกอบด้วย

1. แนวทางการสนทนากลุ่มในระยะสังเกตการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยการประยุกต์ใช้ปฏิทินชุมชน ตำบลเหล่ากวาง อำเภอโนนคูณ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แนวคำถามในการสนทนากลุ่มในระยะตรวจสอบความรู้ทักษะการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยการประยุกต์ใช้ปฏิทินชุมชน ตำบลเหล่ากวาง อำเภอโนนคูณ มีประเด็นหลักดังนี้ 1) แนวทางการพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2) ประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 3) แนวทางการการประยุกต์ใช้ปฏิทินชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา ตำบลเหล่ากวาง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

ส่วนที่ 2 แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม 1)แนวทางการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 2)ประสิทธิภาพการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019และ3)การประสานความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาศิเครือข่ายในการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนาโดยใช้ปฏิทินชุมชน

2. แนวทางการสังเกต ติดตาม และบันทึกการเปลี่ยนแปลง ซึ่งแนวทางการสังเกต จะใช้ประเมินตลอดช่วงของการดำเนินกิจกรรมทุกระยะ สังเกตสิ่งต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย และมีการบันทึกการสังเกตการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยมีแนวทางการสังเกต ประกอบด้วย การสังเกตการมีส่วนร่วม ได้แก่ การสังเกตการแสดงความคิดเห็น ความสนใจขณะเข้าร่วมกลุ่ม สังเกตการเปลี่ยนแปลงและกระบวนการปฏิสัมพันธ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เช่น การรวมกลุ่ม การแสดงความคิดเห็น และการสังเกตผลลัพธ์การดำเนินการ ตามวัตถุประสงค์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรค อุปกรณ์ที่ใช้ในการช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เทปบันทึกเสียง ช่วยให้ข้อมูลที่ถูกต้องและครอบคลุมทุกประเด็น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการที่หลากหลายดังนี้

1 การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และได้มีการกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต ดังนี้

1.1 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา ของผู้ร่วมกระบวนการ

1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเครือข่ายในฐานะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนที่ผู้ศึกษาเลือกมาเนื่องจากบุคคลนั้นมีคุณสมบัติที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่ผู้ศึกษาต้องการหรือมีประสบการณ์ต่างจากคนอื่น ๆ ซึ่งมีขั้นตอนตั้งแต่การแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบข้อมูลพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา และบริบทอื่น

1.4 การสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) เป็นการสนทนาข้อมูลจากกลุ่มที่ทุกคนมีส่วนร่วม แสดงแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการ วางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งให้มีผู้ร่วมสนทนาประมาณ 6-12 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา จากสังคมและเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ องค์ประกอบของการสนทนาที่ถูกต้อง คือ ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จัดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนทนา การส่งเสริมบรรยากาศ ของสนทนาคุณแก่ผู้เข้าร่วม สถานที่ ระยะเวลาและประเด็นการสนทนากลุ่ม

1.5 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติงาน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ข้อมูลการสร้างเครือข่ายเพื่อสนับสนุนงานควบคุมป้องกันโรคป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม (facilitator) เพื่อให้เกิดการสร้างรูปแบบป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา รวมถึงการออกแบบปฏิทินกิจกรรมและงานที่มอบหมาย (Carlander of Activities and Assignments) คณะทำงานร่วมกันวางแผนเพื่อเขียนปฏิทินการปฏิบัติงาน โดยใส่เป้าหมายไปด้วยจนได้แผนปฏิบัติการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้จำแนกการวิเคราะห์ข้อมูลด้านกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย ข้อมูลด้านบริบทชุมชน กระบวนการพัฒนา และผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านบริบทชุมชน ได้แก่ ข้อมูลการสำรวจพื้นฐาน ข้อมูลประชาชน อัตราป่วย ปฏิทินชุมชนในพื้นที่ตำบลเหล่ากวาง

1. โดยตรวจสอบความถูกต้องด้วยนักวิจัย ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาประมวลข้อค้นพบจนได้ความคิดเห็นสรุปตรงกัน แล้วนำมาวิเคราะห์เนื้อหา

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านการดำเนินงานรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนาในตำบลเหล่ากวาง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ในการการวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนผลการปฏิบัติ โดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ และการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณก่อนและหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นโดยใช้ Paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ศึกษาได้คำนึงถึงประเด็นจริยธรรมในการศึกษา โดยมีการขออนุญาตการศึกษา และเก็บข้อมูลอย่างเป็นทางและโดยใจกว้าง เพื่อให้ผู้เข้าร่วมศึกษาทราบวัตถุประสงค์ของการวิจัย และเปิดโอกาสให้ตัดสินใจเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ นอกจากนี้ประเด็นในการสอบถามและการสนทนาก็มีการกลั่นกรองอย่างระมัดระวัง เพื่อไม่ให้เจาะลึกในประเด็นที่เป็นเรื่องส่วนตัวที่อาจทำให้เกิดความเสียหายแก่บุคคล การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นการนำเสนอข้อมูลโดยภาพรวม ในการอ้างอิงถึงชื่อกลุ่มตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดเวลาในการวิจัย โดยการพิทักษ์สิทธิการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2022 - 033

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ตำบลเหล่ากวาง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ตำบลเหล่ากวางแบ่งการปกครองออกเป็น 8 หมู่บ้าน มีวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อและพิธีกรรมที่ผสมผสานกับการดำเนินวิถีชีวิตของชาว มืงานบุญประเพณีที่ได้ถือปฏิบัติกันมาตลอดปีทั้ง 12 เดือน “ฮีดลีสอง” ซึ่งตนในชุมชนยึดถือปฏิบัติสืบทอดกันจากตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน พื้นเพเดิมคนในชุมชนใช้ภาษาท้องถิ่น “ส่วย” ในการสื่อสาร มีจารีต สาเหตุการระบาดของโรคไวรัสโคโรนาในโลกที่ผ่านเกิดจากประชาชนเดินทางเข้าพื้นที่และมีการระบาดขยายที่ออกไปในวงกว้าง ซึ่งตำบลเหล่ากวางยังไม่มีแนวทางปฏิบัติสำหรับประชาชนที่เดินทางเข้าออกจากพื้นที่ส่งผลให้มีผู้ป่วยที่เดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยงสูง ติดต่อกันมายัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหยอด ผ่านทาง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อรับการรักษาตามระบบบริการสาธารณสุขในพื้นที่ แต่ยังมีกลุ่มเสี่ยงสูงบางกลุ่มเดินทางเข้ามาโดยไม่ได้อำนาจเจ้าหน้าที่ ไม่ปฏิบัติตามแนวทางการควบคุมโรคของคณะกรรมการควบคุมโรคระดับอำเภอโนนคูณ ทำให้เกิดการระบาดเป็นกลุ่มก้อนในกิจกรรมประเพณี คิดเป็นร้อยละ 36.5 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด ซึ่งการจัดกิจกรรมประเพณีต่างๆ เช่น พิธีบายศรีสู่ขวัญ งานแต่งงาน งานศพ ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันควบคุมโรคของคณะกรรมการควบคุมโรคระดับอำเภอโนนคูณถึงร้อยละ 86.2 ทำให้อัตราป่วยเพิ่มขึ้นและมีผู้ป่วยเสียชีวิต “ตอนนี้ตำบลหมู่เฮา มีพี่น้อง ลูกหลาน กลับมาบ้าน เพราะว่าทางกรุงเทพ เพิ่นกำหนดปิดกิจการ โรงงานหลายม่องเพิ่นกะประกาศหยุดงาน เฮากะยังบ่ว่า ผู้ใดเสี่ยง บ่เสี่ยงกะบ่” (ทีมวิจัยคนที่ 3) ดังนั้นทีมผู้นำชุมชนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในตำบลเหล่ากวางจึงได้พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในชุมชน ตำบลเหล่ากวาง อำเภอโนนคูณ จังหวัด ศรีสะเกษขึ้น

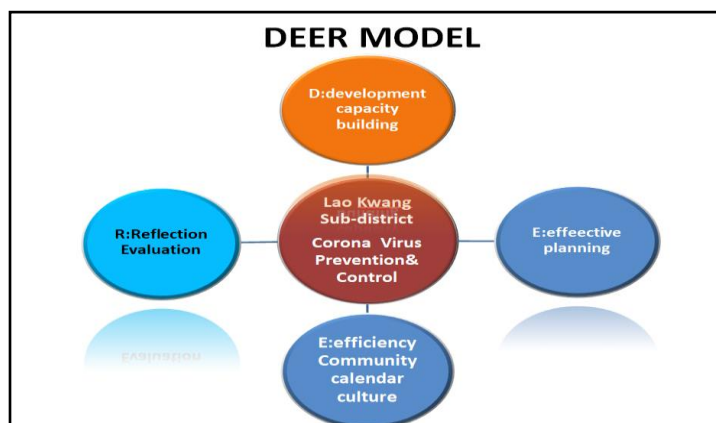
2.รูปแบบการพัฒนาแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาในชุมชน ตำบลเหล่ากวาง อำเภอนาคูณ จังหวัด ศรีสะเกษ มีขั้นตอนการดำเนินการ ตามหลัก DEER Model ดังนี้

1) D :development capacity building การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชนโดยการกระตุ้นเครือข่าย โดยการดำเนินการ ในรูปแบบของคณะกรรมการควบคุมโรคระดับตำบล ที่ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จากนั้นกำหนด แนวทางการทำงานร่วมกัน “เครือข่ายเรา หลากหลาย ทุกฝ่าย ร่วมกันคิดออกแบบ และดำเนินการร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ทำให้เราทำงานได้ตรงประเด็น”(ผู้ร่วมวิจัยคนที่ 2)

2) E : effective planning ออกแบบรูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาที่ สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณี ทำให้มีประสิทธิภาพ โดยการออกแบบรูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรค ติดเชื้อโคโรนา โดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาชุมชน ในแต่ละเดือน เช่น เดือนมกราคมบุญเข้ากรรม กุมภภาพันธุ์บุญคูณลาน มีนาบุญข้าวจี เมษายนสงกรานต์ พฤษภาคม พิธีกรรมรำแถน (รำถวายผีฟ้า) มิถุนายนบุญซ้อชะ กรกฏาคม เข้าพรรษา สิงหาคมบุญข้าวประดับดิน กันยายนบุญข้าวสาก ตุลาคมบุญออกพรรษา/ไหลเรือไฟ/บุญกฐิน พฤศจิกายน ลอยกระทง ธันวาคมงานปีใหม่ แต่ละกิจกรรม ซึ่งมีความแตกต่างกันในการจัดกิจกรรม เพื่อนำมาใช้ในการจัดการกับ ปัญหา “โรคโควิดนี้ เฮ็ดให้พี่น้องลูกหลานเฮากลับเมื่อบ้านหลายขึ้นเรื่อย ๆ เฮาสีเฮ็ดแนวได้ จังสิปลั้มประเพณี แต่ต้อง บ่ให้เกิดโรคในชุมชนเฮา” (ปราชญ์ชาวบ้าน)

3) E : efficiency Community calendar culture ดำเนินการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนาตามภูมิปัญญาชุมชน อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการตามรายละเอียดประเพณี เช่น พิธีกรรมรำแถน (รำ ถวายผีฟ้า) ในเดือนพฤษภาคม มีมาตรการ ดังนี้ 1.สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา 2.ล้างมือก่อนเข้าออกพิธีกรรมทุก ครั้ง 3.ผู้มาร่วมงานต้องได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 4.การจัดพิธีกรรมต้องแจ้งให้ ผู้ใหญ่บ้านผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกครั้ง 5.ผู้ที่เดินทางมาเข้าร่วมพิธีกรรม ต้องแจ้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกคน 6.ผู้นำกิจกรรมทางพิธี ประเพณีวัฒนธรรม หรือเจ้าภาพ ต้องแจ้ง รายละเอียดกิจกรรมทุกครั้ง “พิธีกรรมรำแถน (รำถวายผีฟ้า) ของเฮาสีมีมาตรการจำกัดจำนวนคน หมอแคนต้องเป่า แคนคนละตัว (จากเดิมเป่าแคนตัวเดียวกันผลัดคนเป่า) กินน้ำคนละขวด สวมหน้ากาก ล้างมือ แล้วจะต้องบ่มีเหล้า เพื่อฮึดครองประเพณีบ้านเฮาสีปลอดภัย” (ปราชญ์ชาวบ้านผู้นำกิจกรรมรำแถน)

4) R : Reflection Evaluation การสะท้อนและประเมินผลการดำเนินการตามรูปแบบป้องกันและควบคุม การแพร่ระบาดของโรค โดยทีมผู้วิจัยจะแฝงตัวเข้าเยี่ยมประเมินกิจกรรมในรูปแบบผู้เข้าร่วมกิจกรรมทางพิธี ประเพณี วัฒนธรรม เพื่อทำการสังเกตและนำข้อมูลมาสะท้อนคืนแก่ชุมชนเพื่อให้ประชาชนมีการรับรู้ และตั้งใจปฏิบัติตาม ข้อตกลงของชุมชนได้อย่างถูกต้อง โดยการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาชุมชน ตำบลเหล่ากวาง อำเภอนาคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ พัฒนาขึ้นดังนี้



3. การประเมินผลรูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาโดยการระยุกต์ใช้ภูมิปัญญา ชน ตำบลเหล่ากวาง อำเภอนาคูณ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมี มีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน ของความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค ความตั้งใจในการป้องกัน และ การปฏิบัติตาม

มาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 1.43 คะแนน (95%CI=1.06-1.90) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น 2.06 คะแนน (95%CI=1.47-2.70) การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น 2.22 คะแนน (95%CI=1.68-2.77) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น 1.63 คะแนน (95% CI=0.89-2.37) ความตั้งใจในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น 6.94 คะแนน (95%CI=5.98-7.91) การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น 6.42 คะแนน (95%CI=5.18-7.68) ตามลำดับรายละเอียดตามตารางที่ 2 และไม่มีผลกระทบเป็นกลุ่มก่อนในกิจกรรมประเพณีในชุมชน ซึ่งลดลงจากก่อนดำเนินการ ทำให้ผู้ป่วยรายใหม่ป่วยลดลงจาก 14 คนต่อวัน เหลือ 4 คนต่อวัน และไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตและจากคำถามที่ว่าเราจะบอกคนอื่นได้อย่างไรว่าเราดำเนินการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาโดยการประยุกต์ใช้ปฏิทินชุมชนตำบลเหล่ากวาง ได้สำเร็จ “ที่ผ่านมาชุมชนของเราไม่มีการระบาดของโรคโควิด 19 ในงานประเพณี พิธีกรรมต่างๆ ถือว่าการทำงานของพวกเรามีประโยชน์ต่อพี่น้องตำบลเหล่ากวางอย่างหลาย ในสถานการณ์ซับซ้อนของโรคระบาดหากะบ่งชี้ชัดประเพณี ข่าส่วยส่วยอย่า วยอยุ่อยู่ร่วมกันขอบคุณหลายๆ”(ประจักษ์ ขวบน้ำ)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้อุปสรรค ความตั้งใจในการป้องกัน และ การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลเหล่ากวาง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

รูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาโดยการประยุกต์ใช้ปฏิทินชุมชนตำบลเหล่ากวาง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ	ก่อน (n=35) $\bar{X}$ (S.D.)	หลัง (n=35) $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	12.83 (1.22)	14.13 (0.68)	1.43	1.06-1.90	7.1948	<0.001
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	12.34 (1.89)	14.43 (0.78)	2.06	1.47-2.70	6.8997	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	11.88 (1.30)	26.02 (3.37)	2.22	1.68-2.77	8.3795	<0.001
การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	12.71 (2.19)	14.35 (0.80)	1.63	0.89-2.37	4.4670	<0.001
ความตั้งใจในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	22.26 (2.67)	29.02 (0.99)	6.94	5.98-7.91	14.6331	<0.001
การปฏิบัติตามมาตรการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	33.77 (4.15)	40.20 (2.27)	6.42	5.18-7.68	10.4473	<0.001

สรุปและอภิปรายผล

จากการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาโดยการประยุกต์ใช้ปฏิทินชุมชนของตำบลเหล่ากวาง อำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ จะเห็นได้ว่าเป็นการทำงานขับเคลื่อนในภาวะวิกฤติฉุกเฉินเร่งด่วนในสถานการณ์โรคระบาดรุนแรง ในบริบทความหลากหลายของวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อและพิธีกรรมที่ผสมผสานกับการดำเนินวิถีชีวิตของชาวอีสาน โดยการมีส่วนร่วมของความหลากหลายภาคีเครือข่าย ภายใต้ทุนที่มีอยู่ในชุมชน นำมากำหนดกิจกรรม การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณี ทำให้มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพตามบริบท สอดคล้องกับ โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. (2545) กล่าวไว้ว่า แบบแผนกิจกรรมเหตุการณ์รวมทั้งประเพณีปฏิบัติของชุมชน ที่เกิดขึ้นในรอบปี หรือแต่ละฤดูกาล ทำให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมหรือเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้สามารถวางแผนการทำงานกับชุมชนได้ดีขึ้น เพราะจะทำให้จัดตาราง การทำงานที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตชุมชนได้ สามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสม และถูกจังหวะเวลา และสุภางค์ จันทวนิช 2552 , กล่าวไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึงวิธีการ

เรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างเข้มข้นทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องใน กิจกรรมวิจัย นับตั้งแต่การระบุ ปัญหาการดำเนินการ การติดตามผล จนกระทั่งถึงขั้นประเมินผล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาชุมชน พบว่า การสร้างเครือข่ายที่หลากหลายครอบคลุมทุกกลุ่ม ทำให้ทราบข้อมูลการทำงานที่แท้จริง ทราบรายละเอียดของกิจกรรมแต่ละ ประเพณี วัฒนธรรมตามภูมิปัญญาชุมชน โดยเฉพาะผู้นำอย่าไม่เป็นการ ผู้นำกิจกรรมทางพิธี ประเพณีวัฒนธรรม ดังนั้นเราจึงควรสร้างเครือข่ายที่หลากหลายในชุมชน เพื่อเกิดความร่วมมือในการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะ ในช่วงที่ต้องดำเนินงาน ภายใต้สถานการณ์วิกฤติฉุกเฉินเร่งด่วนและมีผลกระทบหลายมิติต่อประชาชน โดยสามารถปรับเปลี่ยน ให้สอดคล้อง กับบริบทของพื้นที่ หากมีการระบาดของโรคติดต่อเชื้อโคโรนาหรือโรคอื่นๆในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาชุมชน ซึ่งเป็นเครื่องมือส่วนหนึ่งในเครื่องมือการทำงานในชุมชน ของเครื่องมือ 7 ชิ้น โดยอาศัยความร่วมมือของคนในชุมชนคิดวิเคราะห์ ออกแบบ และร่วมกันประเมินผล ทำให้สามารถออกแบบรูปแบบการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อโคโรนา ที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณี ทำให้มี ประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลต่อพื้นที่นั้น

เอกสารอ้างอิง

- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์.(2545).วิถีชุมชนคู่มือการเรียนรู้ทำงานชุมชนง่ายได้ผลและสนุก.นนทบุรี: สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พรรณี บัวเล็ก. (2557). วิถีชุมชนเครื่องมือ 7 ชิ้น ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผล และสนุก. วารสารร่วมพฤษภูมิ มหาวิทยาลัยเกริก 8 (4) 2557, 155 - 169
- อุทัย ดุลยเกษม และอรศรี งามวิทย์พงศ์. (2540). ระบบการศึกษากับชุมชน : กรอบแนวคิดและการ เสนอ เพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: แปลนพรีนติ้ง.
- ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ, ทักษิภา ชัยรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชน เรื่อง การป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. วารสารการพยาบาลการ สาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา. 21 (2). 29-39.
- บุญเรือน ทองทิพย์. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กับศักยภาพของผู้นำต่อการพัฒนา องค์การ แบบ New Normal. Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology, 5(11), 434-447.
- ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ.(2543).กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- ไพบูลย์ โล่ห์สุนทร. ระบาดวิทยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2540.
- ภัทรพร เกษสังข. (2559). การวิจัยปฏิบัติการ. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. มูลนิธิเพื่อการพัฒนา นโยบายสุขภาพพระมหากษัตริย์. (2563). รายงานโครงการพัฒนารอบ ยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขเพื่อ ตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ ประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- สุภากร จันทวนิช (2552). วิธีวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 13. : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- Kemmis, & McTaggart. (1982).Action research in retrospect and prospect. The action research reader. Geelong, Vic: Deakin University.
- Kemmis, & McTaggart, R. (1988).The Action research planner, 3 rd ed. Geelong: Deakin University, Australia.
- Kemmis, & Wilkinson, M. (1998).Participatory action research and the study of practice. In B. Atweh.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

Model of caring for dependent elderly by community participation at
Community health center urban area, Mueang Sisaket, District, Sisaket Province.

บุหลัน สุขเกษม* มลฤทัย ทองพิละ** ศรียา ศิริปรุ**

Bulan Sukkasem* Monrutai Thongpila** Sariya Siripru**

E-mail :bulan009@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ โดยมีขั้นตอนการวิจัยคือ 1) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 2) ระบุพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) การประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น โดยใช้การจัดการคุณภาพ 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การนำไปปฏิบัติ การประมวลผลข้อมูล และการสะท้อนผล (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ ผ่านกระบวนการสนทนากลุ่ม กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบคือกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 38 คน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จำนวน 100 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการบันทึก สังเกต และการสัมภาษณ์เชิงลึก ระหว่างเดือน มิถุนายน 2565 – กันยายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ คือ PKESCV MODEL ซึ่งประกอบด้วย 1) P: Policy คือ นโยบายสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านการดูแลรักษา ส่งเสริมสวัสดิการ และความมั่นคงปลอดภัย 2) K: Knowledge and Skill คือ ความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 3) E: Empowerment การเสริมสร้างพลัง 4) S: Social support คือ สิ่งสนับสนุนทางสังคม 5) C: collaboration คือ การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง ซึ่งความร่วมมือและเข้มแข็งจะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน และ 6) V: Value คือ การให้คุณค่าต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบพบว่า คะแนนด้านความรู้ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การได้รับสิ่งสนับสนุนทางสังคม ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของภาคีเครือข่าย ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และคะแนน ADL ของผู้สูงอายุ สูงกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนั้นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ในการจัดบริการผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: รูปแบบ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีส่วนร่วม

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลศรีสะเกษ

** นักวิชาการสาธารณสุข โรงพยาบาลศรีสะเกษ

Abstract

The objective of this action research was to study the model of caring for the dependent elderly by community participation. Urban Community Health Center Mueang Sisaket District Sisaket Province. The research process is 1) To study the context and problems of health care for the dependent elderly 2) the development phase of the dependent elderly 3) Evaluation of the effectiveness of the developed program. by using quality management in 4 steps: planning, implementing the plan data processing and Reflection (PAOR) in the amount of 3 rounds through the group discussion process. The sample group in the development of the model is A group of 38 stakeholders and a sample group used to evaluate the effectiveness of the developed model of 100 people. Between JUNE 2022 to September 2022 Data were analyzed by collecting, categorizing, and analyzing the content of the research findings. A model of caring for the dependent elderly by community participation Urban Community Health Center Mueang Sisaket District, Sisaket Province.

The model for the development of caring for the elderly with dependency is **PKESCV Model** consisting of 1) P: Policy, which is a policy to support caring for the elderly with dependency care promote welfare 2) K: Knowledge and Skill is knowledge and skills in caring for elderly with dependency 3) E: Empowerment 4) S: Social support 5) C: Collaboration is strong participation which cooperation and strength will lead to continuity and sustainability and 6) V: Value is to value the elderly who are dependent. The results of the evaluation of the effectiveness of the model found that knowledge score Attitudes of caregivers for the elderly obtaining social support The level of participation in caring for the elderly of the network partners Satisfaction of dependent elderly and ADL scores of the elderly was higher than before the experiment with a statistical significance level of 0.05. Therefore, the care model for the dependent elderly was developed. can be used to provide services for the elderly effectively meets the intended purpose.

Keywords: Model, dependency elderly, Collaboration

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศหนึ่งในอาเซียนที่เข้าสู่สังคมสูงวัย (Aged society) คือการที่มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดจากนั้นจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) เมื่อมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่า ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดในปี 2564 และจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super aged society) เมื่อมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ประมาณปี 2574 จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้ความต้องการดูแลเพิ่มขึ้นจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะประสพภาวะทุพพลภาพอย่างรุนแรง ส่งผลให้มีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือได้แต่มีข้อจำกัดเพิ่มมากขึ้นในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษปี 2565 มีจำนวนผู้สูงอายุ 1,982 คนเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 78 คน พบว่ามีบางคนเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ บางคนอาการหนักขึ้น และเสียชีวิต และปัญหาที่พบมากในกระบวนการดูแลอื่นๆเช่น ผู้ช่วยเหลือดูแล (CG) ไม่สามารถให้การดูแลได้ตามแผนการพยาบาล ญาติยังไม่มั่นใจในการดูแลของ Care Giver ส่วนระบบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนของผู้ดูแลยังมีข้อจำกัดตามระเบียบของหน่วยบริการ เนื่องจากยังไม่มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ชัดเจน จากปัญหาในภาพรวมของการดำเนินงานที่ผ่านมา และผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัด

ศรีสะเกษ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ดียิ่งขึ้น โดยให้ครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ช่วยให้ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ไม่มีภาวะแทรกซ้อนภาวะแทรกซ้อน และครอบครัวมีความพึงพอใจ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทชุมชนและสถานการณ์ นโยบายการดูแลและกระบวนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบ ได้แก่ ประชาชนในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง โรงพยาบาลพยาบาลศรีสะเกษ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษจำนวน 38 คน ประกอบด้วย

1. นายกเทศมนตรี หรือตัวแทนจำนวน 1 คน
2. กรรมการกองทุน LTC จำนวน 1 คน
3. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 คน
4. นักกายภาพบำบัด 1 คน
5. เภสัชกร 1 คน
6. ผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน
7. อสม.จำนวน 10 คน
8. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (CM) จำนวน 3 คน
9. ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 คน
10. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง(CG) จำนวน 5 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ประเมินรูปแบบ ได้แก่ ประชาชน ผู้สูงอายุพึ่งพิงและญาติ จำนวน 100 คน

กรอบแนวคิด

การวิจัยใช้กระบวนการของ Kemmis and McTaggart (1988) (PAOR) จำนวน 3 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่1การวางแผน(Planing)วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยเครือข่าย ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) จัดกิจกรรมสนทนากลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากปัญหาที่พบ ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกต (Observation) นิเทศติดตาม สนับสนุน และให้คำแนะนำ ประเมินผลการปฏิบัติการ เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน การสนทนากลุ่ม การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง มิถุนายน 2565 – กันยายน 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.แบบสนทนากลุ่มย่อย (Focus group Discussions) เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2.แบบสังเกตการณ์สนทนากลุ่มย่อย เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการที่หลากหลายดังนี้

1.การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และได้มีการกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธี เพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกมาอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริง

2.การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักบางคนที่ผู้ศึกษาเลือกมา เนื่องจากบุคคลนั้นมีคุณสมบัติที่จะให้ข้อมูลเฉพาะเจาะจงที่ผู้ศึกษาต้องการหรือมีประสบการณ์ต่างจากคนอื่น ๆ ซึ่งมีขั้นตอนตั้งแต่การแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และบริบทอื่นๆ

3.การสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) เป็นการสนทนาข้อมูลจากกลุ่มที่ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีต่อการเตรียมการ วางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มแต่ละครั้งให้มีผู้ร่วมสนทนาประมาณ 5-10 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ องค์ประกอบของการสนทนาที่ถูกต้อง คือ ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนาม การส่งเสริมบรรยากาศ ของสนทนาคุณแก่ผู้เข้าร่วม สถานที่ ระยะเวลา และประเด็นการสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลด้านบริบทชุมชน กระบวนการพัฒนา และผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังนี้

ส่วนที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านบริบทชุมชน ได้แก่ ข้อมูลการสำรวจพื้นฐาน รายได้ โรคประจำตัวจำนวนผู้ดูแลในครอบครัว/ชุมชน คะแนนการประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL)ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลด้านการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษในการการวางแผนการปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผลการปฏิบัติโดยการวิเคราะห์เนื้อหาโดยการจัดหมวดหมู่ สรุปประเด็น

ส่วนที่ 3 การวิเคราะห์ประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นของคะแนนด้านความรู้ ทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การได้รับสิ่งสนับสนุนทางสังคม ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุของภาคีเครือข่าย ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและคะแนนADL ของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติpaired t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2022-037 วันที่ 23 มิถุนายน 2565โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี(ICHGCP)กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัยการปฏิบัติตน และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัยเมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และข้อมูลจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านบริบทและสถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

1.1. ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ตั้งอยู่บนถนนอุบลตำบลเมืองใต้ อำเภอเมือง จังหวัดศรีสะเกษอยู่ในเขตการปกครองของเทศบาลเมืองศรีสะเกษมีจำนวนชุมชนที่อยู่ในเขตรับผิดชอบ ทั้งหมด 10ชุมชน ได้แก่ ชุมชนปาม่วง จำนวน 177 หลังคาเรือน ชุมชนวัดหลวง จำนวน 238 หลังคาเรือน ชุมชนวัดเลียบ จำนวน 71 หลังคาเรือน ชุมชนโนนเค็ง จำนวน 380 หลังคาเรือน ชุมชนไกรภักดี จำนวน 156 หลังคาเรือน ชุมชนผดุงธรรม จำนวน 146 หลังคาเรือน ชุมชนศรีมงคล จำนวน 239 หลังคาเรือน ชุมชนตันโก จำนวน 193 หลังคาเรือน ชุมชนรสป.จำนวน689 หลังคาเรือน และชุมชนหนองกะลา จำนวน 252 หลังคาเรือนโดยแยกจำนวนประชากรชายหญิงทั้ง 10หมู่บ้านดังต่อไปนี้ ประชากรชาย 4,015 คน ประชากรหญิง 4,228 คน (จำนวนประชากรแฝงในพื้นที่ประมาณ 4,500 คน)ซึ่งแบ่งเป็นผู้สูงอายุทั้งหมด 1,892 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 1,086 คน เป็นเพศชาย จำนวน 824 คน โดยเป็นผู้สูงอายุตอนต้น มีอายุระหว่าง 60-74 ปี มากที่สุด จำนวน 1,309 คน รองลงมาอยู่ในกลุ่มคนชรา มีอายุระหว่าง 75-90 ปี จำนวน 583 คน และอยู่ในกลุ่มชรามาก อายุ 90 ปีขึ้นไป จำนวน 179 คน โดยมีอายุเฉลี่ย 65 ปี อายุมากที่สุด 98 ปี อายุน้อยสุด 60 ปี เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 65 คน แบ่งเป็น ตีตบ้านกลุ่มที่ 1 (ADL 12-20 คะแนน) จำนวน 48 คน ตีตบ้านกลุ่มที่สอง (ADL 9-11 คะแนน) จำนวน 3 คน ตีตเตียงกลุ่ม3 (ADL 5-8 คะแนน)จำนวน 6 คน และตีตเตียงกลุ่มที่ 4 (ADL 0-4 คะแนน) จำนวน 8 คนรายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่1 จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบLTC ปีงบประมาณ 2565

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามเกณฑ์(ADL)	จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง	เสียชีวิต	คงเหลือ	ADL ตั้งแต่ 11	ADL ลดลง	ADL เท่าเดิม	จำนวนผู้สูงอายุ เดือนมิถุนายน 65
1.กลุ่มตีตบ้านกลุ่ม1	58	8 (13.7%)	50	0	4 (6.8%)	46(79.31%)	48
2.กลุ่มตีตบ้านกลุ่ม2	3	0	3	0	0	3 (100%)	3
3.กลุ่มตีตเตียงกลุ่ม3	10	2(20%)	8	0	4(40%)	6(60%)	6
4.กลุ่มตีตเตียงกลุ่ม4	5	1(20%)	4	0	0	4(80%)	8
รวม	76	0	65	0	0	3	65

1.2.สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนทั้งหมด 65 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่ได้อาศัยอยู่ลำพังคนเดียว จำนวน 64 คน อาศัยอยู่ลำพัง จำนวน 1 คน โดยผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นสมาชิกครอบครัว จำนวน 64 คน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตรับผิดชอบของศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย การดูแลโดยครอบครัว การดูแลโดยเครือข่ายชุมชน และการดูแลโดยหน่วยงานภาครัฐ ดังนี้

1.2.1การดูแลโดยครอบครัว ผู้ดูแลหลักคือครอบครัวและเครือญาติ ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน ญาติ และการดูแลโดยคู่สมรสและบุตรในครัวเรือนเดียวกัน กิจกรรมหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การดูแลด้านอาหาร ด้านร่างกาย สุขภาพ การเจ็บป่วย และการรักษาพยาบาลโดยการพาไปพบแพทย์ตามนัด การดูแลเมื่อเกิดความเจ็บป่วย ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การออกกำลังกายยังมีน้อย การดูแลและจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน อุปสรรคที่พบคือ ด้านตัวผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์และความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ปัญหาด้านเศรษฐกิจแลเวลา เนื่องจากต้องไปประกอบอาชีพนอกบ้าน อีกทั้งผู้ดูแลหลักบางคนมีปัญหาด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย

1.2.2 การดูแลโดยเครือข่ายชุมชน เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนอกหรือการดูแลโดยชุมชนท้องถิ่น การจัดการด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงของชุมชน ประกอบด้วย 1) ระบบเครือญาติ เป็นการดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีญาติในชุมชนเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 2) เพื่อนบ้าน ส่วนใหญ่เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติหรือญาติไม่ได้อยู่ในชุมชน มีเพื่อนบ้านใกล้เคียงให้ความช่วยเหลือ เช่น เยี่ยมเยียนเป็นครั้งคราว หยิบยื่นความช่วยเหลือเป็นสิ่งของ 3) กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1.2.3 การดูแลโดยหน่วยงานภาครัฐ เป็นการจัดการบริการนอก ได้แก่ 1) เครือข่ายบริการสุขภาพ ได้แก่ ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง ให้การดูแลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ การเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน 2) เทศบาลเมืองศรีสะเกษสนับสนุนเบี้ยยังชีพ 3) หน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ให้การดูแลด้านการสงเคราะห์

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.8 เพศชายร้อยละ 34.2 อายุเฉลี่ย 44.74 ปี (SD=10.70) สถานภาพคู่ ร้อยละ 52.6 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 31.6 ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ย 10,410 บาท

2.1.1 ขั้นการวางแผน (Planning) เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองโดยการศึกษาสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (deep interview) เพื่อสะท้อนสภาพปัญหาของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบริบทและสถานการณ์ที่เป็นจริงโดยผู้เข้าร่วมในระยาศึกษาบริบทจำนวน 38 คนได้ระดมสมองและร่วมวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า 1) ไม่มีทักษะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากพอหรือไม่มีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (15คน) 2) องค์กรความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (10คน) 3) มีความต้องการสนับสนุนจากบุคคลากรภาครัฐเอกชนหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง (5คน) 4) การบริหารจัดการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (8คน) ในส่วนความต้องการของผู้ดูแลพบว่า 1) ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองตรวจเยี่ยมให้กำลังใจเพิ่มมากขึ้น 2) ต้องการได้รับความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้มากกว่าเดิม 3) ต้องการกำลังใจและความเชื่อมั่นจากคนรอบข้างในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2.1.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) เป็นกระบวนการที่ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม ร่วมรับรู้ปัญหา ตลอดจนร่วมวางแผนออกแบบกระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมในชุมชน ดำเนินการเตรียมความพร้อมก่อนการจัดประชุมวางแผนการเก็บข้อมูลก่อนการศึกษาวิจัย เพื่อให้ทราบบริบท สถานการณ์ และปัญหาความต้องการของชุมชน ดำเนินกิจกรรมโดยใช้รูปแบบการสนทนากลุ่มย่อย (Focus group) โดยผู้ร่วมกิจกรรมเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แสดงความคิดเห็น เสนอแนะปัญหา แนวทาง และสิ่งที่ต้องการให้เกิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ใช้วิธีการสรุปกิจกรรมในภาพรวมของกลุ่มใหญ่ด้วยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา โดยผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนช่วยกันจัดกลุ่มปัญหา แนวทาง สิ่งที่ต้องการให้เกิดการพัฒนา โดยมีทีมวิทยากรช่วยสรุปอีกครั้งเพื่อนำไปดำเนินการแก้ไขปัญหาดำเนินงาน

ตารางที่2 ตารางสรุปผลการจัดลำดับความสำคัญของประเด็นปัญหาในกิจกรรมสนทนากลุ่มย่อย

ข้อคำถาม	ข้อคิดเห็น	หมายเหตุ
1.นโยบายในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนจากอดีตจนถึงปัจจุบันเป็นอย่างไร	อดีต - การดำเนินงานโครงการล่าช้า -ระบบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนของผู้ดูแลยังมีข้อจำกัดตามระเบียบของหน่วยบริการ - ระยะเวลาโครงการไม่ต่อเนื่อง ปัจจุบัน - นโยบายชัดเจน แต่การดำเนินงานโครงการยังล่าช้า - งบประมาณได้จากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่เทศบาลเมืองศรีสะเกษแห่งเดียว - ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลค่อนข้างน้อย - Care giver (CG) ได้ค่าตอบแทนไม่เหมาะสมกับภาระงาน	
2.จุดแข็ง และจุดอ่อนในการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อสนับสนุนงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จากอดีตจนถึงปัจจุบันเป็นอย่างไร	1.จุดอ่อน - การเยี่ยมบ้านไม่มีความต่อเนื่อง - ญาติผู้ป่วยไม่มีทักษะในการดูแลขาดความเชื่อมั่นต่อผู้ดูแลCG - เครือข่ายผู้นำชุมชนไม่ทราบปัญหา สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 2.จุดแข็ง - มีการติดต่อประสานงานระหว่างCMและCG - อสม.ในชุมชนมีความเข้มแข็ง - มีหน่วยบริการที่เข้าถึงง่าย สะดวก - ระบบการรักษาทางไกล Telemedicine pcu1	
3.ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นอย่างไร	- ญาติไม่มีความเชื่อมั่นในการดูแล และขาดทักษะพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - ผู้ดูแลปฏิเสธที่จะรับการช่วยเหลือจากCare giver, Care manager - ภาระงานด้านเอกสารทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้ไม่เต็มที่	
4.แนวทาง หรือรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนควรเป็นอย่างไร	- นโยบายควรมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และลดขั้นตอนการดำเนินงานในโครงการต่างๆ เพื่อเอื้อต่อความสะดวก และรวดเร็วในการดำเนินงาน - มีระบบการรักษาที่สามารถเข้าถึงง่าย สะดวกรวดเร็วในการปรึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง - มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแล ญาติ ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - Care giverและ Care manager ได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	
5.ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องส่งเสริมสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุที่	- ผู้บริหารระดับสูง - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และทีมสหวิชาชีพอื่น	

มีภาวะพึ่งพิงควรประกอบด้วย	- เครือข่ายผู้นำชุมชน - Care manager (CM) Care giver (CG) - ญาติ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	
6.หัวใจหรือปัจจัยของการมีส่วนร่วมในชุมชนเพื่อสนับสนุนงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	- กระบวนการพัฒนาที่มาจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปฏิบัติได้จริงและมีความยั่งยืน	
7.การวางแผนดำเนินงานประสานงานและประเมินผลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	- ศึกษาสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในพื้นที่ - วิเคราะห์ปัญหาโดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - ดำเนินการภายใต้การจัดโครงการที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง - ประเมินผล และนำผลการปฏิบัติมาประยุกต์ใช้ให้เกิดความยั่งยืน	
8.เครือข่ายที่สนับสนุนงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	- เครือข่ายภาครัฐ และภาคเอกชน - เครือข่ายบริการด้านสาธารณสุขในเขตอำเภอเมือง - กระบวนการรับส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิ - เครือข่ายผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข - เครือข่ายภาคประชาชน	

2.1.3 **ขั้นสังเกต (Observation)**จากการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้แผนงานที่ผู้ร่วมวิจัยได้ร่วมกันในการวิเคราะห์ ระดมสมองในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คณะทำงานได้มีการนำเสนอข้อมูลมาประเมินผลจากการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆร่วมกัน เปรียบเทียบกับเป้าหมายและผลที่คาดว่าจะได้รับหลังการดำเนินการ

2.1.4 **ขั้นสะท้อนผล (Reflection)**จากการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนพบว่า ปัจจัยสำคัญคือ การเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นการวางแผนจนถึงขั้นสะท้อนผล ผู้วิจัยได้รวบรวมรายละเอียดไว้ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยประยุกต์ใช้องค์ประกอบของแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระหว่างรูปแบบเดิม และรูปแบบใหม่

องค์ประกอบของแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วม	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
1.การประเมินสถานการณ์ปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและการควบคุมให้มีการบริการที่กำหนด	- เป็นบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและรายงานต่อหน่วยงานระดับสูงขึ้นตามระบบโดยไม่ได้มีการวิเคราะห์ค้นข้อมูลแก่ชุมชน	- ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมดในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาทิ เช่นผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน ญาติ CG CM รวมถึงแพทยเวชศาสตร์ครอบครัว และทีมสหวิชาชีพอื่นได้มีส่วนร่วมในการคัดกรองสุขภาพสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุครอบคลุมด้านการได้รับสวัสดิการ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นำมาวิเคราะห์ร่วมกันและระดมความคิดเห็น

		ในการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาดังต่อไปนี้
2.การให้การส่งเสริมสุขภาพ	- ครอบคลุมผู้สูงอายุเสนอโครงการที่มาจากข้อมูลของหน่วยงานเพื่อขอความเห็นชอบในการดำเนินการจากคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น(กปท) โครงการในแต่ละปีจะมีความใกล้เคียงกับปีที่ผ่านมา	- ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกันค้นหาปัญหา และจัดทำแผนที่ทุกคนร่วมกันเสนอความคิดเห็นร่วมจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและกำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินการ
3.การจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	- เป็นการดำเนินงานตามบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการสำรวจตามระยะเวลาของงานประจำและจัดทำงบประมาณซื้อวัสดุ อุปกรณ์ให้แก่ผู้สูงอายุที่จำเป็นและมีการประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในกรณีงบประมาณไม่เพียงพอ	- ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกันจัดกระบวนการหลักการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้หลัก5อ.ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ดีเร็กและอนามัยเป็นหลักโดยสิ่งอำนวยความสะดวกยังเน้นในส่วนที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ
4.การจัดหาเครื่องใช้พื้นฐานที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	- เป็นการดำเนินงานตามบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขสำรวจตามระยะเวลาของงานประจำและจัดทำงบประมาณซื้อวัสดุอุปกรณ์ให้แก่ผู้สูงอายุที่จำเป็นและมีการประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบางครั้งงบประมาณไม่เพียงพอ	- ดำเนินการสำรวจข้อมูลโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง รายงานต่อผู้บังคับบัญชาทุกเดือนเพื่อประสานการจัดหาและสนับสนุนให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
5. การสนับสนุนพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	- เป็นการดำเนินงานตามบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในการสำรวจตามระยะเวลาของงานประจำและจัดทำงบประมาณผู้สูงอายุที่จำเป็นและมีการประสานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในบางครั้งงบประมาณไม่เพียงพอ	- ดำเนินการโดยคณะทำงานดูแลผู้สูงอายุภายใต้โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาและเชื่อมโยงกับกลุ่มชมรมภาคีเครือข่ายที่ได้รับการพัฒนาขึ้น
6.การพัฒนาเครือข่ายการช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน	- เป็นการดำเนินการตามบทบาทของหน่วยสาธารณสุข อสม.และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในลักษณะต่างคนต่างทำโดยไม่ได้มีรูปแบบการทำงานร่วมกันแบบเครือข่าย	- นอกจากคณะทำงานดูแลผู้สูงอายุแล้วยังมีโครงการที่ได้รับการพัฒนาตามโครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุมีการวางแผนงานที่ชัดเจนและมีกิจกรรมที่ดำเนินการต่อเนื่องโดยการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ

3.รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษพึ่งพิง คือ PKESCV Model ประกอบด้วย P: Policy K: Knowledge and Skill E: Empowerment S: Social support C: Collaboration และ V: Value ที่สอดคล้องกับการบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามสภาพปัญหา ทรัพยากรที่มีอยู่ รวมถึงบริบทของพื้นที่ภายใต้การจัดโครงการที่ส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

P: Policy :นโยบาย

1. นโยบายสนับสนุน

1.1 ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561

1.2 ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

2. ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชน ภาควิชาการช่วยต่างมีบทบาทหน้าที่ที่ครอบคลุมในทุกด้านของการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งด้านวิชาการ การส่งเสริมดูแลรักษา การส่งเสริมดูแลด้านสวัสดิการ และด้านความมั่นคงปลอดภัย

3. การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง ทั้งในด้านการให้ข้อมูล ความร่วมมือในการวิเคราะห์สภาพปัญหาการวางแผนออกแบบแก้ไขปัญหา ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม และความร่วมมือในการร่วมประเมินติดตามผลการดำเนินงาน ซึ่งความร่วมมือที่เข้มแข็งเช่นนี้จะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน

4. การออกแบบกิจกรรมโครงการที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหา ดังจะเห็นได้จากการที่ผู้วิจัยได้เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แสดงถึงศักยภาพในการให้ข้อมูล ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดประสบการณ์ และแสดงความคิดเห็นในการวางแผนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตลอดจนร่วมกันวางแผนออกแบบให้สอดคล้องกับปัญหา

K: Knowledge and Skill ความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญคือ ผู้ป่วยและญาติขาดความเชื่อมั่นในตัวผู้ดูแล และผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อธิบายได้ว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวมีความซับซ้อน และการบริการที่มีความเฉพาะ การเตรียมบุคลากร ผู้ดูแล และครอบครัวเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีความจำเป็นที่ผู้ดูแลทุกระดับต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ (Sihapark, Chuengsatiansup & Tengrang, 2014) เพื่อให้มีความรู้และทักษะ เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างมีคุณภาพสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sawatphol Pengpinit, Senanikorn and Srisuraphol (2017) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยครอบครัวในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า ผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่ไม่ได้เตรียมตัวและไม่มีความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างเป็นระบบ เป็นการดูแลตามกิจวัตรประจำวัน ดูแลกันตามศักยภาพที่มี

E: Empowerment การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ จากการสอบถามญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วย (CG) พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายมีศักยภาพในการค้นหาและระบุนความไม่พึงพอใจในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ จากการประเมินในรูปแบบของการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แสดงสัญลักษณ์ที่บ่งถึงสภาพร่างกาย และระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นขณะเดียวกันก็ยินยอมที่จะได้รับการดูแล สอดคล้องการงานวิจัยของ จิตินันท์ นาคผู้ (2558) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีทักษะในการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพและความเข้าใจต่อปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพของตนเอง มีความมั่นใจในการควบคุมพฤติกรรมทางสุขภาพ และเกิดความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงดูแลสุขภาพให้ดีขึ้น รวมทั้งมีแรงจูงใจในการกำหนดเป้าหมายและความสำเร็จทางสุขภาพแบบองค์รวมได้อย่างเป็นระบบได้ในระดับปานกลาง จำเป็นที่หน่วยงานในท้องถิ่น ต้องหากระบวนการวิธีหรือกิจกรรมในการเสริมสร้างพลังทางสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

S: Social Support สิ่งสนับสนุนทางสังคม การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เป็นการดูแลที่ครอบคลุมมิติทั้งด้านสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม สำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบากในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อันเนื่องมาจากเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการ ทุพพลภาพช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน จึงจำเป็นต้องมีการที่จะสนับสนุนทั้งด้าน ทุนอุปกรณ์ สิ่งของจำเป็น และบุคลากรที่จะช่วยพัฒนาให้

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุดีขึ้น ดังนี้ 1) ได้รับสวัสดิการจากภาครัฐเท่าเทียมกับผู้สูงอายุคนอื่นๆ 2) บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) 3) บริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค (กองทุนเทศบาล) 4) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการแพทย์ (กองทุนฟื้นฟู)

C: Collaboration การมีส่วนร่วม บริบทในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในเขตศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง พบว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดมีผู้ดูแล โดยผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์เป็นบุตรของผู้สูงอายุ กิจกรรมการดูแลส่วนใหญ่จึงเป็นการดูแลกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Sawatphol Pengpinit, Senanikorn and Srisuraphob (2018) ศึกษาการดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออก เฉียงเหนือของไทย พบว่า การดูแลและพัฒนาผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนยังคงเป็นบทบาทของครอบครัวโดยผู้ดูแลหลักคือบุตร ดังนั้นจึงจำเป็นต้องสร้างเครือข่ายให้คนในชุมชน ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด ได้มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุน ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในครอบครัวตนเอง และชุมชน ในปัจจุบันการดูแลโดยเครือข่ายชุมชนและหน่วยงานภาครัฐเป็นการเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่อง การบริการเชิงรุกการรักษายาบาล แต่ในส่วนการดูแลกิจวัตรประจำวันยังมีน้อย

V: Value การให้คุณค่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง มีลักษณะทางครอบครัวเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว อยู่อาศัยในบ้านพักหรืออาคารหลายแบบ มีความแตกต่างของลักษณะทางสังคม บุตรหลานที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีความเร่งรีบ แข่งขันกันทำงาน มีคนสูงวัยจำนวนไม่น้อยที่ “ติดบ้าน” หรือชอบอยู่บ้านไม่ชอบออกไปหรือไปทำอะไรร่วมกับคนอื่น ยิ่งนานวันเข้าก็อาจทำให้รู้สึกไม่มีคุณค่าและป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้มากที่สุด ส่วนหนึ่งเพราะขาดการปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น ประกอบกับลูกหลานไม่มีเวลาดูแล เนื่องจากต้องออกไปประกอบอาชีพ สอดคล้องกับงานวิจัย ของ อรรถรา ธรรมาธิกุล (2558) กล่าวว่า การมองผู้สูงอายุไม่ควรมองแค่ความเป็นผู้สูงอายุแต่เพียงอย่างเดียว แต่ควรมองและวิเคราะห์โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับระบบคุณค่าและภูมิปัญญาไทยเพื่อให้เห็นคุณค่าที่เป็นองค์รวมในทุกๆด้าน วิเคราะห์แบบองค์รวมโดยใช้หลักความสัมพันธ์ระหว่างคน ธรรมชาติและคุณธรรม เป็นการพัฒนาที่ไม่เน้นด้านวัตถุมากเกินไปจนละเลยภูมิปัญญาวัฒนธรรมซึ่งเป็นคุณค่าที่บ่งบอกถึงความเป็นตัวตนของชุมชนควรพัฒนาอย่างสมดุลและยั่งยืนทั้งสองด้านโดยอยู่บนพื้นฐานของตนเองเป็นส่วนหนึ่งของไม่ทำลายซึ่งกันและกันทำให้ชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีการเกื้อกูลเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน อันจะนำไปสู่การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาชุมชนเกิดความยั่งยืนต่อไป



รูปภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษพึ่งพิง

4.ประสิทธิผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ (PKESCV MODEL)

4.1 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของ ความรู้ ทักษะ การได้รับสิ่งสนับสนุนทางสังคม ระดับการมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้สูงอายุ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และระดับคะแนน ADL ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและ หลังการทดลองพบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้ ทักษะ การได้รับสิ่งสนับสนุนทาง สังคม ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและระดับคะแนนADLของผู้สูงอายุที่ มีภาวะพึ่งพิงสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่าง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 3.96 (95%CI=3.66-4.26) ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน ทักษะเพิ่มขึ้น 6.29 คะแนน (95%CI=5.83-6.75) การได้รับสิ่งสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 6.23 คะแนน(95%CI=5.86-6.60) ระดับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 5.70 คะแนน (95%CI=5.12-6.28) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มขึ้น 6.54 คะแนน (95%CI=5.54-7.54) และระดับคะแนน ADL ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้น0.47คะแนน (95%CI=0.30-0.64) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ ทักษะ การได้รับสิ่งสนับสนุนทางสังคม ระดับการมีส่วนร่วม ในการดูแลผู้สูงอายุ ความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและระดับคะแนน ADL ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อนและ หลังใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ (n=100)

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ	ก่อน $\bar{X}$ (S.D.)	หลัง $\bar{X}$ S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	23.96(0.75)	27.92(1.55)	3.96	3.66-4.26	25.88	<0.000**
ทัศนคติต่อการเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	41.99(2.52)	48.28 (1.44)	6.29	5.83-6.75	28.97	<0.000**
สิ่งสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	41.84(2.27)	48.07(1.55)	6.23	5.86-6.60	33.63	<0.000**
ระดับในการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ	42.53(3.21)	48.23(1.69)	5.70	5.12-6.28	19.60	<0.000**
ความพึงพอใจของผู้สูงอายุ	41.84(2.24)	48.07(1.55)	6.54	5.54-7.54	13.28	<0.000**
ระดับคะแนน ADL ของผู้สูงอายุ	9.87(0.97)	10.33(1.08)	0.47	0.30-0.64	5.48	<0.000**

P value < 0.01

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่กล่าวมาทำให้ได้รูปแบบในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงคือ PKESCV MODEL ซึ่งทำให้ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานได้มากขึ้น จนเปลี่ยนสถานะจากกลุ่มติดบ้านเป็นติดสังคม ร้อยละ 10.4 และกลุ่มติดเตียง เป็นกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 21.4 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นิสาชล นาคกุล (2561) ที่ ศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี ซึ่งพบว่า การพัฒนา ศักยภาพของทีมนักวิชาการวิชาชีพ การพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยม การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วยการ สนับสนุนการดูแลตนเองและการการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้ภาวะสุขภาพและมีความสามารถในการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขึ้นพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับผลการศึกษาของ วรางคณา ศรีภูวรักษ์และคณะ(2563) ที่ ศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งพบว่าการเตรียมการ การตรวจคัดกรอง การจัดทำแผนการดูแล การมีส่วนร่วมของ เครือข่ายชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ กระบวนการจัดระบบบริการ นโยบายการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง

และการช่วยเหลือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่นๆ ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพดีขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. มีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวชัดเจน
2. ผู้บริหารให้ความสำคัญ สนับสนุนบุคลากร งบประมาณ เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ
3. ได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรต่างๆ
4. กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่เข้มแข็ง
5. ใช้หลักวิชาการและทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดูแล เช่น ทฤษฎีการมีส่วนร่วม และการสร้างเสริมพลังอำนาจ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรติดตาม ประเมินผลลัพธ์ ความพึงพอใจ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลตาม PKESCV MODEL
2. สามารถนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่พัฒนาขึ้น ไปปรับและทดลองใช้ในพื้นที่ใกล้เคียง

เอกสารอ้างอิง

- ณิสาชล นาคกุล. (2561). ศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในเขตเทศบาลนครสุราษฎร์ธานี
- ทิพย์รัตน์ กันทะ. (2564). ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสวน อำเภอบ้านหลวง จังหวัดน่าน
- วรางคณา ศรีภูวงษ์,ชาญยุทธิ์ ศรีภูวงษ์ และ สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. (2563). ศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม
- มูลนิธิสถาบันการวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2558).สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่งจำกัด.
- สายใจ จารุจิตร, รัตรี อร่ามศิลป์ และวรรณศิริ ประจันโน.(2562).ศึกษาเรื่อง รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความ ต้องการของผู้ดูแล
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2561).รายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยปี พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ(สปสช.).(2557).คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ:สำนักงาน หลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
- อนุชา ลาวงค์ และคณะ.(2564). ศึกษาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนท้องถิ่นจังหวัดร้อยเอ็ด

การพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของเภสัชกร Development of a Drug and Health Consumer Protection Competency Assessment Tool for Pharmacists

วรรณา เชื้อธรรมชาญ¹
Wanna Chuethammachan¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของเภสัชกร 2) ตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของเภสัชกร 3) ประเมินสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของเภสัชกร การศึกษานี้เป็นการศึกษาในประชากร จึงไม่มีการสุ่มตัวอย่าง โดยประชากร คือ เภสัชกรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ทั้งหมด 67 คน ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามให้เภสัชกรทางไปรษณีย์ และเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่กำหนดให้ส่งแบบสอบถามกลับ มีเภสัชกรไม่ส่งแบบสอบถามกลับ จำนวน 10 คน จึงตัดจำนวนกลุ่มตัวอย่างนี้ออก ตามเกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนั้นจึงมีกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้จำนวน 57 คน การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และใช้สถิติเชิงอนุมาน เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม หรือค่าที่ (t-test) ผลการวิจัย พบว่า 1) เครื่องมือประเมินสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ ประกอบด้วย สมรรถนะ 4 ด้าน คือ ด้านกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย ประกอบด้วย คำถาม 12 ข้อ ด้านระบบการจัดการความเสี่ยง ระบาดวิทยาและความปลอดภัยด้านยา ประกอบด้วย คำถาม 25 ข้อ ด้านเภสัชสาธารณสุขเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ประกอบด้วย คำถาม 10 ข้อ และด้านนโยบายและการจัดการด้านยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย คำถาม 9 ข้อ 2) ประสิทธิภาพของเครื่องมือประเมินสมรรถนะ พบว่า ด้านกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ในช่วง 0.6-1.0 และค่าความเชื่อมั่น 0.968 ด้านระบบการจัดการความเสี่ยง ระบาดวิทยาและความปลอดภัยด้านยา มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ในช่วง 0.6-1.0 ค่าความเชื่อมั่น 0.978 ด้านเภสัชสาธารณสุขเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC) อยู่ในช่วง 0.6-1.0 ค่าความเชื่อมั่น 0.976 และด้านนโยบายและการจัดการด้านยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพ และระบบบริการสุขภาพ มีค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (IOC) เท่ากับ 1.0 ค่าความเชื่อมั่น 0.962 พบว่า ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวมเท่ากับ 0.990 3) ผลการประเมินสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของเภสัชกร พบว่าค่าสมรรถนะเฉลี่ยของเภสัชกรอยู่ในระดับปานกลาง ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคและไม่ได้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค พบว่า เภสัชกรที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค มีค่าสมรรถนะเฉลี่ยแตกต่างจากเภสัชกรที่ไม่ได้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเภสัชกรที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค มีสมรรถนะในระดับที่สูงกว่าเภสัชกรที่ไม่ได้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค

คำสำคัญ : สมรรถนะ / สมรรถนะเภสัชกร / เครื่องมือประเมินสมรรถนะ

¹ เภสัชกรชำนาญการ โรงพยาบาลบางบัวทอง
Pharmacist Bangbuathong Hospital
E-mail address : wanna3710@gmail.com

Abstract

The purpose of this research is to 1) Develop pharmaceutical and health consumer protection performance assessment tools, 2) Examine the effectiveness of pharmaceutical and health consumer protection performance assessment tools, and 3) Evaluate pharmaceutical and health consumer protection performance of pharmacists. The study was conducted in population and therefore no sampling was conducted, with a total of 67 pharmacists. We sent the questionnaire to the pharmacist by mail, and at the end of the required period, the questionnaire was returned. 10 pharmacists did not return the questionnaire, thus eliminating the number of this sample according to the exclusion criteria. Therefore, there were 57 pharmacists sampled in this research. Analyzing the data with descriptive statistics include percentages, averages and inferential statistics to analyze the difference between the two groups of averages or t-tests. The results showed that 1) The drug and health consumer protection competency assessment tool consists of 4 competencies: Legal and law enforcement consisting of 12 questions, Risk management system Epidemiology and Drug safety consisting of 25 questions, Public health pharmacy for consumer protection consists of 10 questions and Drug management policy Health products and Healthcare systems consisting of 9 questions. 2) The effectiveness of performance assessment tools includes Legal and law enforcement, Risk management systems Epidemiology and Drug safety, Public health pharmacy for consumer protection have content validity (IOC) ranges from 0.6-1.0 and in the Drug management policy Health products and Healthcare systems has a content validity value (IOC) of 1.0. The reliability check showed that Cronbach's alpha coefficient was 0.990. 3) Evaluation of drug and pharmacist health consumer protection competencies. It was found that the average performance of pharmacists was moderate. Results compare the performance of pharmacists who perform consumer protection work and do not perform consumer protection work. It was found that pharmacists who perform consumer protection work. The average performance is statistically significantly different from pharmacists who do not perform consumer protection work. ($p < 0.05$) by pharmacists performing consumer protection work have a higher level of performance than pharmacists who do not perform consumer protection work.

Keyword : Competency / Pharmacist Competency / Competency Assessment Tool

บทนำ

วิชาชีพเภสัชกรรมในประเทศไทย ถือกำเนิดขึ้นในปี พ.ศ.2456 โดยมีบทบาทในการปรุงยาเป็นหลัก ต่อมาเมื่อมีการปฏิวัติอุตสาหกรรมยา บทบาทด้านการปรุงยาของเภสัชกรลดลง และมีบทบาทเพิ่มเติมในเรื่องการดูแลผู้ป่วยด้านยา การสร้างสมุนไพรรักษาเป็นยา บทบาทเชิงธุรกิจและการตลาด รวมถึงการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา (กิตติ พิทักษ์นิตินันท์,2556) และในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุข มอบอำนาจให้เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลทั่วไปในอำเภอนอกเขตอำเภอเมืองที่ไม่มีโรงพยาบาลชุมชนตั้งอยู่ เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายที่สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาควบคุมกำกับ เพื่อให้ผู้บริโภคได้รับความปลอดภัย เป็นธรรม และสมประโยชน์จากการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพ

จากรายงานสรุปผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแผนเก็บตัวอย่าง ปีงบประมาณ พ.ศ.2562 (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา,2562) ผลการตรวจวิเคราะห์ พบว่า ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ผ่านมาตรฐานมากที่สุด คือ ผลิตภัณฑ์อาหาร ร้อยละ 10.58 รองลงมา คือ วัตถุอันตราย ร้อยละ 9.73 เครื่องสำอาง ร้อยละ 6.09 เครื่องมือแพทย์ ร้อยละ 3.57 ยา ร้อยละ 3.32 และวัตถุเสพติด ร้อยละ 1.86 ตามลำดับและรายงานสรุปผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแผนเก็บตัวอย่าง ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 (สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา,2563) ผลการตรวจวิเคราะห์ พบว่า ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ผ่านมาตรฐานมากที่สุด คือ ผลิตภัณฑ์ยา 423 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 18.38 รองลงมา ได้แก่ ผลิตภัณฑ์วัตถุอันตราย 40 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 12.66 ผลิตภัณฑ์อาหาร 2,652 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 11.58 ผลิตภัณฑ์เครื่องมือแพทย์ 19 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 8.64 ผลิตภัณฑ์ เครื่องสำอาง 107 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 7.39 และผลิตภัณฑ์วัตถุเสพติด 4 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 1.61 ตามลำดับ นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์ ตัวอย่างผลิตภัณฑ์สุขภาพด้วยชุดทดสอบ ของอำเภอบางบัวทอง จังหวัดนนทบุรี ในปี 2563 พบว่าผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร ตรวจพบสเตียรอยด์ 51 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 52.6 เครื่องสำอางพบสารห้ามใช้ 40 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 35.8 อาหารพบสารห้ามใช้ 81 ตัวอย่างคิดเป็นร้อยละ 8.27 นอกจากนี้ยังมีสถานประกอบการที่ต้องดำเนินการตรวจมาตรฐานตามกฎหมาย คือ ห้างสรรพสินค้า 2 แห่ง ตลาดสด 24 แห่ง ร้านอาหาร 253 แห่ง ร้านขายยาแผนปัจจุบัน 131 แห่ง ร้านขายยาแผนโบราณ 2 แห่ง สถานพยาบาล 72 แห่ง โรงอาหารในโรงเรียน 53 แห่ง (ข้อมูลจากทะเบียนสถานประกอบการ ณ วันที่ 30 กันยายน 2563) จากข้อมูลสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยของผลิตภัณฑ์สุขภาพในระดับประเทศ และระดับพื้นที่ รวมถึงสถานประกอบการต่างๆ จะเห็นว่าเภสัชกรต้องดำเนินการเฝ้าระวังและควบคุมกำกับมาตรฐานอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ และเภสัชกรผู้เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ต้องมีสมรรถนะ คือ ความรู้ ความสามารถ ทักษะ ที่เหมาะสมกับบริบทในการดูแลด้านการบังคับใช้กฎหมายเพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแก่ประชาชน แต่การประเมินสมรรถนะนั้นเป็นกระบวนการที่ค่อนข้างยาก ต้องอาศัยวิธีการ หรือเครื่องมือในการวัด ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวต้องเป็นเครื่องมือที่มีความชัดเจนเกี่ยวกับสิ่งที่มุ่งจะวัด และมีองค์ประกอบ คือตัวบ่งชี้ และข้อคำถามที่เหมาะสมสอดคล้องกับคุณลักษณะที่ต้องการจะวัด (ศิริชัย กาญจนวาสี,2557)

สภาเภสัชกรรมได้ประกาศ เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรมด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ พ.ศ. 2558 เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการศึกษาด้านเภสัชศาสตร์ การเตรียมความพร้อมของแหล่งฝึกปฏิบัติทางวิชาชีพ รวมถึงเป็นแนวทางในการประเมินความรู้ความสามารถของผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม(สภาเภสัชกรรม,2558) ซึ่งในจังหวัดนนทบุรี ยังไม่เคยมีการประเมินสมรรถนะด้านนี้ของเภสัชกรมาก่อนเนื่องจากยังไม่มีเครื่องมือในการประเมิน ดังนั้นการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะด้านนี้ เพื่อการวางแผนพัฒนาสมรรถนะเภสัชกรอย่างเป็นระบบ จะทำให้บรรลุเป้าหมายของการพัฒนานุคลากร ตามมาตรฐานโรงพยาบาลคุณภาพ

วัตถุประสงค์

- 1.เพื่อพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของเภสัชกร
- 2.เพื่อตรวจสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือประเมินสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของเภสัชกร
- 3.เพื่อประเมินสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของเภสัชกร ในจังหวัดนนทบุรี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research) มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1. ขั้นตอนการพัฒนาเครื่องมือประเมิน ดำเนินการดังนี้

1.1 ศึกษาข้อมูลจากตำรา ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และใช้แนวทางจากประกาศสภาเภสัชกรรม ฉบับที่ 20/2558 เรื่องเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรมด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ พ.ศ.2558

1.2 พัฒนาโครงร่างแบบประเมินสมรรถนะ ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถามที่ให้ความเห็น จำนวน 104 ข้อ แยกตามสมรรถนะออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย จำนวน 16 ข้อ ด้านระบบการจัดการความเสี่ยง ระบาดวิทยา และความปลอดภัยด้านยา จำนวน 37 ข้อ ด้านเภสัชสาธารณสุขเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 29 ข้อ ด้านนโยบายและการจัดการด้านยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพและระบบบริการสุขภาพ จำนวน 22 ข้อ

1.3 นำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้น ไปตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และให้ความเห็นด้วยเทคนิคเดลฟาย ซึ่งเป็นเทคนิคที่ใช้การคาดการณ์ผลลัพธ์โดยวิธีการออกความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ โดยผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามจำนวนสองรอบหรือมากกว่านั้น ในแต่ละรอบผู้วิจัยจะสรุปคำตอบของรอบนั้นเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับตอบคำถามในรอบถัดไป โดยเชื่อว่าคำตอบในแต่ละรอบจะถูกเกลี้ยให้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ซึ่งสุดท้าย การสอบถามจะหยุดลงเมื่อได้ข้อสรุปที่มั่นคง โดยคะแนนเฉลี่ย จะเป็นตัวกำหนดคำตอบในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัย ได้ให้เภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้านงานคุ้มครอง จำนวน 5 ท่าน ซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา ตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป ได้ให้ความเห็นด้วยการ ตอบ เห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยในแต่ละข้อคำถาม และนำคะแนนมารวมกัน โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนออกเป็น 3 ระดับ (เสรี ลาขโรจน์, 2537) คือ เห็นด้วยต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60) เห็นด้วยปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60-79) และเห็นด้วยสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป) หากในรอบใดค่าความถี่ข้อที่เห็นด้วยร้อยละ 80 ขึ้นไป (ระดับความเห็นด้วยสูง) ทุกข้อแสดงว่าแบบสอบถามนั้นมีความเห็นสอดคล้องกัน จะยุติการทำเดลฟาย นำเครื่องมือที่ได้ไปตรวจสอบคุณภาพ

1.4 นำเครื่องมือไปตรวจสอบคุณภาพ และปรับปรุงเครื่องมือให้ได้เครื่องมือประเมินสมรรถนะที่สมบูรณ์พร้อมนำไปประเมิน

2. ขั้นตอนการประเมินสมรรถนะ

นำเครื่องมือประเมินสมรรถนะที่สมบูรณ์ไปใช้ประเมินสมรรถนะเภสัชกรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จำนวน 67 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ เภสัชกรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จำนวน 67 คน และการศึกษาเป็นการศึกษาในประชากรจึงไม่มีการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยมีการแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ เภสัชกรที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค จำนวน 24 คน และเภสัชกรที่ไม่ได้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค 43 คน

การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย

1. เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)

1.1 ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม

1.2 ผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นข้าราชการ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดนนทบุรี

2. เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)

2.1 ผู้เข้าร่วมการวิจัยที่ไม่สะดวกในการให้ความเห็น และไม่ตอบแบบสอบถามกลับภายในระยะเวลาที่กำหนด

3. เกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Termination criteria)

3.1 มีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่ตอบแบบประเมินกลับร้อยละ 20 ขึ้นไป จะยุติการดำเนินการวิจัย

ระยะเวลาที่ทำการวิจัย

เมษายน 2564-ตุลาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ ได้แก่ แบบประเมินสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของเภสัชกร ที่ผ่านกระบวนการให้ความเห็นและกลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญ และปรับปรุงให้สมบูรณ์แล้ว ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ตำแหน่งงานในปัจจุบัน การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคในปัจจุบัน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค

ส่วนที่ 2 เป็นแบบประเมินสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของเภสัชกร โดยแบ่งสมรรถนะเป็น 4 ด้าน คือ ด้านกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย มี 3 ตัวบ่งชี้ 12 ข้อคำถาม ด้านระบบการจัดการความเสี่ยง ระบาดวิทยาและความปลอดภัยด้าน มี 6 ตัวบ่งชี้ 25 ข้อคำถาม ด้านเภสัชสาธารณสุขเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค มี 5 ตัวบ่งชี้ 10 ข้อคำถาม ด้านนโยบายและการจัดการด้านยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพและระบบบริการสุขภาพ มี 3 ตัวบ่งชี้ 9 ข้อคำถาม

ลักษณะการประเมินโดยการประเมินตนเองโดยใช้มาตราส่วนประเมินค่าของ Likert (Likert Scale) ซึ่งแบ่งคำตอบเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติได้น้อยที่สุด ปฏิบัติได้น้อย ปฏิบัติได้ปานกลาง ปฏิบัติได้มาก และปฏิบัติได้มากที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

1.การตรวจความเที่ยงตรง (Validity) โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับ จุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) โดยเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ค่าความสัมพันธ์มีค่ามากกว่า 0.5 ทุกข้อ

2.การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยไปทดสอบในเภสัชกร จ.ปทุมธานี จำนวน 30 คน และหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบประเมินสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวมเท่ากับ 0.990

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1.การวิเคราะห์ผลการสำรวจความคิดเห็นแบบสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญ ใช้ค่าความถี่(ร้อยละ)
- 2.การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน ใช้ค่าความถี่(ร้อยละ)
- 3.การวิเคราะห์สมรรถนะของเภสัชกร ใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และ Independent t-test เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าสมรรถนะเฉลี่ยระหว่างเภสัชกรที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคและไม่ได้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี เลขที่ 14/2564 ผู้วิจัยได้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้น ดำเนินการเก็บข้อมูลเฉพาะที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะหยุด หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยการปฏิเสธนี้ไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น กลุ่มตัวอย่างไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุล ผลการวิเคราะห์ผู้วิจัยเสนอเป็นภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1.ผลการวิเคราะห์ความเห็นจากเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิคเดลฟาย จำนวน 3 รอบ จากโดยรอบที่ 1 มีข้อคำถามทั้งหมด 104 ข้อ จนกระทั่งรอบที่ 3 ค่าความถี่ข้อที่เห็นด้วยร้อยละ 80 ขึ้นไป(ระดับความเห็นด้วยสูง) ทุกข้อจำนวน 56 ข้อ แสดงว่าแบบสอบถามในรอบที่ 3 นี้มีความเห็นสอดคล้องกัน จึงยุติการทำเดลฟาย (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนข้อคำถามจากการสำรวจความคิดเห็นจากเกษตรกรผู้เชี่ยวชาญแยกตามระดับความเห็น

สมรรถนะ		จำนวนข้อคำถาม		
		รอบที่ 1	รอบที่ 2	รอบที่ 3
1.ด้านกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย				
ระดับความเห็น	สูง	12	12	12
	ปานกลาง	0	0	0
	ต่ำ	4	0	0
2.ระบบการจัดการความเสี่ยง ระบาดวิทยาและความปลอดภัยด้านยา				
ระดับความเห็น	สูง	27	25	25
	ปานกลาง	10	2	0
	ต่ำ	0	0	0
3.ด้านเภสัชสาธารณสุขเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค				
ระดับความเห็น	สูง	10	10	10
	ปานกลาง	17	0	0
	ต่ำ	2	0	0
4.ด้านนโยบายและการจัดการด้านยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพและระบบบริการสุขภาพ				
ระดับความเห็น	สูง	11	9	9
	ปานกลาง	7	2	0
	ต่ำ	4	0	0
รวม		104	60	56

2.การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความเที่ยงตรง (Validity) ด้วยการหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามแต่ละข้อกับ จุดประสงค์หรือเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence หรือ IOC) ซึ่งค่าดัชนีความสอดคล้อง ของข้อคำถามทั้ง 56 ข้อ เท่ากับ 0.6-1 และการความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่ารวมทั้งฉบับ 0.990 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าความสอดคล้อง ในการแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาในแต่ละสมรรถนะโดยเกษตรกรผู้เชี่ยวชาญ และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบประเมินสมรรถนะ

สมรรถนะ	จำนวนข้อคำถาม	ค่า IOC	ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient)
1.ด้านกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย	12	0.6-1.0	0.968
2.ด้านระบบการจัดการความเสี่ยง ระบาดวิทยาและความปลอดภัยด้านยา	25	0.6-1.0	0.978
3.ด้านเภสัชสาธารณสุขเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค	10	0.6-1.0	0.976
4.ด้านนโยบายและการจัดการด้านยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพและระบบบริการสุขภาพ	9	1.0	0.962
รวม	56	0.6-1	0.990

3.การประเมินสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของเภสัชกรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี
ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เภสัชกรในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนนทบุรี จำนวน 67 คน โดยส่งแบบสอบถาม
ไปยังกลุ่มประชากรทางไปรษณีย์ จำนวน 67 ฉบับ และได้รับความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามภายในระยะเวลาที่กำหนดรวมทั้ง
สิ้น 57 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 85 โดยได้ผลการประเมินดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน พบว่าผู้ตอบแบบประเมินเป็นเพศหญิงร้อยละ 84.2 เพศชาย ร้อยละ 15.8 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง
41-50 ปี ร้อยละ 68.4 รองลงมาคืออายุระหว่าง 31-40 ปี และ 21-30 ปี ร้อยละ 17.5 และ 8.8 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 64.9 ปริญญา
โท ร้อยละ 33.3 และปริญญาเอก ร้อยละ 1.8 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 75.4 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ร้อยละ 24.6 ด้านการปฏิบัติงาน
คุ้มครองผู้บริโภค ผู้ตอบแบบประเมินในปัจจุบันไม่ได้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ร้อยละ 61.4 ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ร้อยละ 38.6 แต่เมื่อสอบถาม
ระยะเวลาที่เคยปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค ผู้ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่มีประสบการณ์ปฏิบัติงาน 1-5 ปี ร้อยละ 15.8 รองลงมาคือประสบการณ์ปฏิบัติงาน 21-25
ปี และ 16-20 ปี ร้อยละ 8.8 และร้อยละ 7 ตามลำดับ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	9	15.8
หญิง	48	84.2
รวม	57	100
2.อายุ		
21-30 ปี	5	8.8
31-40 ปี	10	17.5
41-50 ปี	39	68.4
51-60 ปี	3	5.3
รวม	57	100
3.ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	37	64.9
ปริญญาโท	19	33.3
ปริญญาเอก	1	1.8
รวม	57	100
4.สถานที่ปฏิบัติงาน		
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	14	24.6
โรงพยาบาลชุมชน	43	75.4
รวม	57	100
5.ตำแหน่งงาน		
ผู้ปฏิบัติงาน	43	75.4
หัวหน้างาน	6	10.5
หัวหน้ากลุ่มงาน	8	14
รวม	57	100
6.การปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค		
ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค	22	38.6

ตารางที่ 3 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่ได้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค	35	61.4
รวม	57	100
7.ระยะเวลาการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค		
ไม่เคยปฏิบัติ	31	54.4
ปฏิบัติ 1-5 ปี	9	15.8
ปฏิบัติ 6-10 ปี	4	7.0
ปฏิบัติ 11-15 ปี	2	3.5
ปฏิบัติ 16-20 ปี	4	7.0
ปฏิบัติ 21-25 ปี	5	8.8
ปฏิบัติ 26-30 ปี	2	3.5
รวม	57	100

3.2 การวัดสมรรถนะของผู้ตอบแบบประเมิน พบว่า ค่าสมรรถนะเฉลี่ยในภาพรวมของเภสัชกรอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาแยกรายด้าน พบว่ามีสมรรถนะด้านกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมายอยู่ในระดับต่ำกว่าด้านอื่นๆ และเมื่อพิจารณาตามตัวบ่งชี้ พบว่ามี 6 ตัวบ่งชี้ ที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของเภสัชกร (n=57)

สมรรถนะ	คะแนน*	แปลผล
1.ด้านกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย	2.35(1.11)	ต่ำ
1.1 ความสามารถประยุกต์และบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ และสามารถประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	2.44(1.01)	ต่ำ
1.2 ความสามารถคุ้มครองผู้บริโภคโดยใช้กระบวนการและกลไกควบคุมกำกับดูแลผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพทั้งก่อนและหลังออกสู่ตลาด	2.63(1.01)	ปานกลาง
1.3 สามารถใช้อำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบ และจรรยาบรรณของเภสัชกรในฐานะพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	2.12(0.89)	ต่ำ
2.ด้านระบบการจัดการความเสี่ยง ระบาดวิทยาและความปลอดภัยด้านยา	2.69(0.89)	ปานกลาง
2.1 รู้หลักการและวิธีการควบคุมกำกับดูแลระบบความปลอดภัยด้านยาผลิตภัณฑ์สุขภาพ และบริการสุขภาพ	2.99(0.97)	ปานกลาง
2.2 สามารถวิเคราะห์ปัญหาตามหลักการบริหารความเสี่ยงเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค	2.96(1.02)	ปานกลาง
2.3 สามารถประยุกต์หลักการระบาดวิทยาในกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภค	2.31(0.94)	ต่ำ

ตารางที่ 4 สมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของเภสัชกร (n=57) (ต่อ)

สมรรถนะ	คะแนน*	แปลผล
2.4 สามารถประยุกต์ใช้ความรู้เกี่ยวกับระบบคุ้มครองผู้บริโภคทุกระดับ	2.64(1.05)	ปานกลาง
2.5 สามารถใช้ระบบสารสนเทศและฐานข้อมูลเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค	2.71(1.01)	ปานกลาง
2.6 สามารถจัดการความรู้และสื่อสารเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค	2.94(1.02)	ปานกลาง
3.ด้านเภสัชสาธารณสุขเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค	2.64(0.98)	ปานกลาง
3.1 วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาสาธารณสุขในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ	2.68(1.05)	ปานกลาง
3.2 ประยุกต์ใช้หลักจิตวิทยา สังคมวิทยา มานุษยวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ ตลอดจนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ	2.55(1.08)	ต่ำ
3.3 พัฒนาศักยภาพของผู้บริโภคในการคุ้มครองผู้บริโภค	2.75(1.08)	ปานกลาง
3.4 รู้และเข้าใจหลักการมีส่วนร่วมและกระบวนการสร้างพลังเครือข่ายชุมชน และการใช้มาตรการทางสังคม	2.57(0.98)	ต่ำ
3.5 ส่งเสริมให้ผู้ประกอบการมีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อสังคมในการคุ้มครองผู้บริโภค	2.79(1.01)	ปานกลาง
4.ด้านนโยบายและการจัดการด้านยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพและระบบบริการสุขภาพ	2.71(0.93)	ปานกลาง
4.1 รู้หลักการกำหนดนโยบายสาธารณะ การนำไปปฏิบัติ การวิเคราะห์และการประเมินนโยบายเบื้องต้น	2.59(0.95)	ต่ำ
4.2 รู้หลักการนโยบายด้านผลิตภัณฑ์สุขภาพและระบบบริการสุขภาพของประเทศ	2.77(0.98)	ปานกลาง
4.3 รู้หลักการการประเมินระบบและกระบวนการระบบคุณภาพเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ	2.71(1.03)	ปานกลาง
สมรรถนะรวมทุกด้าน	2.63(0.86)	ปานกลาง

*Mean(SD)

3.3 การเปรียบเทียบสมรรถนะของเภสัชกรที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคและไม่ได้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค พบว่า เภสัชกรที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค มีค่าสมรรถนะเฉลี่ยแตกต่างจากเภสัชกรที่ไม่ได้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเภสัชกรที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค มีสมรรถนะในระดับที่สูงกว่าเภสัชกรที่ไม่ได้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค และเมื่อเปรียบเทียบสมรรถนะของเภสัชกร แยกรายด้าน พบว่า เภสัชกรที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค มีค่าสมรรถนะเฉลี่ยแตกต่างจากเภสัชกรที่ไม่ได้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยเภสัชกรที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค มีสมรรถนะในระดับที่สูงกว่าเภสัชกรที่ไม่ได้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของเภสัชกร

สมรรถนะเภสัชกร	คะแนน*		P-value
	ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค(n=22)	ไม่ได้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค(n=35)	
1.สมรรถนะในภาพรวม	3.21(0.66)	2.28(0.77)	< 0.001
2.สมรรถนะแยกรายด้าน			
1.ด้านกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย	3.24(0.61)	1.94(0.72)	< 0.001
2.ด้านระบบการจัดการความเสี่ยง ระบาดวิทยาและความปลอดภัยด้านยา	3.18(0.73)	2.39(0.85)	< 0.001
3.ด้านเภสัชสาธารณสุขเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค	3.21(0.88)	2.29(0.87)	< 0.001
4.ด้านนโยบายและการจัดการด้านยา ผลิตภัณฑ์สุขภาพและระบบบริการสุขภาพ	3.21(0.76)	2.39(0.89)	< 0.001

*Mean(SD)

สรุปและอภิปรายผล

1.ผลจากการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของเภสัชกร ด้วยเทคนิคเดลฟาย ทำให้ได้แบบประเมินสมรรถนะที่มีคุณภาพซึ่งประกอบด้วยการประเมินสมรรถนะ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านกฎหมายและการบังคับใช้กฎหมาย ด้านระบบการจัดการความเสี่ยง ระบาดวิทยาและความปลอดภัยด้านยา ด้านเภสัชสาธารณสุขเพื่อการคุ้มครองผู้บริโภค ด้านนโยบาย และการจัดการด้านยา ผลลัพธ์ที่สุภาพและระบบบริการสุขภาพ และมีข้อคำถามทั้งหมด 56 ข้อ ซึ่งการประเมินสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพของเภสัชกร ต้องอาศัยเครื่องมือประเมินที่มีคุณภาพ ดังนั้นการพัฒนาเครื่องมือผู้วิจัยจึงเลือกใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีขั้นตอน และแบบแผนที่ชัดเจน อีกทั้งมีงานวิจัยจำนวน 2 งาน ที่สืบค้นและใช้เทคนิคนี้ คือ งานวิจัยการพัฒนาเกณฑ์การประเมินสมรรถนะของแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ในประเทศไทยด้วยเทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง (ณรงฤทธิ์ กิตติกวิน,2556) และงานวิจัยการพัฒนาเกณฑ์ประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ (จารีศรี กุลศิริปัญญา,2558) ดังนั้นเทคนิคเดลฟาย จึงเป็นเทคนิคที่ดีและเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาเครื่องมือประเมินสมรรถนะด้านยาและสุขภาพของเภสัชกร และเครื่องมือประเมินสมรรถนะนี้จัดทำขึ้นตามกรอบของเกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ ของสภาเภสัชกรรม และให้ความเห็นโดยเภสัชกรผู้เชี่ยวชาญ พร้อมทั้งได้ปรับปรุงข้อคำถามหลายรอบ และมีการทดสอบเครื่องมือที่ พัฒนาขึ้นโดยกระบวนการทางสถิติแล้ว ทำให้มั่นใจได้ว่าแบบประเมินสมรรถนะที่สร้างขึ้นจากงานวิจัยนี้ เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพ สามารถนำไปใช้ในการประเมินสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา และสุขภาพของเภสัชกรได้

2.ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า เภสัชกรมีสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพในระดับปานกลาง และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค มีค่าสมรรถนะเฉลี่ยแตกต่างจากเภสัชกรที่ไม่ได้ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภค โดยเภสัชกรที่ปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคมีสมรรถนะในระดับที่สูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยสมรรถนะที่จำเป็นและมีของเภสัชกรซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการ บังคับใช้กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 ในเขตภาคเหนือ ที่ศึกษาพบว่าทักษะที่มีการ ปฏิบัติงานบ่อยจะมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าทักษะด้านอื่นๆ (มาฆมาส กาญจนการ,2549)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1.หน่วยงานทุกระดับสามารถนำเครื่องมือนี้ไปประเมินสมรรถนะเภสัชกรผู้ปฏิบัติงานด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพได้

2.เภสัชกรผู้เป็นหัวหน้ากลุ่มงานสามารถนำผลการประเมินสมรรถนะไปทำแผนพัฒนาความรู้ ความสามารถของเภสัชกร ให้สอดคล้องกับสมรรถนะมาตรฐานได้

3.การวัดสมรรถนะเภสัชกรด้วยเครื่องมือวัดสมรรถนะที่พัฒนาขึ้นนี้ ทำให้ทราบระดับสมรรถนะการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยา และสุขภาพของเภสัชกร และเมื่อพิจารณารายละเอียดของผลการประเมินทั้ง 4 ด้าน และ 17 ตัวบ่งชี้ จะทำให้ทั้งผู้ประเมิน และ ผู้ถูกประเมิน ทราบถึงความรู้ ความสามารถ ทักษะในส่วนที่ขาด และสามารถจัดลำดับความสำคัญ แล้วนำไปวางแผนการพัฒนาได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1.การประเมินสมรรถนะ ควรมีการกำหนดระดับของผู้ปฏิบัติงาน และกำหนดสมรรถนะที่ต้องมีในแต่ละระดับ เพื่อความ ชัดเจนในการประเมิน และการพัฒนาความรู้ ทักษะ ความสามารถของผู้ปฏิบัติ

2.ควรมีการจัดทำคู่มือการประเมินสมรรถนะ เพื่อให้ผู้ประเมิน และผู้ถูกประเมิน มีความเข้าใจในกระบวนการ และผลการ ประเมินที่ตรงกัน

เอกสารอ้างอิง

- กองแผนงานและวิชาการ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานสรุปผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแผนเก็บตัวอย่าง ปีงบประมาณ พ.ศ.2562.นนทบุรี: (ม.ป.พ.).
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข. (2563). รายงานสรุปผลการตรวจวิเคราะห์ผลิตภัณฑ์สุขภาพตามแผนเก็บตัวอย่าง ปีงบประมาณ พ.ศ.2563.นนทบุรี: (ม.ป.พ.).
- กิตติ พิทักษ์นิตินันท์. (2556). บทบาทเภสัชกรต่อสังคมไทยในศตวรรษที่ 2. สืบค้น 7 กรกฎาคม 2564, จาก <https://www.wongkarnpat.com/viewya.php?id=567>
- จารีศรี กุลศิริปัญญา. (2558). การพัฒนาเกณฑ์ประเมินสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ. วารสารพยาบาลทหารบก, 16(2), 123-130.
- ณรงฤทธิ์ กิตติกวิน. (2556). การพัฒนาเกณฑ์การประเมินสมรรถนะของแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ในประเทศไทยด้วยเทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุง(วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มนต์ชัย เทียนทอง. (2548). สถิติและวิธีการวิจัยทางเทคโนโลยีสารสนเทศ. กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- มาฆมาส กาญจนกร. (2549). สมรรถนะที่จำเป็นและที่มีของเภสัชกรซึ่งปฏิบัติงานเกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุขตามพระราชบัญญัติยา พ.ศ.2510 ในเขตภาคเหนือ(วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2557). การวัดและประเมินสมรรถนะของบุคลากรวิชาชีพ. สืบค้น 7 กรกฎาคม 2564, จาก http://lib.edu.chula.ac.th/FILEROOM/CU_FORMJOURNAL/DRAWER001/GENERAL/DATA0016/00016954.PDF
- สภาเภสัชกรรม. (2558). ประกาศสภาเภสัชกรรม ที่ 20/2558 เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานผู้ประกอบการวิชาชีพเภสัชกรรม ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพ ปี 2558 (ลงวันที่ 25 มิถุนายน 2558).
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2537). คู่มือการกำหนดความรู้ความสามารถ ทักษะและสมรรถนะสำหรับตำแหน่ง (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: ประชุมการช่าง.
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2553). คู่มือสมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ. (พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี: ประชุมการช่าง.
- เสรี ลาซโรจน์. (2537). หลักเกณฑ์และวิธีการวัดและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- Barret, D, Heale, R. (2020). What are Delphi studies?. BMJ journals, 23(3), 68-69. Retrieved 9 May 2021, from <https://ebn.bmj.com/content/23/3/68>.
- Theodore, J. G. (1994). The Delphi Method. Future Research Methodology. Retrieved 6 May 2021, from https://eumed-agpol.iamm.fr/private/priv_docum/wp5_files/5-delphi.pdf

ปัจจัยทำนายการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
Predicting develop the research quality of health staff in Sisaket province

อนันต์ ถิ่นทอง*
Anan Tantong*

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางนี้ เพื่อหาปัจจัยทำนายที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรที่รับผิดชอบการพัฒนางานวิชาการของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกลุ่มงานต่างๆ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 173 คนใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสุดค่าสูงสุด ค่ามัธยฐานและสถิติเชิงวิเคราะห์ (Inferential Statistics) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยและระดับคะแนนการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson วิเคราะห์สมการทำนายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองกลุ่ม โดยใช้การใช้สถิติถดถอยเชิงพหุ (Multiple Linear regression) แบบ Step wise

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 72.8 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่าง 21-30 ปี อายุเฉลี่ย 38.3 ปี อายุมากที่สุด 59 ปี และอายุน้อยที่สุด 22 ปี มีประสบการณ์การทำงานมากที่สุดระหว่าง 21 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43.9 ส่วนใหญ่เป็นผู้มีประสบการณ์การจัดทำผลงานวิชาการอย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อนร้อยละ 63.0 ด้านปัจจัยนโยบายผู้บริหารต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยโดยภาพรวมมีค่าคะแนน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.48 โดยมีปัจจัยการบริหารทรัพยากรบุคคลต่องานวิจัยตัวแปรเดียวที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.96 ส่วนปัจจัยลักษณะการบริหารจัดการภายในองค์กร โดยภาพรวมมีค่าคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.39 โดยมีที่พบว่าอยู่ในระดับสูง มี 2 ปัจจัย คือ การสร้างบุคคลต้นแบบในองค์กรมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.58 และการยกย่องเชิดชูเกียรติมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.55 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 5 ตัวแปร คือ การมีนโยบายเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของผู้บริหารองค์กร ($r=0.973$ $p\text{-value}<0.00$) การกำหนดแรงจูงใจเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของผู้บริหารองค์กร ($r=-0.183$, $p\text{-value}<0.017$) ปัจจัยด้านการจัดตั้งทีมวิชาการภายในองค์กร ($r=-0.199$ $p\text{-value}<0.009$) ปัจจัยด้านการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร ($r=-0.259$ $p\text{-value}<0.001$) และปัจจัยด้านกระบวนการสร้างบุคคลต้นแบบในองค์กรที่เป็นแบบอย่างที่ดี ($r=-0.171$, $p\text{-value}<0.024$) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุพบว่าตัวแปรซึ่งเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เรียงตามลำดับตัวแปรที่ดีที่สุดในการทำนาย ได้แก่ การมีนโยบายเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของผู้บริหารองค์กร, การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานวิจัยและการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กรตามลำดับโดยสามารถรวมทำนายอธิบายความแปรปรวนของคะแนนของระดับพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษได้ร้อยละ 95.1 ($R^2=0.951$, $SE_{Est}=0.36969$, $F=4.506$, $p<0.035$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จึงควรมีการกำหนดนโยบาย การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานและการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กรเกี่ยวกับงานพัฒนาคุณภาพงานวิจัย ซึ่งจะส่งผลให้งานวิจัยของจังหวัดศรีสะเกษมีคุณภาพที่ดีต่อไป

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย, คุณภาพงานวิจัย

Abstract

This cross-sectional analytical research to find predictive factors that affect research quality development of public health personnel in the public health department of Sisaket Province. The sample consisted of personnel responsible for academic development of general hospitals, community hospital, district public health office, Tambon health promoting hospital and various sections of the Sisaket provincial public health office. 173 people using descriptive statistics consisting of distribution, frequency, percentage, mean, standard deviation(SD), minimum, maximum. Inferential Statistics investigated the association of factors affecting the scores for research quality development of health personnel in the public health department of Sisaket Province by Pearson's correlation coefficient statistics. Analysis equation to predict the relationship between two groups of variables by using Stepwise/Multinomial linear regression statistics.

The study found that most of the public health personnel were female, 72.8%, mostly between 21 - 30 years old, the average age was 38.3 years, the oldest was 59 years old and the youngest was 22 years old, and had the highest work experience between 21 years and over. 43.9 Most of them had experience in producing academic work before, 63.0%. Regarding the policy factors of executives towards the development of research quality as a whole, there were scores moderate the average score was 3.48, with the human resource management factor per research single variable having a high score with an average score of 3.96. Overall, the score was moderate had an average score of 3.39, found that it was at a high level with 2 factors: the creation of role models in the organization had an average score of 3.58 and honoring had an average score of 3.55. The results of the analysis of the relationship between factors related to research quality development of public health personnel in the public health department of Sisaket Province were 5 variables, namely, having a policy for developing research quality of organizational executives ($r=0.973$ p-value <0.00) Motivation determination for research quality improvement of organizational executives. ($r=-0.183$, p-value <0.017) Factors establishing academic teams within the organization ($r=-0.199$ p-value <0.009) factor in learning exchange activities in the organization ($r=-0.259$ p-value <0.001) and the role modeling process factor in a good role model organization ($r=-0.171$, p-value <0.024). The other factors were insufficient to determine the relationship. and multiple regression analysis showed that the variables predicting the quality of research development quality of health personnel in the public health department of Sisaket Province Ranked in order of the best predictive variables were having a policy for developing research quality of organizational executives, budget allocation to support research and learning exchange activities in the organization, respectively, which can jointly predict and explain the variance in the scores of the research quality development level of health personnel in Sisaket Province by % 95.1 ($R^2=0.951$, $SE_{Est}= 0.36969$, $F= 4.506$, $p < 0.035$) with statistical significance at the 0.05 level. Therefore, Sisaket Provincial Public Health Office Therefore, there should be a policy budget allocation to support operations and organize learning exchange activities within the organization on research quality improvement work This will result in good quality research in Sisaket Province.

Keywords: Factors affecting Research quality

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

บทนำ

การดำเนินงานพัฒนางานวิจัยของเขตสุขภาพที่ 10 โดยนโยบายผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 10 (นายแพทย์ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน)กำหนดให้การพัฒนาการวิจัยเพื่อตอบโจทย์ปัญหาสุขภาพของพื้นที่เป็นหลักและเป็น การนำวิจัยที่มีใช้หวังผลเพียงได้ผลงานวิชาการอย่างเดียวโดยเมื่อมีผลงานวิชาการแล้วต้องมีระบบฐานข้อมูลเพื่อการสืบค้นอย่างเป็น ระบบและมีผลงานวิชาการเหล่านี้ได้นำไปประโยชน์ทั้งในงานในพื้นที่หรือการนำไปสู่การกำหนดเป็นนโยบายภาพรวมของ เขตสุขภาพซึ่งในการขับเคลื่อนการพัฒนาวิชาการอยู่ในรูปคณะกรรมการโดยมีผู้บริหารระดับสูงสุดของเขตสุขภาพทำหน้าที่ เป็นหัวหน้าจัดการระบบของการจัดการความรู้ในองค์กรคณะกรรมการจัดการความรู้(Chief Knowledge Officer: CKO) แล้วมีคณะกรรมการย่อยในแต่ละส่วนแบ่งความรับผิดชอบเช่น คณะกรรมการวิจัยและ R2R คณะกรรมการจัดการความรู้ คณะกรรมการจัดทำฐานข้อมูลการวิจัย และคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ใช้กลยุทธ์ 4 ด้าน ได้แก่ การพัฒนา บุคลากรทั้งในระดับเขตและแต่ละจังหวัด การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่มอบหมายให้ทุกจังหวัดเวียนความรับผิดชอบในการ จัดกิจกรรมประชุมวิชาการเขตสุขภาพประจำปีโดยให้มีการส่งผลงานวิชาการในระดับพื้นที่เข้าร่วมนำเสนอและมีวิทยากร ผู้เชี่ยวชาญสาขาต่าง ๆ ร่วมวิพากษ์ให้ข้อเสนอแนะปรับปรุงที่ส่งผลให้บุคลากรอยากมีส่วนร่วมมากขึ้น (บุญไทย จันทระเสน และมานพ คณะโต,2557) การบริหารจัดการฐานข้อมูลการวิจัยที่อาศัยสถาบันในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนกที่ตั้งอยู่ใน เขตสุขภาพรับผิดชอบได้แก่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรอุบลราชธานีและการพัฒนาโครงสร้างและกิจกรรมสนับสนุน เพื่อให้การพัฒนาวิชาการความก้าวหน้ายิ่งขึ้น นอกจากนี้อิทธิพลตัวแปรลักษณะส่วนบุคคล และตัวแปรแรงจูงใจมีผลต่อการ ทำวิจัยของบุคลากร(ทิพย์วัลย์ ศรีพรหม,2554)(วนิดา พิงสรน้อย,2556)

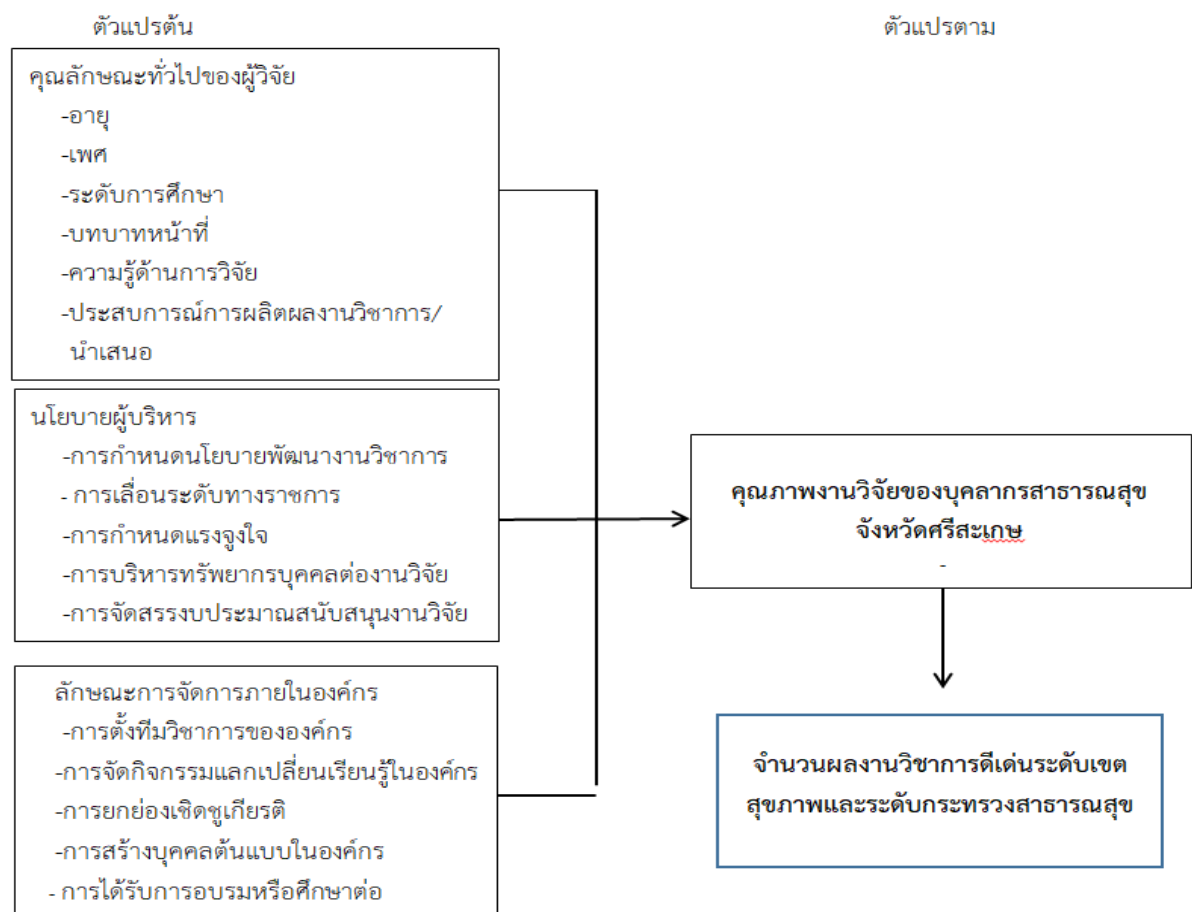
จังหวัดศรีสะเกษ ได้มีกระบวนการพัฒนางานด้านวิชาการอย่างยาวนานตั้งแต่มีการกำหนดนโยบายการพัฒนาสถาน ีอนามัย ปี 2535 ที่ส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับมีการผลิตผลงานวิชาการโดยสนับสนุนและส่งเสริมให้มีการเข้า ร่วมประชุมและนำเสนอผลงานวิชาการในเวทีวิชาการระดับต่างๆทั้งเป็นเวทีภายในหน่วยงานของตนเอง เวทีการประชุม วิชาการของเครือข่ายบริการสุขภาพระดับอำเภอเวทีวิชาการสาธารณสุขระดับจังหวัด และเวทีวิชาการภายนอกได้แก่ เวที วิชาการของศูนย์วิชาการต่าง ๆ เวทีวิชาการระดับเขต และเวทีวิชาการประจำปีระดับกระทรวงสาธารณสุขทั้งนี้อาศัยกลยุทธ์ สำคัญ8กลยุทธ์ ได้แก่การพัฒนาบุคลากรด้านการวิจัยโดยมีการจัดอบรมให้ความรู้ด้านการวิจัยให้กับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขทุกระดับทั้งการจัดโดยหน่วยงานต้นสังกัดและการจัดโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดซึ่งวัดประเมิณผล ความสำเร็จของการอบรมจากจำนวนผลงานวิชาการตามจำนวนผู้ร่วมอบรม การเสริมสร้างความเข้มแข็งภายในหน่วยงานใน รูปของคณะกรรมการขับเคลื่อนงานวิชาการภายในเครือข่ายบริการสาธารณสุขระดับอำเภอและการแต่งตั้งคณะกรรมการ ขับเคลื่อนวิชาการระดับจังหวัด การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยการจัดประชุมวิชาการสาธารณสุขประจำปีระดับจังหวัดซึ่ง ได้จัดให้มีระบบการลงทะเบียนการเข้าร่วมประชุมในเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษตั้งแต่ปี2554 – 2563 รวมทั้งสิ้น 4,352 ผลงาน ดังนี้ ปี 2554 จำนวน 525 ผลงาน ปี 2555 จำนวน 465 ผลงาน ปี 2566 จำนวน 540 ผลงาน ปี 2557จำนวน 391 ผลงานปี 2558 จำนวน 422 ผลงาน ปี 2559 จำนวน 293 ผลงาน ปี 2560 จำนวน 493 ผลงาน ปี 2561 จำนวน 315 ผลงาน ปี 2562 จำนวน 360 ผลงาน และปี 2563 จำนวน 548 ผลงาน (ข้อมูลการบริหารจัดการสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ,2564) การกำหนดปริมาณ ผลงานวิชาการต่อจำนวนบุคลากรในหน่วยงานโดยนำสัดส่วนของ บุคลากรมาของหน่วยงานมาคำนวณเป็นเป้าหมายผลงานวิชาการต่อปีของหน่วยงานนั้น การกำหนดผลงานผลวิชาการและ การจัดกิจกรรมทางวิชาการเป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติงานประจำปีของหน่วยงาน การจัดทีมวิทยากรลงไปให้คำแนะนำและการ นิเทศงานการพัฒนาวิชาการของหน่วยงาน และการเสริมพลังในการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาวิชาการ ต้องมีกระบวนการ การสร้างความสัมพันธ์กับหัวหน้างานหรือการบังคับบัญชาเป็นสิ่งที่เอื้อและสนับสนุนการทำวิจัยสถาบันโดยเฉพาะความเป็น กันเองทำให้มีความยินดีและมุ่งมั่นเมื่อปฏิบัติงานงานวิจัย (นพคุณ กสณติคุณ,2554)การสนับสนุนงบประมาณให้คณะกรรมการ พัฒนาวิชาการหน่วยงานระดับอำเภอและการสนับสนุนค่าใช้จ่ายจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหากได้รับการคัดเลือกให้ เข้าร่วมประชุมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในเวทีระดับประเทศ การมอบเกียรติบัตรเชิดชูเกียรติและช่อดอกไม้แสดง ความยินดีกับเจ้าของผลงานวิชาการที่ได้รับการคัดเลือกให้เป็นผลงานวิชาการดีเด่นประจำปีทั้งในเวทีวิชาการระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมาแม้ในภาพของความสำเร็จจากการมีผลงานวิชาการ

จำนวนเข้าร่วมประชุมแลกเปลี่ยนในเวทีต่าง ๆ หรือการยอมรับของผู้บริหารในระดับต่าง ๆ ในการเป็นผู้นำและเป็นแบบอย่างในการขับเคลื่อนการพัฒนาวิชาการให้กับบุคลากรสาธารณสุขก็ตาม แต่ก็ยังพบว่าในรายละเอียดเชิงลึกยังพบบางอำเภอที่มีระดับการพัฒนางานด้านวิชาการโดยเฉพาะการผลิตผลงานการวิจัยงาน R2R น้อย หรือบางอำเภอมีระดับขึ้นลงของจำนวนผลงานวิชาการในแต่ละปี ทั้งนี้ กระบวนการในการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีพัฒนางานวิชาการ เพื่อให้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการปรับปรุงประสิทธิภาพประสิทธิผลของงานในหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลให้สูงขึ้นและความต้องการปรับปรุงแก้เป็นปัญหาจากการทำงาน ความก้าวหน้าในหน้าที่การงานของตนเอง(วัฒนา พัดเกตุ,2555) จึงเป็นประเด็นคำถามหรือโจทย์ในการดำเนินงานยกระดับการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยในบุคลากรสาธารณสุขของจังหวัดศรีสะเกษได้อย่างไร มีปัจจัยใดที่จะส่งเสริมหรือสนับสนุนให้เกิดการพัฒนางานวิจัยให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาคุณลักษณะของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ สถานการณ์ของการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- 2) เพื่อศึกษารูปแบบของความสัมพันธ์ของปัจจัยต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- 3) เพื่อศึกษาระดับความสัมพันธ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาสถานการณ์ของการพัฒนาวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษและวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัย

ด้านการกำหนดนโยบายการพัฒนาวิชาการ การกำหนดผลงานวิชาการเป็นตัวชี้วัดของการปฏิบัติราชการ การสนับสนุนงบประมาณ ระเบียบย่องเขตชูเกียรติ การมีบุคคลต้นแบบด้านวิชาการของหน่วยงาน การได้เข้ารับการอบรมหรือศึกษาต่อ และข้อกำหนดของผลงานวิจัยต่อการเลื่อนระดับทางราชการ ที่มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โดยมีวิธีการวิจัย ดังนี้

ประชากรและตัวอย่าง

เนื่องจากการทำวิจัยครั้งนี้ต้องการข้อมูลจากตัวแทนผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการต่างๆ ทุกระดับของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 173 คน ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE) ซึ่ง เคลลีและแมกเวล (Kelly & Maxwell, 2003) นำเสนอโดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N_M = \left(\frac{Z_{(1-\alpha)/2}}{w} \right) \left(\frac{1-R^2}{1-R_{xxj}^2} \right) \left(\frac{\chi^2_{(1-\gamma; N-1)}}{N-p-1} \right) + p + 1$$

โดยที่:

N_M	=	จำนวนของตัวอย่าง
N	=	50% ของโอกาสที่จะได้ 95%CI ของ R^2 น้อยกว่า 0.01
P	=	จำนวนของตัวแปรทำนายใน full model (กำหนดให้ 5 predictors)
α	=	ระดับจุดตัดสินใจสำหรับทดสอบช่วงเชื่อมั่น (0.05)
w	=	ครึ่งหนึ่งของช่วงเชื่อมั่นของตัวแปรทำนายหลัก
R^2	=	ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยสำหรับ full model ซึ่งได้จากการคาดและประมาณการจากการศึกษาของบุญญาภา โพธิ์ทองและนุจรี ไชยมงคล(2557) ปัจจัยทำนายความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาล($R^2=0.281$)
R^2_{x-xj}	=	ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรต้นหลักกับตัวแปรต้น บุญญาภา โพธิ์ทองและนุจรี ไชยมงคล(2557) ($R^2=0.246$)
$\chi^2_{(1-\gamma; N-1)}$	=	ควอไทล์ ของการกระจายแบบ ไค-สแควร์ (0.8)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณในฟังก์ชัน AIPE ของโปรแกรม STATA version 8.2 ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษจำนวน 165 คน เนื่องผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout และคณะ อ้างถึงในสงกรานต์ กลั่นดวง (2548) พบว่า มีผู้ออกจากการทำงาน 112 คน จากผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งหมด 735 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.26

$$= 24.75 \text{ ประมาณ } 25 \text{ คน}$$

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ โอกาสในการเข้าร่วมครบถ้วนร้อยละ 100 ผู้วิจัยจึงขอเก็บกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 173 คน โดยการสุ่มตัวอย่างจากทุกหน่วยบริการจำนวน 173 แห่งที่จะเป็นตัวแทนให้บุคลากรจำนวน 1 คน ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนั้นๆ ผู้วิจัยจึงกำหนดเป็น 2 รูปแบบกล่าวคือ

1.การเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยเลือกหน่วยงานทั้งหมดของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอในเขตพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ที่ให้มีตัวแทนหน่วยงานโดยเป็นผู้รับผิดชอบงานหรือเป็นคณะกรรมการพัฒนาวิชาการของหน่วยงาน จำนวน 1 คน เป็นตัวแทนในการตอบแบบสอบถาม

2.การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) จากหน่วยงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยเลือกจากเลขรหัสสถานพยาบาลที่กำหนดโดยสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ เลือกเฉพาะเลขที่ จนครบจำนวน และให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งที่ได้รับมอบหมายจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนั้นๆ เป็นผู้ตอบแบบสอบถามและจากกลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดโดยวิธีการห้สารบรรณเลขของกลุ่มงานเป็นเลขที่และให้ผู้รับผิดชอบงานการ

พัฒนาวิชาการของของกลุ่มงานเป็นตัวแทนในการตอบแบบสอบถามผู้วิจัยจึงกำหนดตารางแยกจำนวนสถานบริการและวิธีการสุ่มอย่างง่าย ตามตาราง 1 ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามมีลักษณะดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ด้านลักษณะพฤติกรรมกรรมการบริหารของหน่วยงานต่อการพัฒนา
งานวิจัยของหน่วยงาน แบบคำตอบ 5 ระดับ

ส่วนที่ 3 ด้านลักษณะขององค์กรต่อการพัฒนางานวิจัยของหน่วยงาน แบบคำตอบ 5 ระดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณค่าหรือคุณภาพงานวิจัยที่ดำเนินงานในหน่วยงาน แบบคำตอบ 5 ระดับ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามแสดงความคาดหวังต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของผู้ตอบแบบสอบถาม

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาค่าความตรงได้ค่า CM เท่ากับ .84 เกณฑ์ที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยารากร, 2553) และค่าความเชื่อมั่นทางคณะผู้จัดทำโครงการนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบ (Try-Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรที่จะศึกษา จำนวน 30 คน และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) งบประมาณส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านลักษณะ พฤติกรรมการบริหารของหน่วยงานต่อการพัฒนา
งานวิจัยของหน่วยงาน 0.72 ส่วนที่ 3 แบบสอบถาม ด้านลักษณะขององค์กรต่อการพัฒนางานวิจัยของหน่วยงาน 0.78 ส่วนที่ 4
แบบสอบถามคุณค่าหรือคุณภาพงานวิจัยที่ดำเนินงานในหน่วยงาน 0.82 และส่วนที่ 5 แบบสอบถามแสดงความคาดหวังต่อ
การพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของผู้ตอบแบบสอบถาม 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแนวทางและขั้นดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากสำนักสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหัวหน้ากลุ่มงานใน
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ทุกแห่ง โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้แทนหน่วยงานที่รับผิดชอบงานพัฒนา
วิชาการ เฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นกลุ่มอย่างให้ผู้ช่วยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็น
ผู้มอบหมาย

2. ให้ตัวแทนของหน่วยงานตอบแบบสอบถามภายในระยะเวลา ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม- ธันวาคม 2563 แล้วส่งคืน
ให้ผู้วิจัย โดยได้รับกลับคืนทั้งสิ้น 173 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยกำหนดการทดสอบ
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา บทบาทหน้าที่ความรู้ด้านการวิจัย ประสบการณ์การนำเสนอ/การ
ตีพิมพ์ผลงานวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา หาค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ข้อมูล ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรทางแพทย์และ
สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ ใช้ (Multiple regressions stepwise) ในการวิเคราะห์

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาปัจจัยทำนายการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ ได้รับ
การรับรองจริยธรรมโดยการยกเว้นการรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดศรีสะเกษ ณ วันที่ 27 เมษายน 2563

ผลการศึกษา

การศึกษาปัจจัยทำนายการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยต่อไปนี้จะจำแนกการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1.ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างของบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.8 เพศชาย ร้อยละ 27.2 สถานภาพสมรส มากที่สุด เป็นสถานะคู่ ร้อยละ 58.4 อายุ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงระหว่าง 21 – 30 ปี อายุเฉลี่ย 38.3 ปี มีประสบการณ์การทำงานมากที่สุด ตั้งแต่ 21 ปีขึ้นไป ร้อยละ 43.9 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 74.6 มีการศึกษาในระดับปริญญาเอก ร้อยละ 1.7 ลักษณะงานที่ปฏิบัติหรือรับผิดชอบ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานด้านการบริการ ร้อยละ 57.2 ส่วนใหญ่ร้อยละ 63.0 มีประสบการณ์การจัดทำผลงานวิชาการอย่างใดอย่างหนึ่งมาก่อน ส่วนใหญ่ เคยจัดทำผลงานวิชาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ร้อยละ 63.0 สำหรับผู้ที่เคยจัดทำผลงานวิชาการ พบว่า ส่วนใหญ่มีผลงานวิชาการที่เคยดำเนินการจัดทำมากกว่า 1 ประเภท ร้อยละ 35.3 รองลงมาเป็นผลงานประเภทวิจัย ร้อยละ 23.9 นวัตกรรม ร้อยละ 14.7 पोสเตอร์ ร้อยละ 13.8 CQI ร้อยละ 11.0 และน้อยสุด เป็นผลงานประเภท R2R ร้อยละ 4.6 การมีประสบการณ์เข้าร่วมเวทีการนำเสนอผลงานวิชาการ พบว่าส่วนใหญ่ มีประสบการณ์มากกว่า 1 เวที ร้อยละ 61.5 รองลงมาผู้ที่เคยจัดทำผลงานวิชาการ พบว่า ผลงานส่วนใหญ่ไม่ได้ส่งตีพิมพ์ ร้อยละ 63.3 ซึ่งส่งตีพิมพ์เพียง ร้อยละ 36.7 โดยผู้ที่มีผลงานวิชาการและได้ส่งตีพิมพ์นั้น ส่วนใหญ่ตีพิมพ์ในวารสารเป็นภาษาไทย ร้อยละ 80.0 ส่วนน้อยตีพิมพ์ในวารสารเป็นภาษาอังกฤษ ร้อยละ 20.0 ผู้ที่มีผลงานวิชาการ ส่วนใหญ่ จัดทำผลงานวิชาการมีวัตถุประสงค์หลายอย่างมากกว่า 1 ด้าน ร้อยละ 59.6 รองลงมา เพื่อการศึกษาหาความรู้ ร้อยละ 12.9 เพื่อแก้ปัญหาการปฏิบัติงาน ร้อยละ 11.0 เพื่อเลื่อนตำแหน่งที่สูงขึ้น ร้อยละ 7.4 เพื่อการศึกษาต่อ ร้อยละ 6.4 และน้อยที่สุด เพื่อการพิจารณาความดีความชอบ ร้อยละ 2.7

2.วิเคราะห์ข้อมูล ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จำแนกเป็นรายด้าน โดยการวิเคราะห์ระดับของตัวแปร พบว่าปัจจัยนโยบายผู้บริหาร โดยภาพรวมมีค่าคะแนน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.48 โดยมีปัจจัยตัวแปรที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูง มีเพียงปัจจัยเดียว คือ ปัจจัยการบริหารทรัพยากรบุคคลต่องานวิจัย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.96 ซึ่งปัจจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การกำหนดนโยบายพัฒนางานวิชาการ การเลื่อนระดับทางราชการ การกำหนดแรงจูงใจ และการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานวิจัย มีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 3.33 - 3.47 ส่วนปัจจัยลักษณะการจัดการภายในองค์กร โดยภาพรวมมีค่าคะแนน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.39 โดยมีที่พบว่าอยู่ในระดับสูง มี 2 ปัจจัย ได้แก่ การสร้างบุคคลต้นแบบในองค์กร มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.58 และการยกย่องเชิดชูเกียรติ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.55 ซึ่งปัจจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การตั้งทีมวิชาการขององค์กร การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร และการได้รับการอบรมหรือศึกษาต่อ ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 3.21 – 3.39 ดังตารางที่ 2

ปัจจัย	ค่าต่ำสุด (min)	ค่ามากที่สุด (max)	ค่าเฉลี่ย (mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(S.D.)	ระดับ
1. ปัจจัยนโยบายผู้บริหาร					
1) การกำหนดนโยบายพัฒนางานวิชาการ	3.00	3.86	3.40	.18892	ปานกลาง
2) การเลื่อนระดับทางราชการ	3.00	3.80	3.38	.20123	ปานกลาง
3) การกำหนดแรงจูงใจ	3.00	4.00	3.47	.33945	ปานกลาง
4) การบริหารทรัพยากรบุคคลต่องานวิจัย	3.75	4.25	3.96	.22566	สูง
5) การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานวิจัย	3.00	3.80	3.33	.18337	ปานกลาง
รวมปัจจัยนโยบายผู้บริหาร	3.19	3.78	3.48	.14828	ปานกลาง

ปัจจัย	ค่าต่ำสุด (min)	ค่ามากที่สุด (max)	ค่าเฉลี่ย (mean)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน(S.D.)	ระดับ
2. ปัจจัยลักษณะการจัดการภายในองค์กร					
1) การตั้งทีมวิชาการขององค์กร	3.00	4.00	3.28	.28816	ปานกลาง
2) การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ใน องค์กร	3.00	4.00	3.21	.26053	ปานกลาง
3) การยกย่องเชิดชูเกียรติ	3.00	4.00	3.55	.44341	สูง
4) การสร้างบุคคลต้นแบบในองค์กร	3.00	4.00	3.58	.44862	สูง
5) การได้รับการอบรมหรือศึกษาต่อ	3.00	4.00	3.39	.29929	ปานกลาง
รวมปัจจัยลักษณะการจัดการภายในองค์กร	3.00	4.00	3.39	.29918	ปานกลาง

3.วิเคราะห์ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพของงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 5 ตัวแปร คือ.การมีนโยบายเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของผู้บริหารองค์กร ($r=0.973$ $p\text{-value}<0.00$) การกำหนดแรงจูงใจเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของผู้บริหารองค์กร ($r=-0.183$, $p\text{-value}<0.017$) ปัจจัยด้านการจัดตั้งทีมวิชาการภายในองค์กร($r=-0.199$ $p\text{-value}<0.009$) ปัจจัยด้านการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร ($r=-0.259$ $p\text{-value}<0.001$)และปัจจัยด้านกระบวนการสร้างบุคคลต้นแบบในองค์กรที่เป็นแบบอย่างที่ดี ($r=-0.171$, $p\text{-value}<0.024$) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความสัมพันธ์ ดังตารางที่ 3

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ ความสัมพันธ์(r)	p-value
1. การกำหนดนโยบายพัฒนางานวิชาการ(x_1)	23.83(1.322)	0.973	.580
2. การเลื่อนระดับทางราชการ(x_2)	16.9(1.006)	-0.181	.001
3. การกำหนดแรงจูงใจ(x_3)	20.84(2.037)	-0.045	.556
4. การบริหารทรัพยากรบุคคลต่องานวิจัย(x_4)	15.83(0.903)	-0.05	.509
5. การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานวิจัย(x_5)	16.62(0.917)	0.055	.055
6. การตั้งทีมวิชาการขององค์กร(x_6)	16.39(1.441)	-0.199	.009
7. การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร(x_7)	12.83(1.042)	-0.259	.001
8. การยกย่องเชิดชูเกียรติ(x_8)	14.21(1.774)	-0.036	.634
9. การสร้างบุคคลต้นแบบในองค์กร(x_9)	14.32(1.794)	-0.05	.050
10. การได้รับการอบรมหรือศึกษาต่อ(x_{10})	16.93(1.496)	-0.171	.024

**Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

3.การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับของการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษพบว่า การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณที่ศึกษาตัวแปรจากปัจจัยนโยบายผู้บริหาร จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ การกำหนดนโยบายพัฒนางานวิชาการ การเลื่อนระดับทางราชการ การกำหนดแรงจูงใจ การบริหารทรัพยากรบุคคลต่องานวิจัย และการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานวิจัย และจากปัจจัยลักษณะการจัดการภายในองค์กร จำนวน 5 ตัวแปร ได้แก่ การตั้งทีมวิชาการขององค์กร การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร การยกย่องเชิดชูเกียรติ การสร้างบุคคลต้นแบบในองค์กร และการได้รับการอบรมหรือศึกษาต่อ โดยใช้วิธีการคัดเลือกตัวแปรแบบขั้นตอน (Stepwise) พบว่า มี 3 ตัวแปร ที่เป็นโมเดลที่ดีที่สุดในการทำนายปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งได้แก่ 1) การกำหนดนโยบายพัฒนางานวิชาการ มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่

ระดับ <.001 ซึ่งสามารถอธิบายการมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากร มากถึงร้อยละ 99.6) การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานวิจัย มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 ซึ่งสามารถอธิบายการมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากร มากถึงร้อยละ 0.3 และ 3) การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 ซึ่งสามารถอธิบายการมีผลต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากร มากถึงร้อยละ 0.1 ตัวแปรซึ่งเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เรียงตามลำดับตัวแปรที่ดีที่สุดในการทำนาย ได้แก่ การมีนโยบายเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของผู้บริหารองค์กร, การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานวิจัยและการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร ตามลำดับโดยสามารถร่วมทำนายอธิบายความแปรปรวนของคะแนนของระดับพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณของระดับของการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ (n=173)

โมเดล วิเคราะห์	ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ถดถอย (Coefficient)		R ²	R ² _{adj}	Sr ²	R ² change
		B	β				
โมเดล ที่ดีที่สุด	การกำหนดนโยบายพัฒนางาน วิชาการ	1.271	..992	0.947	0.947	0.382	0.947
	การจัดสรรงบประมาณสนับสนุน งานวิจัย	--.121	-.067	0.950	0.949	0.373	0.003
	การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในองค์กร	0.065	0.041	0.951	0.950	0.370	0.001
Constant = -1.207,, R2=0.951,SEest= 0.36969, F= 4.506, p < 0.035							

สรุปและอภิปรายผล

1.พบว่าปัจจัยนโยบายผู้บริหาร โดยภาพรวมมีค่าคะแนน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.48 โดยมีปัจจัยตัวแปรที่มีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูง มีเพียงปัจจัยเดียว คือ ปัจจัยการบริหารทรัพยากรบุคคลต่องานวิจัย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.96 ซึ่งปัจจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การกำหนดนโยบายพัฒนางานวิชาการ การเลื่อนระดับทางราชการ การกำหนดแรงจูงใจ และ การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานวิจัย มีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 3.33 - 3.47 ส่วนปัจจัยลักษณะการจัดการภายในองค์กร โดยภาพรวมมีค่าคะแนน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.39 โดยมีที่พบว่าอยู่ในระดับสูง มี 2 ปัจจัย ได้แก่ การสร้างบุคคลต้นแบบในองค์กร มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.58 และการยกย่องเชิดชูเกียรติ มีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.55 ซึ่งปัจจัยส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ การตั้งทีมวิชาการขององค์กร การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร และการได้รับการอบรมหรือศึกษาต่อ ซึ่งมีค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 3.21 – 3.39

2.วิเคราะห์ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรทางแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับคุณภาพของงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 5 ตัวแปร คือ.การมีนโยบายเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของผู้บริหารองค์กร (r=0.973 p-value<0.00) การกำหนดแรงจูงใจเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของผู้บริหารองค์กร (r=-0.183,p-value<0.017) ปัจจัยด้านการจัดตั้งทีมวิชาการภายในองค์กร(r=-0.199 p-value<0.009)ปัจจัยด้านการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร (r=-0.259 p-value<0.001)และปัจจัยด้านกระบวนการสร้างบุคคลต้นแบบในองค์กรที่เป็นแบบอย่างที่ดี (r= -0.171,p-value <0.024) อธิบายได้ว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ได้ดำเนินการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาคุณภาพงานวิจัยสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเป็นประจำทุกปีมาโดยตลอด ได้กำหนดให้มีตัวชี้วัดสำคัญของจังหวัดในการส่งเสริม ผลักดันและจูงใจให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ของทุกหน่วยงานได้ส่งผลงานทางวิชาการเพื่อนำเสนอผลงาน ทั้งการทำในภาพรวมของ

หน่วยงานและส่วนบุคคล การจัดกิจกรรมพัฒนาคุณภาพงานวิจัยหรืองานวิจัยรายบุคคล ซึ่งทำให้บุคลากรเห็นว่าการวิจัยเป็นภารกิจที่มีความสำคัญทั้งประโยชน์สำหรับตนเองและหน่วยงาน ที่ส่งผลให้เกิดการพัฒนางานในหน่วยงาน และบุคลากรจะเห็นคุณค่า เห็นประโยชน์ทางวิชาการในการพัฒนาผลงานวิชาการมากกว่าวัตถุประสงค์สำหรับการทำผลงานวิชาการเพียงเพื่อการเลื่อนระดับในตำแหน่งที่สูงขึ้น จึงก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันในองค์กร รวมทั้งเกิดทักษะในการทำผลงานวิชาการและการทำวิจัยที่มีผลต่อความต้องการในการทำวิจัยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

3.การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุพบว่าตัวแปรซึ่งเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เรียงตามลำดับตัวแปรที่ดีที่สุดในการทำนาย ได้แก่ การมีนโยบายเพื่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของผู้บริหารองค์กร, การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนงานวิจัยและการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในองค์กร ตามลำดับโดยสามารถร่วมทำนายอธิบายความแปรปรวนของคะแนนของระดับพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษได้ร้อยละ 95.1($R^2=0.951$, $SE_{Est}= 0.36969$, $F= 4.506$, $p < 0.035$)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการ ศึกษาที่สอดคล้องกับงานวิจัยของบุญไทย จันทระเสนา และมานพ คณะโต (2557) ปัจจัยที่มีผลต่อการทำวิจัยของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าระดับตำแหน่ง การเข้าร่วมกิจกรรมเวทีวิชาการ และความรู้เรื่องการทำวิจัยมีความสัมพันธ์กับการทำวิจัยของนักวิชาการสาธารณสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในด้านลักษณะงานที่รับผิดชอบมีผลต่อความต้องการในการทำวิจัยของบุคลากรทั้งนี้ เพราะบุคลากรเห็นว่าการงานในหน้าที่ที่รับผิดชอบสามารถพัฒนามาเป็นงานวิจัยได้ เป็นผลงานเพื่อเลื่อนระดับหรือประเมินผลงานทางวิชาการได้อีกเช่นกัน จึงทำให้มีความต้องการและมีแรงจูงใจในการทำวิจัย สอดคล้องกับงานวิจัยของนพวรรณ รื่นแสง, เบญจมาศ เป็นบุญ, และวรวรรณ สโมสรสุข (2555) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานวิจัยของบุคลากรสายสนับสนุนของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ และการศึกษาของ อนัญฐณิศา มณีวงศ์, นฤมล เอี่ยมณีกุล, สุรินทร์ กลัมพากร และวันเพ็ญ แก้วปาน.(2559) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลสาธารณสุขในเขตภาคกลาง วารสารพยาบาลสาธารณสุข ที่พบว่า ด้านลักษณะงาน และงานประจำ สามารถนำมาพัฒนาเป็นงานวิจัยได้ จากที่กล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ปัจจัยทั้ง 3 ปัจจัย มีผลต่อการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และควรส่งเสริมให้ได้รับการกระตุ้นเตือนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการสร้างองค์กรแห่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สร้างความรู้ใหม่ ๆ และแสวงหาแนวทางปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ถึงแม้จะได้คำตอบสำคัญในการจะขับเคลื่อนการพัฒนางานวิจัยให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นก็ตาม แต่ผู้วิจัยก็ยังเห็นว่าควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในครั้งต่อไป ดังนี้

- 1.นำปัจจัยที่ได้ไปออกแบบการพัฒนาคุณภาพของการพัฒนาวิชาการของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- 2.ศึกษาปัจจัยอื่นๆเพิ่มเติม เช่น การได้รับการสนับสนุนแหล่งทุนจากภายนอก การสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเรียนรู้ของบุคลากรสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
- 3.แนวทางในการพัฒนารูปแบบสังคมนักปฏิบัติ (Community of Practice: COP) เพื่อเพิ่มศักยภาพและขีดความสามารถของนักวิจัยด้านสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1.) การสานพลังจากทุกภาคส่วนและสร้างเครือข่าย(collaborating and networking) เพื่อขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงไปด้วยกัน
- 2.) การทำงานในแนวระนาบผ่านระบบงานที่มีความแตกต่างกันและข้ามหน่วยงานต่างๆ(working across systems) ได้
- 3.) การพรรณนาให้เห็นภาพของการเปลี่ยนแปลง (building narratives for change) เพื่อโน้มน้าว หรือชักจูงให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องยอมรับและดำเนินการในสิ่งที่แตกต่างไปจากเดิม
- 4.) การปรับตัวและการเรียนรู้ (adapting and learning) อย่างรวดเร็วและทันสถานการณ์

5.) การแสวงหาหรือการระดมสรรพกำลังและทรัพยากร (leveraging new resources) เพื่อยกระดับให้สูงขึ้นและเพียงพอต่อการดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็นการแบ่งปันหรือรวมงบประมาณเข้าด้วยกัน การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและทดลองใช้โมเดลการทำงานแบบใหม่

อ้างอิง

- บุญไทย จันทรเสนา และมานพ คณะโต. (2557). ปัจจัยที่มีผลต่อการทำวิจัยของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู.วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2(3): 321 – 335 กัลยา วานิชย์บัญชา (2548). *สถิติสำหรับงานวิจัย*. กรุงเทพฯ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- วนิดา พิงสรน้อย.(2556).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการทำวิจัยของบุคลากรวิชาการกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ปทุมธานี : มหาวิทยาลัย เทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- ทิพย์วัลย์ ศรีพรม. (2554).การวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสาเหตุที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจในการทำวิจัยของอาจารย์มหาวิทยาลัยราชภัฏในเขตภาคเหนือตอนบน. วารสารการวิจัยกาสะลองคำ.5(2): 6-15
- นพคุณ กษานติกุล และคณะ.(2554).ปัจจัยที่มีผลต่อการทำวิจัยสถาบันของบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.เข้าถึงได้จาก
<http://sutir.sut.ac.th:8080/jspui/bitstream/123456789/4820/2/Fulltext.pdf>
- นพวรรณ รื่นแสง, เบญจมาศ เป็นบุญ, และวรวรรณ สโมสรสุข (2555).ปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานวิจัยของบุคลากรสายสนับสนุนของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ. หน่วยวิเคราะห์แผน งบประมาณและวิจัยสถาบัน โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (รายงานการวิจัย).
- วัฒนา พัดเกิด. (2555).การศึกษาเจตคติในการทำวิจัยและปัญหาและอุปสรรคในการทำวิจัยของอาจารย์คณะมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. เข้าถึงได้จาก :
http://www.human.nu.ac.th/jhnu/journal_detail.php?a_id=121&v_id=3
- บุญญาภา โพธิ์ทองและนุจรีย์ ไชยมงคล.(2557). ปัจจัยทำนายความสุขในการทำงานของอาจารย์พยาบาล.วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา.ปีที่ 22 ฉบับที่ 4(ตุลาคม-ธันวาคม 2557).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.(2564). รายงานการจัดทำผลงานวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.: จังหวัดศรีสะเกษ.
- อนัญฐณิศา มณีวงศ์, นฤมล เอื้อมณีกุล, สุรินทร์ กลัมพากร และวันเพ็ญ แก้วปาน.(2559).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะด้านการวิจัยของพยาบาลสาธารณสุขในเขตภาคกลาง.วารสารพยาบาลสาธารณสุข; ปีที่ 30 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2559
- Best. J. W. and Kahn J.V. Research In Education. 7 th ed. Boston, M.A. : Allyn And Bacon. 1993.
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., Lwanga, S. K., & Organization, W. H. (1990). Adequacy of sample size in health studies. Chichester: Wiley.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น
ในโรงเรียนอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ
Factors Influencing Depression among Secondary School Students
in Nonkhun District, Sisaket Province

ณัฐพงษ์ โพธิ์บุตร¹
Nattpong Potibut

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 167คน ใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสุดค่าสูงสุด ค่ามัธยฐานและสถิติเชิงวิเคราะห์ (Inferential Statistics)วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยและระดับคะแนนภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณจังหวัดศรีสะเกษ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson วิเคราะห์สมการทำนายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสองกลุ่ม โดยใช้การใช้สถิติถดถอยเชิงพหุ (Multiple Linear regression) แบบ Step wise

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 25.1 มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง ร้อยละ 43.7 มีความฉลาดทางสังคมภาพรวมในระดับปานกลาง มีความผูกพันในครอบครัวในระดับปานกลาง และดี ร้อยละ 71.9 และ 28.1 มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนในระดับปานกลางและดี ร้อยละ 55.1 และ 44.9 มีพฤติกรรมการติดเกม คลั่งไคล้ เริ่มมีปัญหาในการเล่นเกมร้อยละ 16.8 มีปัญหาในการเล่นเกมมากร้อยละ 1.8 มีพฤติกรรมสนทนาออนไลน์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 5 ตัวแปร คือความฉลาดทางสังคม($r = -0.226$ $p\text{-value} < 0.000$) ความผูกพันในครอบครัว ($r = -0.308$, $p\text{-value} < 0.000$) สัมพันธภาพกับเพื่อน ($r = -0.330$, $p\text{-value} < 0.000$) สถานภาพบิดามารดาหย่าร้าง ($r = -0.185$, $p\text{-value} < 0.017$) และปัจจัยด้านการอยู่อาศัยอยู่กับบิดา ($r = -0.157$, $p\text{-value} < 0.043$) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความสัมพันธ์ และการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุพบว่าตัวแปรซึ่งเป็นปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณจังหวัดศรีสะเกษได้แก่ ปัจจัยด้านสัมพันธภาพกับเพื่อน, ปัจจัยด้านการอยู่อาศัย ปัจจัยขึ้นอยู่กับมารดาและครอบครัวใหม่, ปัจจัยด้านความผูกพันในครอบครัว, ปัจจัยด้านสถานภาพสมรส บิดามารดาหย่าร้างและปัจจัยด้านการอยู่อาศัยอยู่กับบิดาตามลำดับ ตามลำดับโดยสามารถร่วมทำนายอธิบายความแปรปรวนของคะแนนของภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณจังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 22.2 (Constant = 39.110, $R_2 = 0.222$, $SE_{est} = 7.534$, $F = 9.178$, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้และควรนำปัจจัยดังกล่าวมาออกแบบการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตอำเภอโนนคูณต่อไป

คำสำคัญ : ปัจจัยทำนาย, ภาวะซึมเศร้า, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

¹ นายแพทย์ ชานาญการ (ด้านเวชกรรม) โรงพยาบาลโนนคูณ ประเทศไทย
Medical Physician, Professional Level(Medicine) Non Khun Hospital Thailand

Abstract

The purpose of this cross-sectional analytical research was to study factors influencing depression among 167 junior high school students in schools in Nonkhun District, Sisaket Province. Descriptive statistics were used: distribution, frequency, percentage, mean, standard deviation (SD), minimum, maximum. The median and inferential statistics analyzed the correlation of factors and depression scores of junior high school students in schools in Non Khun District, Sisaket Province. with the correlation coefficient statistics by Pearson's correlation coefficient statistics. Analysis equation to predict the relationship between two groups of variables by using Stepwise Multinomial linear regression-statistics.

The results showed that The subjects had mild to moderate depression, 25.1% had severe depression, 43.7% had a moderate overall social intelligence. There was a moderate and good family bond, 71.9% and 28.1%, a close relationship with friends at a moderate and good level, 55.1% and 44.9%, there was a game addiction behavior, 16.8% began to have problems playing games. 1.8% had problems playing games Most of online chatting behaviors were at moderate level. The results of the analysis of the relationship between factors associated with depression of junior high school students in schools in NonKhun District, Sisaket Province were 5 variables, namely social intelligence ($r=-0.226$, $p\text{-value}<0.000$) Family ties ($r=-0.308$, $p\text{-value}<0.000$) Peer relationship ($r=-0.330$, $p\text{-value}<0.000$) Divorced parents status ($r=-0.185$ $p\text{-value}<0.017$) and the father living factor ($r=-0.157$, $p\text{-value}<0.043$) Other factors were insufficient to determine a relationship. And the multiple regression analysis found that the variables predicting depression of junior high school students in schools in NonKhun District, Sisaket Province were: Relationship factors with peers, maternal and new family status factors, family ties factors, marital status factors of divorced parents and single father factors. Other factors were insufficient to determine a relationship. And the multiple regression analysis found that the variables predicting depression of junior high school students in schools in NonKhun District, Sisaket Province were: Relationship factors with peers, maternal and new family status factors, family ties factors, marital status factors of divorced parents and single father factors. Respectively, they were able to predict the variance in depression scores of junior high school students in schools in NonKhun District, Sisaket Province at 22.2% (Constant = 39.110, $R^2=0.222$, $SE_{est}=7.534$, $F=9.178$, $p<0.001$). Statistically significant at the 0.05 level. Therefore, solving the problem of depression among junior high school students in Non Khun District Sisaket Province These factors should be taken into account and should be incorporated into the design of actions to solve depression problems among junior high school students in NonKhun District Sisaket province.

Keywords : Factors Influencing, Depression, Junior high school students

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศไทยและทั่วโลก และเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดการสูญเสียปีสุขภาวะในช่วงวัยรุ่น (Disability adjusted life year DALYs) (Coker et al., 2010) โดยวัยรุ่นไทยพบว่ามีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 49.8 (วิลลวรรณ ปัญญาอ่อน, 2563) นอกจากนี้ จากการสำรวจวัยรุ่นไทยที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงจนได้รับการวินิจฉัย ว่าเป็นโรคซึมเศร้าพบประมาณร้อยละ 2 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2565) และในระหว่างการระบาดของโควิด-19 ปี พ.ศ. 2564 - ปี พ.ศ. 2565 พบวัยรุ่นที่เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าซึ่งเพิ่มขึ้นถึง 9.8 เท่า เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีอารมณ์อ่อนไหว ผูกพันกับเพื่อนและครอบครัวจากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้าค่อนข้างสูง เนื่องจากเป็นช่วงเปลี่ยนผ่านระหว่างวัยเด็กกับวัยผู้ใหญ่ หากในช่วงวัยรุ่นมีภาวะซึมเศร้ามากก็มีโอกาสเกิดโรคซึมเศร้าในผู้ใหญ่ได้ถึงร้อยละ 75 (Jacobs, Reinecke, Gollan & Kane

2008) การป้องกันภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตั้งแต่ระยะเริ่มต้นโดยเฉพาะช่วงวัยรุ่นตอนต้นถึงตอนกลางจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันและลดปัญหาที่อาจเกิด จากภาวะซึมเศร้าในช่วงวัยอื่นได้ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 การระบาดในประเทศไทย ได้รายงาน เด็กและวัยรุ่นในประเทศไทยและทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาด้านสุขภาพจิตมากขึ้นเรื่อย ๆ แต่ผู้ที่มีปัญหาส่วนหนึ่งปกปิดไว้ ซึ่งจากการประเมินพบว่า เด็กอายุ 10-19 ปี กว่า 1 ใน 7 คนทั่วโลกมีความป่วยทางจิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ข้อมูลจากกรมสุขภาพจิต ระบุว่าเด็กและเยาวชนอายุ 10-29 ปี ราว 800 คนฆ่าตัวตายสำเร็จใน พ.ศ. 2562 ในขณะที่ข้อมูลจากสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ พบว่า เด็กวัยรุ่นอายุ 10-19 ปีกว่า 10,000 คน ได้โทรเข้าสายด่วนสุขภาพจิต 1323 เพื่อขอรับคำปรึกษา ปัญหาที่พบมากที่สุด คือ ความเครียดและความวิตกกังวล ปัญหาความรัก และภาวะซึมเศร้า การระบาดของโควิด-19 ทำให้วิถีชีวิตของเด็กวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงไปมาก เด็กจำนวนหนึ่งอาจไม่สามารถปรับตัวกับการเรียนรูปแบบใหม่ จนเกิดผลกระทบต่อการเรียนและการพัฒนาการหลายด้าน ทั้งผลกระทบต่อผู้ปกครองและครอบครัวก็ทำให้การเลี้ยงดูทำได้ไม่เต็มศักยภาพ ไม่สามารถใช้เวลาที่มိคุณภาพกับเด็กได้เพียงพอ ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วย นอกจากนั้น กรมสุขภาพจิตได้สำรวจและประเมินสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นไทยอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 183,974 คน ผ่านแอปพลิเคชัน Mental Health Check-in ตั้งแต่ 1 ม.ค.2563-30 ก.ย. 2564 พบว่าวัยรุ่นมีความเครียดสูง ร้อยละ 28 เสี่ยงซึมเศร้าร้อยละ 32 เสี่ยงฆ่าตัวตายเป็นร้อยละ 22 เราพบว่าเด็กวัยรุ่นมีความเครียดสูงขึ้น เข้าสังคมลดลง ติดจอและเกมออนไลน์มากขึ้น ปัญหาทะเลาะเบาะแว้งและความรุนแรงในครอบครัว จนนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตและการฆ่าตัวตายในบางราย

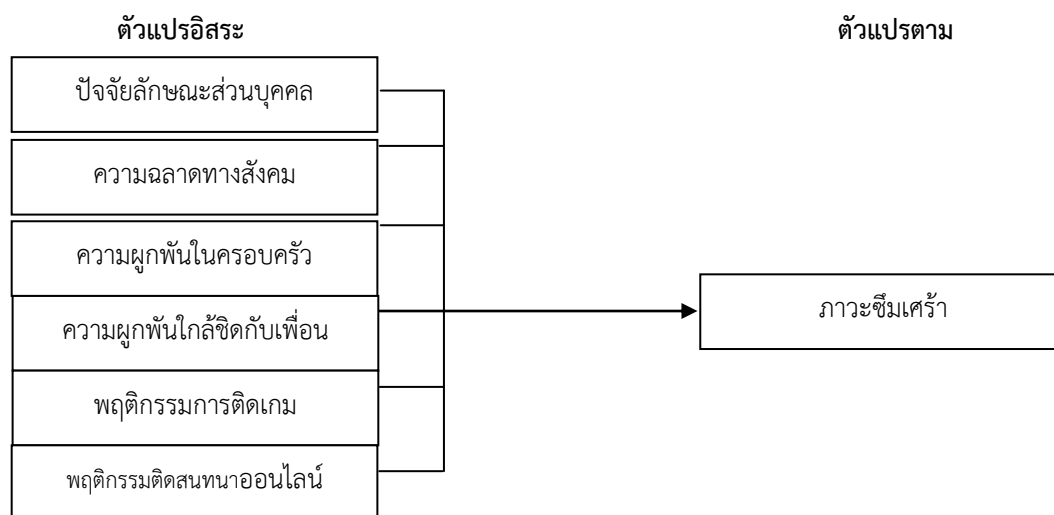
วัยรุ่นตอนต้นถึงตอนกลางมีอายุระหว่าง 13-15 ปี เป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า เนื่องจากต้องเผชิญกับการปรับตัวที่หลากหลายทั้งด้านพัฒนาการตามวัย การเรียนการสอนในโรงเรียน และอิทธิพลของสภาพสังคมไทยในยุค Thailand 4.0 สำหรับการปรับตัวด้านพัฒนาการตามวัย เช่น วัยรุ่นระยะนี้จะเกิดการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศค่อนข้างมากทำให้เกิดการพัฒนาทางด้านร่างกายที่สัมพันธ์กับเพศอย่างชัดเจน มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์ โดยอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย สับสน อ่อนไหว ไม่มั่นคง บางครั้งหงุดหงิด ฉุนเฉียว เริ่มมีความคิดเป็นของตัวเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง รักอิสระ เสรี ไม่ชอบ อยู่ในกฎระเบียบ รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมที่ชัดเจนขึ้น โดยเริ่มเรียนรู้การอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในสังคมมากขึ้น ต้องการได้รับการยอมรับ ให้ความสำคัญกับกลุ่มเพื่อน และเริ่มคบเพื่อนต่างเพศจากการเปลี่ยนแปลงด้านพัฒนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนต้นอาจก่อให้เกิดความสับสนในตนเอง เกิดความขัดแย้งภายในจิตใจ และมีความเสี่ยงต่อการ เกิดภาวะซึมเศร้าได้สูง ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นการแสดงออกถึงความแปรปรวนทางด้านร่างกาย อารมณ์ ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม หรือ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยมักมีความรู้สึกเศร้า อ้างว้าง หงุดหงิดง่าย ร้องไห้บ่อย ไม่มีสมาธิ มีความคิดลบต่อตนเอง สิ่งแวดล้อม และอนาคต มองโลกในแง่ร้าย อยากอาหารเพิ่มขึ้นหรือลดลง การพูดหรือเคลื่อนไหวช้า นอนไม่หลับ (Beck & Alford, 2009) ไม่สนใจในภาพลักษณ์ของตนเอง ไม่ใส่ใจกิจวัตรประจำวัน ไม่ไปโรงเรียนหรือไม่เข้าร่วมกับกิจกรรมของโรงเรียน แยกตัวออกจากเพื่อนหรือสังคม ไม่สนใจและไม่เข้าร่วมกับกิจกรรมของครอบครัว มีพฤติกรรมในการทำร้ายตนเอง หรือบางครั้งเก็บตัวอยู่คนเดียวในห้องตลอดเวลา และนำไปสู่การฆ่าตัวตาย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 2011)ภาวะซึมเศร่ายังส่งผลกระทบต่อครอบครัว กล่าวคือการทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัวเป็นกิจกรรมที่สะท้อนให้เห็นอิทธิพลของช่วงเวลาคูณภาพของครอบครัวซึ่งสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าในวัยรุ่น โดยพบว่าครอบครัวที่มีบุตรซึมเศร่ายังไม่เข้าใจ อาการของภาวะซึมเศร้า มีความเครียด รู้สึกผิดหวัง อับอาย มีความขัดแย้งในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัวลดลงการ(ศุทธา เอื้ออภิสัทธวงศ์, 2563) นอกจากนี้ครอบครัวที่มีบุตรซึมเศร่ายังรุนแรงจนเป็นโรคซึมเศร้าและ ต้องเข้ารับการรักษายาวต่อเนื่องต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา นอกจากนี้ผู้ที่มิภาวะ ซึมเศร่ายังรุนแรงจนฆ่าตัวตายทำให้ประเทศสูญเสียทรัพยากรด้านบุคคลที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ จากผลกระทบของภาวะซึมเศร้า ดังกล่าวข้างต้นทำให้ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตได้มีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ตั้งแต่ในครรภ์และต่อเนื่องไปตลอดช่วงชีวิต โดยเน้นการสร้างเสริมพัฒนาการทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรม และทักษะทางสังคม ตลอดจนพัฒนา สถาบันครอบครัวให้มีศักยภาพในการเลี้ยงดูเพื่อให้เด็กมีสติปัญญา และมีความฉลาดทางอารมณ์สูง อันจะส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีและมีความสุข จากนโยบายดังกล่าวทำให้ทุกหน่วยงานพยายามศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้ามมากขึ้น

จังหวัดศรีสะเกษ ในรอบ 5 ปี มีผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี ตั้งแต่ปี 2560 ถึงปี 2564 ร้อยละ 20.21, 31.4, 65.26 , 74.26 ตามลำดับ(สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.2564)โดยพบสัดส่วนกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นมีแนวโน้มสูงและความรุนแรงที่เพิ่มขึ้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นดังกล่าวในเขตอำเภอโนนคูณจังหวัดศรีสะเกษเพื่อนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการวางแผนป้องกันและแก้ไขภาวะปัญหาซึมเศร้าของวัยรุ่นในอำเภอโนนคูณจังหวัดศรีสะเกษให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณจังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความฉลาดทางสังคม ความผูกพันในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน พฤติกรรมการติดเกม พฤติกรรมติดสันทนาออนไลน์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณจังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิด



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) เพื่อศึกษาสถานการณ์ของภาวะซึมเศร้า, ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับภาวะซึมเศร้ารวมถึงปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณจังหวัด ศรีสะเกษ ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความฉลาดทางสังคม ความผูกพันในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน พฤติกรรมการติดเกม พฤติกรรมติดสันทนาออนไลน์ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง เดือน พฤษภาคม ถึง เดือน ตุลาคม 2565

ประชากร (Populations) ได้แก่ ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้คือนักเรียนทั้งชายและหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนอำเภอโนนคูณจังหวัดศรีสะเกษ ประจำปีการศึกษา 2565 มีจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 993 คน (สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถมศึกษาศรีสะเกษเขต 1, 2565 สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาศรีสะเกษ ยโสธร 2565)

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE)ซึ่งเคลลีและแมกเวล (Kelly & Maxwell, 2003) นำเสนอโดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้

$$N_M = \left(\frac{Z_{(1-\alpha)/2}}{w} \right) \left(\frac{1-R^2}{1-R_{xxj}^2} \right) \left(\frac{\chi_{(1-\gamma; N-1)}^2}{N-p-1} \right) + p + 1$$

โดยที่:

- N_M = จำนวนของตัวอย่าง
 N = 50% ของโอกาสที่จะได้ 95%CI ของ R^2 น้อยกว่า 0.01
 P = จำนวนของตัวแปรทำนายใน full model (กำหนดให้ 5 predictors)
 α = ระดับจุดตัดสินใจสำหรับทดสอบช่วงเชื่อมั่น (0.05)
 w = ครึ่งหนึ่งของช่วงเชื่อมั่นของตัวแปรทำนายหลัก
 R^2 = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยสำหรับ full model ซึ่งได้จากการคาดและประมาณการจากการศึกษาของฉันทนา แร่งสิงห์ (2554) ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย ($R^2=0.222$)

- R_{x-xj}^2 = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรต้นหลักกับตัวแปรต้นฉันทนา แร่งสิงห์(2554) ($R^2=0.176$)

- $\chi_{(1-\gamma; N-1)}^2$ = ควอไทล์ ของการกระจายแบบ โค-สแควร์ (0.8) .

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณในฟังก์ชัน AIPE ของโปรแกรม STATA version 8.2 ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับหาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนมัธยมในเขตอำเภอโนนคูณ จำนวน 166 คน เนื่องผู้วิจัยคาดว่าจะมีผู้สูญหายจากการติดตามร้อยละ 15 ซึ่งการคาดการณ์นี้ได้จากการศึกษาของ Berghout และคณะ อ้างถึงใน สงกรานต์ กลั่นดวง (2548) พบว่า มีผู้ออกจากการทดลอง 112 คน จากผู้เข้าร่วมการทดลองทั้งหมด 735 คน คิดเป็น ร้อยละ 15.26

$$= 24.9 \text{ ประมาณ } 25 \text{ คน}$$

ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนในโรงเรียนมัธยมต้นของโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณ ซึ่งโอกาสในการเข้าร่วมครบถ้วนร้อยละ 100 ผู้วิจัยจึงขอเก็บกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 167 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

1. ไม่มีโรคทางกายเรื้อรังหรือร้ายแรงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ได้แก่ เบาหวาน โรคธาลัสซีเมีย ซึ่งการเจ็บป่วยดังกล่าวส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้
 2. ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยทางจิตแพทย์ว่าเป็นโรคทางจิตเวช หรือได้รับการรักษาทางจิตเวช ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคจิตเภท
 3. ยินยอมให้เข้าร่วมทำการวิจัย รวมทั้งได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง
- การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยสุ่มระดับโรงเรียนมัธยมทั้งหมดในอำเภอโนนคูณ สุ่มชั้นเรียนและสุ่มนักเรียนตามเลขที่จนครบจำนวน 167 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบด้วยตนเอง แบ่งเป็น 7 ส่วน โดยมีดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับเด็กและวัยรุ่น (Children's depression inventory: CD) พัฒนาโดย Kovasc (1985) โดยดัดแปลงจาก Beck depression inventory แปลเป็น ภาษาไทย โดย อุมพร ตรังคมบัติ และดุสิต ลิขนะพิชิตกุล (2539) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 27 ข้อ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าสำหรับเด็กและวัยรุ่น ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดย ผู้เชี่ยวชาญและนำไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในนักเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในจังหวัดชลบุรีได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับมีค่าเท่ากับ 0.90 (สรวาลี สุนทรวิจิตร และคณะ, 2561)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความฉลาดทางสังคม (Social intelligence) ของวิริยะ ผดาศรี (2560) ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดความฉลาดทางสังคมของ Goleman (2006) แบบประเมินความฉลาดทางสังคม มีลักษณะเป็นแบบประเมินตนเอง จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย 8 ด้าน แบบประเมินความฉลาดทางสังคมได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดย ผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.83 (วิริยะ ผดาศรี, 2560)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความผูกพันในครอบครัว (Family connectedness) ของ Resenick et al. (1997) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยและดัดแปลงให้เหมาะสมกับบริบทของไทยโดย พิสมัย นพรัตน์ (2543) ประกอบด้วย ข้อคำถาม 12 ข้อ แบบประเมินความผูกพันในครอบครัวและนำไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในจังหวัดชลบุรี ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.94 (สรวลี สุนทรวิจิตร และคณะ, 2561)

ส่วนที่ 5 แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน (Friend intimacy) ของ Buhrmester (1990) แปลเป็นภาษาไทยโดย มณฑนา นทีธาร (2546) มีข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ แบบประเมินความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดย ผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในจังหวัดชลบุรี ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.84 (สรวลี สุนทรวิจิตร และคณะ, 2561)

ส่วนที่ 6 แบบประเมินพฤติกรรมการติดเกม (Game addiction screening test: GAST) ของ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาควิชา จิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล (2557) เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับการเล่นเกมออนไลน์ที่มากเกินไป จนไม่สามารถควบคุมตนเองให้เล่นในเวลาที่กำหนดได้ เลือกใช้ฉบับของเด็ก มีข้อคำถามทั้งหมด 16 ข้อ แบบประเมินพฤติกรรมการติดเกม ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดย ผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 11-15 ปีได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.92 (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราช พยาบาล, 2557)

ส่วนที่ 7 แบบประเมินพฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์ (Chat addiction) ของวิไลลักษณ์ ทองคำบรรจง (2553) ที่แปลและดัดแปลงมาจากแบบประเมินพฤติกรรมติดอินเทอร์เน็ต (Internet addiction test: IAT) ของ Young (1998) เป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตผ่านการสื่อสาร เช่น แชท หรือ เฟซบุ๊ก จำนวน 12 ข้อแบบประเมินพฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดย ผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษา ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach เท่ากับ 0.93 (วิไลลักษณ์ ทองคำบรรจง, 2553)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยประมวลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปโดยกำหนดการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1.ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพ การอยู่อาศัยอาชีพของบิดา มารดา สถานะทางเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยภาวะซึมเศร้าในครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา หาค่าเฉลี่ย ความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.วิเคราะห์ข้อมูล ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนมัธยมในเขตอำเภอโนนคูณ จำแนกเป็นรายด้านและโดยรวม

3.วิเคราะห์ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนมัธยมในเขตอำเภอโนนคูณใช้ (Multiple regressions stepwise) ในการวิเคราะห์

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เอกสารรับรองเลขที่ SPPH 2022-061 รับรองวันเมื่อวันที่ 7 กันยายน 2565 (หมดอายุ 6 กันยายน 2566) โดยครอบคลุมการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยชี้แจงได้อธิบายรายละเอียดของการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนของการวิจัย ระยะในการเก็บรวบรวมข้อมูล และประโยชน์ของการเข้าร่วมวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ โดยข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินนี้จะเก็บเป็นความลับ นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมที่ไม่สามารถเชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้ในการวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถยกเลิกหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลแก่

ผู้วิจัยซึ่งการยกเลิกหรือถอนตัวครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัย ดำเนินการทำลายข้อมูลที่ได้จากการเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่ยกเลิกหรือถอนตัวจากการวิจัย ตลอดจนข้อมูลอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ยกเลิกหรือถอนตัวจากการเข้าร่วมการวิจัยในทันทีหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา พร้อมทั้งแนบใบเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างจะต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองหรือผู้ อนุเคราะห์ โดยขอด้วยกฎหมายก่อนการตอบแบบสอบถามการวิจัย

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ระดับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (n=167)

ระดับภาวะซึมเศร้า	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	52	31.14
มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง	42	25.15
มีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง	73	43.71
($\bar{x} = 19.16$ S.D.= 8.411)		
รวม	167	100

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับภาวะซึมเศร้านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณส่วนใหญ่อยู่ในระดับมีภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 43.7 รองลงมาในระดับไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 31.1

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ระดับความฉลาดทางสังคมของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (n=167)

ความฉลาดทางสังคม (Social intelligence)	($\bar{x}$)	S.D.	แปลความหมาย
1. ด้านการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น (Primal Empathy)	3.48	0.66	ระดับปานกลาง
2. ด้านการให้ความสนใจผู้อื่น (Attunement)	3.48	0.66	ระดับปานกลาง
3. ด้านการเข้าใจผู้อื่นอย่างถูกต้อง (Empathic Accuracy)	3.16	0.64	ระดับปานกลาง
4. ด้านการรับรู้ทางสังคม (Social Cognition)	3.19	0.52	ระดับปานกลาง
5. ด้านความสามารถในการเข้าร่วมกับบุคคล (Synchrony)	2.98	0.77	ระดับปานกลาง
6. ด้านความสามารถในการแสดงตนเอง (Self-Presentation)	3.22	0.55	ระดับปานกลาง
7. ด้านความสามารถในการชี้นำพฤติกรรมของบุคคล (Influence)	2.62	0.93	ระดับปานกลาง
8. ด้านความสามารถในการเข้าถึงผู้อื่น (Concern)	3.49	0.87	ระดับปานกลาง
รวม	3.19	0.48	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับความฉลาดทางสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางสังคม เท่ากับ 3.19 (S.D.) 0.48 ซึ่งด้านการเข้าใจด้านการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น (Primal Empathy) ด้านการให้ความสนใจผู้อื่น (Attunement) ด้านการเข้าใจผู้อื่นอย่างถูกต้อง (Empathic Accuracy) ด้านการรับรู้ทางสังคม (Social Cognition) ด้านความสามารถในการเข้าร่วมกับบุคคล (Synchrony) ด้านความสามารถในการแสดงตนเอง (Self-Presentation) ด้านความสามารถในการชี้นำพฤติกรรมของบุคคล (Influence) ด้านความสามารถในการเข้าถึงผู้อื่น (Concern) มีระดับความฉลาดทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย (S.D.) เท่ากับ 3.48 (S.D.=0.66) , 3.48 (S.D.=0.66) , 3.16 (S.D.=0.64) , 3.19 (S.D.=0.52) , 2.98 (S.D.=0.77) , 3.22 (S.D.=0.55) 2.62 (S.D.=0.93) , 3.49 (S.D.=0.87) ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ความผูกพันในครอบครัว (Family connectedness) ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (n=167)

ความผูกพันในครอบครัว	จำนวน(คน)	ร้อยละ
มีความผูกพัน ในครอบครัวระดับปานกลาง	120	71.9
มีความผูกพัน ในครอบครัวระดับมาก	47	28.1
$(\bar{x}) = 3.15$ S.D.= 0.579)		
รวม	167	100

จากตารางที่ 3 พบว่า ความผูกพันในครอบครัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณส่วนใหญ่มีความผูกพันในครอบครัวระดับปานกลางจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 71.9 รองลงมาในมีความผูกพันในครอบครัวระดับมาก จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 28.1

ตารางที่ 4 ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน (Friend intimacy) ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (n=167)

ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน	จำนวน(คน)	ร้อยละ
มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนปานกลาง	92	55.1
มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนดี	75	44.9
$(\bar{x}) = 3.40$ S.D.= 0.67)		
รวม	167	100

จากตารางที่ 4 พบว่า ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณส่วนใหญ่มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนปานกลาง จำนวน 92 คน ร้อยละ 55.1 รองลงมามีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนดี จำนวน 75 คน ร้อยละ 44.9

ตารางที่ 5 พฤติกรรมการติดเกม (Game addiction screening test: GAST) ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (n=167)

พฤติกรรมการติดเกม	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ปกติ ยังไม่มีปัญหาในการเล่นเกมน	136	81.4
คลั่งไคล้ เริ่มมีปัญหาในการเล่นเกมน	28	16.8
น่าจะติดเกมมีปัญหาในการเล่นเกมนมาก	3	1.8
$(\bar{x}) = 15.19$ S.D.=9.130)		
รวม	167	100

จากตารางที่ 5 พบว่า พฤติกรรมการติดเกมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณส่วนใหญ่ปกติ ยังไม่มีปัญหาในการเล่นเกมน จำนวน 136 คน ร้อยละ 81.4 รองลงมาคลั่งไคล้ เริ่มมีปัญหาในการเล่นเกมน จำนวน 28 ร้อยละ 16.8 มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 15.19 (S.D.=9.130)

ตารางที่ 6 พฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์ (Chat addiction) ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (n=167)

พฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์	จำนวน(คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมสนทนาออนไลน์ในระดับน้อย	10	6.0
พฤติกรรมสนทนาออนไลน์ในระดับปกติ	42	25.15
พฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์ปานกลาง	73	43.70
พฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์รุนแรง	42	25.15
$(\bar{x}) = 36.81$ S.D.= 10.987)		
รวม	167	100

จากตารางที่ 6 พบว่า พฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางจำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 43.7 รองลงมาในระดับปกติและรุนแรงมี จำนวน เท่ากับ 42 (ร้อยละ25.15) และ 42 (ร้อยละ25.15) ตามลำดับ

3.การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณจังหวัดศรีสะเกษ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 5 ตัวแปร คือความฉลาดทางสังคม ($r = -0.226$ p-value < 0.000) ความผูกพันในครอบครัว ($r = -0.308$, p-value < 0.000)สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน ($r = -0.330$, p-value < 0.000) สถานภาพบิดามารดาหย่าร้าง ($r = -0.185$, p-value < 0.017)และปัจจัยด้านการอยู่อาศัยอยู่กับบิดา ($r = -0.157$, p-value < 0.043) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความสัมพันธ์ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสังคม ความผูกพันในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน พฤติกรรมติดเกม และพฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์ ต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น($n=167$)

ปัจจัย	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความสัมพันธ์(r)	p-value
1. เพศ	0.59 (0.494)	0.116	.137
2. อายุ	14.58(0.530)	-0.091	.244
3. การศึกษา	2.65(0.478)	-0.099	.203
4. สถานภาพการสมรส	2.26(1.672)	-0.146	0.061.
5. การอยู่อาศัย	3.24(3.290)	-0.013	.872
6. อาชีพของบิดา	3.03(1.425)	-0.026	.743
7. อาชีพของมารดา	2.96(1.322)	0.077	.323
8. สถานะทางครอบครัว	2.27(1.174)	-0.039	.616
9. ความฉลาดทางสังคม	127.42(19.216)	-0.226	.003**
10.การติดเกม	15.19(9.130)	0.049	.528
11.การสนทนาออนไลน์	19.16(8.411)	0.088	0.256
12.ความผูกพันในครอบครัว	37.76(6.950)	-0.308	0.000**
13.สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน	40.80(7.984)	-0.330	0.000**
14.การหย่าร้างภายในครอบครัว	0.22(0.412)	-0.185	0.017**
15.การอยู่อาศัยกับบิดา	0.08(0.269)	0.157	0.043**
16.การอยู่อาศัยกับมารดาที่มีครอบครัวใหม่	0.03(0.171)	0.114	0.142

**Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

4.จากการวิเคราะห์ขนาดของอิทธิพลของปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ผลวิจัยพบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณจังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยด้านสัมพันธ์ภาพกับเพื่อน, ปัจจัยด้านการอยู่อาศัย ปัจจุบันอยู่กับการบิดาและครอบครัวใหม่, ปัจจัยด้านความผูกพันในครอบครัว, ปัจจัยด้านสถานภาพสมรสบิดามารดาหย่าร้างและปัจจัยด้านการอยู่อาศัยอยู่กับบิดาตามลำดับ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ

ลำดับ สมการ	ตัวแปร	b	S.E	β	t	P-value	R ²	R ² _{adj}
1	ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน	-0.240	0.089	-0.228	-2.704	<0.008	0.109	0.103
2	มารดาและครอบครัวใหม่	9.761	3.537	0.198	2.760	<0.006	0.142	0.132
3	ความผูกพันในครอบครัว	-0.268	0.102	-0.221	-2.627	<0.009	0.173	0.157
4	ครอบครัวหย่าร้าง	-3.395	1.431	-0.166	-2.373	<0.019	0.197	0.177
5	อยู่กับบิดาโดยลำพัง	4.999	2.188	0.160	2.285	<0.024	0.222	0.198
Constant = 39.110, R ₂ =0.222, SE _{est} = 7.534, F= 9.178, p < 0.001)								

จากตารางที่ 8 พบว่าตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ ปัจจัยความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน, ปัจจัยด้านการอยู่อาศัยกับมารดาและครอบครัวใหม่, ปัจจัยด้านความผูกพันในครอบครัว, ปัจจัยด้านครอบครัวหย่าร้างและปัจจัยด้านการอยู่อาศัยกับบิดาโดยลำพัง โดยตัวแปรเหล่านี้สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ได้ร้อยละ 22.2 (Adjusted R²=0.198, p <0.001) ซึ่งขนาดของอิทธิพลของตัวแปรตามลำดับการเข้าสมการ ได้แก่ ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน (β = -0.228 , p <0.001) มารดาและครอบครัวใหม่ (β = -0.198 , p <0.006) ความผูกพันในครอบครัว (β = -0.221 , p <0.009) ครอบครัวหย่าร้าง (β = -0.166 , p <0.019)และอยู่กับบิดาโดยลำพัง (β = -0.160 , p <0.024)

สมการในรูปคะแนนดิบ

ภาวะซึมเศร้า = 39.110 -0.240(ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน) +9.761 (มารดาและครอบครัวใหม่)- 0.268(ความผูกพันในครอบครัว)- 3.395(ครอบครัวหย่าร้าง) +4.999 (อยู่กับบิดาโดยลำพัง)

สมการในรูปแบบมาตรฐาน

Z_{ภาวะซึมเศร้า} = 39.110 - 39.110 - 0.228(ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน) - 0.198 (มารดาและครอบครัวใหม่) - 0.221(ความผูกพันในครอบครัว)- -0.166(ครอบครัวหย่าร้าง) -0.160 (อยู่กับบิดาโดยลำพัง)

จากสมการอธิบายได้ว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีภาวะซึมเศร้า คือผู้ที่มีความใกล้ชิดกับเพื่อนน้อย(b=-0.240, p <0.001) อยู่กับมารดาที่มีครอบครัวใหม่ (b=-0.198, p <0.006) มีความผูกพันในครอบครัวน้อย(b=-0.268, p <0.009) ครอบครัวหย่าร้าง(b = -3.395 , p <0.019)และอยู่กับบิดาโดยลำพัง (b = 4.999 , p <0.024)

สรุปและอภิปรายผล

1.ภาวะซึมเศร้านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณผลวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 68.80 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าในระดับรุนแรง จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 43.70 มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลางจำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 25.10 ไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 31.10 ซึ่งพบว่าค่อนข้างสูงกว่าการศึกษาของประภัสสร จันดี (2563) พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 65.60 จำแนกเป็นภาวะซึมเศร้าเล็กน้อยถึงปานกลาง ร้อยละ 28.70 และภาวะซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 36.90การศึกษา ของ อุษณิ อินทสุวรรณ และคณะ (2562) พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ในจังหวัดตราด มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 30ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะของสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปโดยเฉพาะ การระบาดของโควิด-19 ทำให้วิถีชีวิตของเด็กวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงไปมาก เด็กจำนวนหนึ่งอาจไม่สามารถปรับตัวกับการเรียนรู้รูปแบบใหม่ จนเกิดผลกระทบต่อ การเรียนและพัฒนาการหลายด้าน ทั้งผลกระทบต่อผู้ปกครองและครอบครัวก็ทำให้การเลี้ยงดูทำได้ไม่เต็มศักยภาพ ไม่สามารถใช้เวลาที่มีคุณภาพกับเด็กได้เพียงพอ ปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลงจากการเจ็บป่วยนำสู่การเกิดผลกระทบภาวะสุขภาพจิตนักเรียนดังกล่าว

2.ความฉลาดทางสังคมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณผลวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความฉลาดทางสังคม ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความฉลาดทางสังคม เท่ากับ 3.19 (S.D.) 0.48 ซึ่งด้านการเข้าด้านการเข้าใจความรู้สึกของผู้อื่น (Primal Empathy) ด้านการให้ความสนใจผู้อื่น (Attunement) ด้านการเข้าใจผู้อื่นอย่างถูกต้อง (Empathic Accuracy) ด้านการรับรู้ทางสังคม (Social Cognition) ด้านความสามารถในการเข้าร่วมกับบุคคล (Synchrony) ด้านความสามารถในการแสดงตนเอง (Self-Presentation) ด้านความสามารถในการชี้นำพฤติกรรมของบุคคล (Influence) ด้านความสามารถในการเข้าถึงผู้อื่น (Concern) มีระดับความฉลาดทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย (S.D.) เท่ากับ 3.48 (S.D.=0.66) ,3.48 (S.D.=0.66) ,3.16(S.D.=0.64) ,3.19 (S.D.=0.52), 2.98 (S.D.=0.77) , 3.22 (S.D.=0.55) 2.62 (S.D.=0.93), 3.49 (S.D.=0.87) ตามลำดับ

ความผูกพันในครอบครัวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณ ผลการวิจัยพบว่า มีความผูกพันในครอบครัวระดับปานกลางจำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 71.9 รองลงมาไม่มีความผูกพันในครอบครัวระดับมาก จำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 28.1

ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณ ผลการวิจัยพบว่า มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนปานกลาง จำนวน 92 คน ร้อยละ 55.1 รองลงมาไม่มีความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อนดี จำนวน 75 คน ร้อยละ 44.9

พฤติกรรมการติดเกมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม ปกติ ยังไม่มีปัญหาในการเล่นเกมนานจำนวน 136 คน ร้อยละ 81.4 มีพฤติกรรมคลั่งไคล้ เริ่มมีปัญหาในการเล่นเกมนานจำนวน 28 คน ร้อยละ 16.8 มีพฤติกรรม น่าจะติดเกม มีปัญหาในการเล่นเกมนานมากจำนวน 3 คนร้อยละ 1.8

พฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสนทนาออนไลน์ระดับน้อยจำนวน 10 คน ร้อยละ 6.0 พฤติกรรมสนทนาออนไลน์ในระดับปกติ จำนวน 42 คน ร้อยละ 25.15 พฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์ปานกลางจำนวน73 คน ร้อยละ 43.70 พฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์รุนแรงจำนวน 42 คน ร้อยละ 25.15

3.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 5 ตัวแปรคือความฉลาดทางสังคม($r = -0.226$ p-value <0.000)ความผูกพันในครอบครัว ($r = -0.308$, p-value <0.000)สัมพันธ์ภาพกับเพื่อน($r = -0.330$,p-value <0.000) สถานภาพบิดามารดาหย่าร้าง ($r = -0.185$, p-value <0.017)และปัจจัยด้านการอยู่อาศัยอยู่กับบิดา($r = -0.157$,p-value <0.043) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะระบุความสัมพันธ์สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญมณี มณีนิล(2563)โดยศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายพบว่า ความผูกพันในครอบครัว ($r = -0.441$,p-value < 0.01) ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน($r = -0.040$,p-value < 0.01)และความฉลาดทางสังคม($r = -0.287$,p-value < 0.01) มีความสัมพันธ์ทางลบต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายในจังหวัดจันทบุรี

4.ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณ ได้แก่ ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน,มารดาและครอบครัวใหม่,ความผูกพันในครอบครัว,ครอบครัวหย่าร้าง,และการอาศัยอยู่กับบิดาโดยลำพัง โดยตัวแปรเหล่านี้สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ได้ร้อยละ 22.2 (Adjusted $R^2=0.198$, $p <0.001$) ส่วนความฉลาดทางสังคม พฤติกรรมการติดเกม พฤติกรรมติดสนทนาออนไลน์ ไม่มีอิทธิพลต่อภาวะ ซึมเศร้าซึ่งผลวิจัยสอดคล้องกับประภัสสร จันดี (2563)ที่พบว่า ความผูกพันในครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา ($\beta = -0.53$, $p < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ สรวาลี สุนทรวิจิตร และคณะ (2561) ที่พบว่าความผูกพันในครอบครัวมีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นใน โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษาในจังหวัดชลบุรี($\beta = -0.16$, $p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ อัญมณี มณีนิล(2563)ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย ผลการศึกษาพบว่าความผูกพันในครอบครัว ($\beta = -.39$, $p < .001$) และความฉลาดทางสังคม ($\beta = -.15$, $p < .05$)มีอิทธิพลทางลบต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่นตอนปลายได้ร้อยละ 22.30 ($R^2 = .22$, $p < .05$) ส่วนความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน การรับรู้การถูกรังแกทางออนไลน์ และการเผชิญปัญหาการรังแกทางโลกออนไลน์แบบมุ่งแก้ปัญหาไม่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลาย และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ นทนา แรงสิงห์ (2554) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภาวะซึมเศร้าของเด็กและวัยรุ่นในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่พบว่าปัจจัยทางด้านการผูกพันกับเพื่อนไม่สามารถทำนายภาวะซึมเศร้าได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

นำความรู้พื้นฐานนี้ไปใช้ในการออกแบบโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความผูกพันในครอบครัว ความผูกพันใกล้ชิดกับเพื่อน การสร้างความอบอุ่นในครอบครัวรวมถึงการเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนที่มีภาวะครอบครัวหย่าร้าง และครอบครัวที่นักเรียนอาศัยอยู่กับบิดาตามลำพัง เพื่อเป็นการป้องกันและลดการเกิดภาวะซึมเศร้าของ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนในเขตอำเภอโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าได้แก่ ปัจจัยด้านการเห็นคุณค่าในตนเอง ปัจจัยด้านความสามารถในการเผชิญปัญหาและฟันฝ่าอุปสรรค เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในการแก้ไขปัญหาภาวะซึมเศร้าในเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลการประเมินสุขภาพจิตคนไทยบนทูลี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 .สืบค้นเมื่อ 5 มีนาคม 2565. สืบค้นจาก <https://checkin.dmh.go.th/dashboard/dash01.php>.
- ประภัสสร จันดี. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียน ขยายโอกาสทางการศึกษา. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยบูรพา
- ฉันทนา แร่งสิงห์.(2554).ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนระดับมัธยมศึกษา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา จังหวัดเชียงราย.วารสารสภาการพยาบาล ปีที่ 26 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2554
- ปวิมลวรรณ ปัญญาอ่อน, รัตนศักดิ์ สันติธาดากุล, โชษิตา ภาวสุทธิไพศิฐ. ความชุกของภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงฆ่าตัวตายในวัยรุ่นไทยการสำรวจโรงเรียนใน 13 เขตสุขภาพ [Prevalence of depression and suicidal risks in Thai adolescents: a survey in schools from 13 Public Health Region]. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2563;28:136-149.
- ศุทธา เอื้ออภิสถิธวงศ์. (2563). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวและภาวะซึมเศร้าในวัยรุ่น. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย,28(3):231-239
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.(2564).เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข กรณีปกติ รอบที่ 2 ปี 2564. ศรีสะเกษ : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
- อุษณีย์ อินทสุวรรณ, จินห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, และชนัดดา แนนเกษร. (2562). ปัจจัยทำนายภาวะซึมเศร้าของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารกรมการแพทย์, 44(4), 125-131.
- อัญมณี มณีนิล.(2563).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะซึมเศร้าของวัยรุ่นตอนปลายจังหวัดจันทบุรี.วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา.ธันวาคม 2563.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects (2nd ed.). Pennsylvania: University of Pennsylvania.
- Best. J. W. and Kahn J.V. Research In Education. 7 th ed. Boston, M.A. : Allyn And Bacon. 1993.
- Coker, T. R., Sareen, H. G., Chung, P. J., Kennedy, D. P., Weidmer, B. A., & Schuster, M. A. (2010). Improving access to and utilization of adolescent preventive health care: The perspectives of adolescents and parents. Journal Adolesc Health,47, 133-142.
- Jacobs, R. H, Reinecke, M. A., Gollan, J. K., & Kane, P. (2008). Empirical evidence of cognitive vulnerability fordepression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective. Clinical Psychology Review, 28, 759-782.
- Little, R.J. A., & Rubin, D.B. (2002). Statistical analysis with missing data(5th ed.).New York: Wiley.
- Lemeshow, S., Hosmer, D. W., Klar, J., Lwanga, S. K., & Organization, W. H. (1990). Adequacy of

- sample size in health studies. Chichester: Wiley.
- National Health and Medical Research Council [NHMRC]. (2011). Clinical practice guidelines: Depression in adolescents and young adults. Melbourne: Beyond blue.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2017). Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- The State of the World's Children,(2021). On My Mind: Promoting, protecting and caring for children's mental health from <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>
- World Health Organization (WHO). Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [cited 2018 Nov 16]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>

