



โดย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ (Sisaket Journal of Research and Health development, SJRH)

Vol.2 No.1

ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม ถึงเมษายน 2566

ISSN : 2822-0749 (Online)





วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

(Sisaket Journal of Research and Health development, SJRH)

Vol.2 No.1 ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 มกราคม ถึงเมษายน 2566

สารบัญ

บทความวิจัย

หน้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ	
ณัฐวุฒิ แทนศิลา	1
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ	
อดิศักดิ์ บุญเสนอ	14
การพัฒนาระบบบริการทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต 2 อำเภอราษีไศล ในสถานการณ์แพร่ระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019	
นงคราญ สมยีน	23
การพัฒนารูปแบบกระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในประเด็นการป้องกันและควบคุม โรคไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ	
สะอาด ศิริมงคล	39
การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดจากภาวะรกค้าง : กรณีศึกษาโรงพยาบาลห้วยทับทัน อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ	
ศีลธรรม เทียงแท้	52
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมองค์ความรู้และการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริม ทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัย ในจังหวัดศรีสะเกษ	
ปิยะพร มงคลศิริ	65
แนวทางและวิธีการ ช่วยบุคลากรของหน่วยงานทำวิจัยอย่างมีความสุขและเจริญก้าวหน้า ตลอดไป สมชาติ ไตรรักษา	78
การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมด้วยกลไก 3 หมอรู้จักคุณ พื้นที่ต้นแบบ Sandbox อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ	
สมหวัง พิทักษา ณัฐวุฒิ แทนศิลา มนตรี แก้วพวง มินนา กงล้อม	88
การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ	
สมัย ลาประวัตติ	104
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 – 70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ	
ณอมศรี อินทนนท์ รุจิรา อัมพันธ์	113



วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

Sisaket Journal of Research and Health development(SJRH)

วัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่ผลงานทางวิชาการและผลการศึกษาวิจัยของบุคลากรทางการแพทย์ และ
สาธารณสุข ในสังกัดและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จากการพัฒนาคุณภาพการ
ปฏิบัติงานในการดูแลสุขภาพของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ที่ปรึกษาวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

นพ.ทอง วีระแสงพงษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นพ.ประวิทย์ อ่ำพันธ์ุ	คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
นพ.สมพงษ์ จรุงจิตตานุสนธิ์	อดีตผู้ทรงคุณวุฒิกระทรวงสาธารณสุข
นพ.วันชัย เหล่าเสถียรกิจ	อดีตผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
ดร.นพ.สุรเดช ชวะเดช	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นพ.พิเชษฐ จงเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นพ.เสกสรรค์ จวงจันทร์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นพ.ศรีไพร ทองนิมิตร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นายไพฑูรย์ แก้วภมร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.อนุพันธ์ ประจำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นายปรีชา ปิยะพันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ ศรีสะเกษ

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

รองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

ดร.สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นางสาวเนาวรัตน์ ศรีสันติแสง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ

นพ.ชำนาญ สมริมิตร	โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
นพ.อัศวเดช บุญเย็น	โรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ
นายสมัย คำเหลือ	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
ผศ.ดร.กิตติ เหล่าสุภาพ	คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.อารี บุตรสอน	คณะแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ผศ.ดร.กนิษฐา อินทชิต	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
ผศ.ดร.เดชภณ ทองเดิม	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
ผศ.ดร.ธิดา พลพุทธา	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด
ดร.อนุพันธ์ สุวรรณพันธ์	คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ
ดร.กล้านรงค์ วงศ์พิทักษ์	คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ราชภัฏสกลนคร
ดร.อนันต์ ถิ่นทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ทพ.ชาญชัย ศานติพิพัฒน์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ภก.มัลลิกา สุพล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.สมัย ลาประวัดี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ภก.สมชาย ซาลี	โรงพยาบาลกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ
นส.ขวัญจิตร เชิงชวน	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
นายอุทัย น้อยพรหม	โรงพยาบาลยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ
ดร.บศบา บอกระพันธ์	โรงพยาบาลเมืองจันทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

กองบรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ (ต่อ)

ดร.ธีระวุธ คำโสภาก	โรงพยาบาลไพรบึง จังหวัดศรีสะเกษ
ดร.สุระพล นามวงศ์	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ
ดร.กุสุมา มีศิลป์	โรงพยาบาลศรีสะเกษ
ภก.ศเจนทร์ ชนะชัย	โรงพยาบาลบึงบูรพ์ จังหวัดศรีสะเกษ
นางกมลรัตน์ จอมสีกา	โรงพยาบาลโนนคูณ จังหวัดศรีสะเกษ
นางสาวปราณี โสพล	โรงพยาบาลเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ
นางสาวธีราภรณ์ อุ่นแก้ว	โรงพยาบาลขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ
นางชีรากร บุญลี	โรงพยาบาลภูสิงห์ จังหวัดศรีสะเกษ
ภก.เด่นชัย ดอกพอง	โรงพยาบาลขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ
นางสาวนิภา อินทนิล	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอราชธิไล จังหวัดศรีสะเกษ
นายอนุสร การเกษ	โรงพยาบาลราชธิไล จังหวัดศรีสะเกษ
ดร.ภาพล เข้มทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.พทธิไกร ประมวล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.วิเชียร ศรีทนาจ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.ธวัชชัย เต็มใจ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ดร.พัชร กาญจรัส	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอโพธิ์ศรีสุวรรณ จังหวัดศรีสะเกษ
ดร.สุทธิศักดิ์ นรดี	สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ
ดร.ประวิทย์ บุตรวงศ์	โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

ฝ่ายจัดการวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

นางจริยา เดชะสุข	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นางสาวรัชนิกร ศรีหวาด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นายबारเมษฐ์ ผมคำ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นายวรารุณี อสีพงษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นางนาคยา สีหะวงษ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
นางสาวจุฑาภรณ์ งามวิสัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กำหนดออกเผยแพรในระบบออนไลน์เวปไซค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ทุก 4 เดือน

วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

485 หมู่6 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 2 ฉบับที่ 1 ระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2565 จัดทำขึ้นเพื่อเป็นช่องทางในการเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ บทความปริทัศน์และผลการศึกษาวิจัยจากการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในสังกัดและนอกสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อนำมาใช้วางแผนในการดูแลสุขภาพของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งกองบรรณาธิการได้มีการพัฒนาปรับปรุง ให้ก้าวหน้าสอดคล้องกับหลักเกณฑ์ต่างๆหรือพัฒนาไปตามยุคสมัย เพื่อรักษาไว้ซึ่งคุณภาพรวมถึงความสะดวกให้กับผู้สนใจส่งบทความมายังกองบรรณาธิการหรือผู้ที่ต้องการสืบค้นข้อมูล

กระผมในนามกองบรรณาธิการฯ ขอขอบคุณผู้เขียนที่ให้เกียรติและความไว้วางใจส่งบทความวิชาการ บทความปริทัศน์ บทความวิจัย มาเผยแพร่องค์ความรู้กับวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษทั้งนี้ จึงขอเชิญชวนผู้ที่สนใจส่งบทความมายังวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ โดยใช้ช่องทาง <https://he03.tci-thaijo.org/index.php/SJRH/about/submissions> ซึ่งบทความที่ได้ตีพิมพ์ผ่านการกลั่นกรองคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องหลากหลายหน่วยงานจำนวน 3 คน

จึงขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่สละเวลาประเมินคุณภาพ พร้อมให้คำแนะนำหรือข้อปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้บทความ มีคุณภาพและมาตรฐาน กองบรรณาธิการฯ หวังว่าวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ จะเป็นสื่อกลางสำหรับงานวิชาการ งานวิจัยทางด้านสุขภาพ ตลอดจนมีส่วนส่งต่อองค์ความรู้เหล่านี้ไปในแวดวงวิชาการ สุดท้ายนี้ทางกองบรรณาธิการฯยินดีรับข้อเสนอแนะจากทุกช่องทางเพื่อนำมาพัฒนาหรือนำมาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้มีคุณภาพมาก

นายแพทย์พิเชษฐ์ จงเจริญ

บรรณาธิการวารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพศรีสะเกษ



ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนตำบลหนองฮาง อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ

Factors related to Leptospirosis prevention and control behavior of
people Nonghang Subdistrict, Benjalak District Sisaket Province.

ณัฐวดี แทนศิลา^{1*}

Nathawuti Tansila^{1*}

E-mail: nathawuti8948@gmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนตำบลหนองฮาง อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 282 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างกันยายน – ธันวาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Pearson product moment Correlation Coefficient ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ระดับดีร้อยละ 27.66 ระดับปานกลางร้อยละ 62.77 และระดับต่ำร้อยละ 9.57 ด้านทัศนคติพบว่าระดับดีร้อยละ 12.06 ระดับปานกลางร้อยละ 76.95 และระดับต่ำร้อยละ 10.99 ด้านพฤติกรรมระดับดีร้อยละ 14.89 ระดับปานกลางร้อยละ 68.09 และระดับต่ำร้อยละ 17.00 และกลุ่มตัวอย่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนตำบลหนองฮาง อำเภอบางแก้ว จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าการศึกษาและรายได้จะมีความสัมพันธ์ระดับความรู้อย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ อายุและตำแหน่งทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ดังนั้นควรเน้นการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรค เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการป้องกันตนเองมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, การป้องกันและควบคุมโรค, โรคเลปโตสไปโรซิส

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางแก้ว

*Professional public health academician, Benjalak District Public Health Office.

ABSTRACT

The purpose of this study was to study factors related to leptospirosis prevention and control behaviors of Nonghang Subdistrict residents, Benjalak District Sisaket Province, 282 people collected data by using a questionnaire. Between September – December 2020, data were analyzed using descriptive statistics. and the relationship of factors affecting the level of prevention and control behaviors of leptospirosis. Inferential statistics were used : Pearson product moment Correlation Coefficient. The results showed that The subjects had 27.66 percent good knowledge, 62.77 percent moderate and 9.57 percent low. Attitudes were 12.06 percent good, 76.95 percent moderate and 10.99 percent low. Behavioral was 14.89 percent good, moderate 68.09 percent and 17.00 percent low. and a sample group of factors related to leptospirosis preventions and control behaviors of the people of Nonghang Subdistrict Benjalak District Sisaket Province It was found that education and income were significantly correlated with the level of knowledge at the $p < 0.05$ level. Age and social position were significantly correlated with the level of behavior at the $p < 0.05$ level. Therefore, the focus should be on education. Correct understanding of leptospirosis and behavior modification for disease prevention To encourage people to be more aware of self-defense.

Keywords: correlated factors, disease prevention and control, leptospirosis

บทนำ

โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) หรือที่เรียกว่า “โรคไข้ฉี่หนู” เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์สู่คน (Zoonotic disease) โรคนี้เกิดจากเชื้อแบคทีเรียในสกุล *Leptospira* มีรูปร่างเป็นเกลียวมีหลายกลุ่ม โดยมีสัตว์ป่าและสัตว์เลี้ยงหลายชนิดเป็นแหล่งรังโรค แต่พบว่าหนูเป็นแหล่งแพร่โรคที่สำคัญที่สุดที่นำโรคมารสู่คน พบว่ามีการกระจายทั่วโลกโดยเฉพาะในเขตร้อน การติดเชื้อเกิดจากการสัมผัสปัสสาวะของสัตว์ที่ติดเชื้อ โดยทางตรงหรือทางอ้อมจากสิ่งแวดล้อม ที่ปนเปื้อนปัสสาวะของสัตว์ที่มีเชื้อการเกิดโรคมักมีลักษณะประปราย พบมีการระบาดในกลุ่มคนที่ทำกิจกรรมที่สัมผัสกับน้ำหรือดินที่ปนเปื้อนเชื้อ การสัมผัสโดยตรงในผู้เลี้ยงสัตว์ สัตวแพทย์ และผู้ทำงานในฟาร์มเลี้ยงสัตว์ หรือเชื้อที่เข้าสู่ร่างกายโดยตรงทางบาดแผลที่ผิวหนัง เยื่อที่ระบอบหายใจและเยื่อตา โรคเลปโตสไปโรซิส (Leptospirosis) เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ โรคชนิดนี้เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งเป็นโรคหนึ่งที่ต้องเฝ้าระวังเป็นพิเศษ เนื่องจากเป็นโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างกะทันหัน มักจะมีการระบาดอย่างหนักในช่วงเดือนตุลาคมและพฤศจิกายนของทุกปี เชื้อโรคจะอาศัยอยู่ตามกระเพาะปัสสาวะของสัตว์พาหะ เช่น หนู ช้าง ม้า วัว ควาย เป็นต้น เมื่อสัตว์เหล่านี้ขับถ่ายปัสสาวะออกมา ก็จะมีการปนเปื้อน สู่ตามทุ่งนา ทุ่งหญ้า ที่น้ำขัง ทำให้เชื้อโรคเจริญเติบโตและขยายพันธุ์ได้อย่างรวดเร็วในสภาวะที่เหมาะสม เชื้อสามารถมีชีวิตอยู่ได้นานหลายเดือน เช่น ดิน โคลน แหล่งน้ำ น้ำตก และแม่น้ำลำคลอง เป็นต้น ซึ่งเชื้อโรคสามารถเข้าสู่ร่างกายคนทางบาดแผล แม้กระทั่งรอยขีดข่วน รอยถลอกก็เข้าได้ หรือการกลืนน้ำที่มีเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย อาการที่พบบ่อยได้แก่ ไข้เฉียบพลัน ปวดศีรษะรุนแรง หนาวสั่น ปวดกล้ามเนื้ออย่างรุนแรง (มักปวดที่น่อง โคนขา กล้ามเนื้อหลังส่วนล่าง) ตาแดง อาจมีไข้ติดต่อกันหลายวัน สลับกับระยะไข้ลด (biphasic) และมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ มีผื่นที่เพดานปาก (palatal exanthema) โลหิตจาง มีจุดเลือดออกตามผิวหนังและเยื่อ ตับและ ไตวาย ดีซ่าน อาจมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ทำให้ผู้ป่วยสับสน เพ้อ ซึม กล้ามเนื้อหัวใจอักเสบ และอาจมีอาการทางระบบทางเดินหายใจ โอมิเสมหะ อาจมีเลือดปน (hemoptysis) เจ็บหน้าอก อาการปอดอักเสบรูปแบบไม่แน่ชัด (Atypical pneumonia syndrome) พบได้ในผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิส เยื่อหุ้มสมองอักเสบปราศจากเชื้อ (Aseptic meningitis) อาจเกิดได้จากเชื้อเลปโตสไปราทุกชนิด แต่มักพบมากจากเชื้อ *Canicola*, *Icterohaemorrhagiae* และ *Pomona* (กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

ในประเทศไทย มีการรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิส หรือโรคฉี่หนูในประเทศไทย ข้อมูล ณ วันที่ 1 มกราคม ถึง 5 พฤษภาคม 2563 พบผู้ป่วยทั้งสิ้น จำนวน 249 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 0.44 ต่อประชากรแสนคน มีรายงานผู้เสียชีวิต 2 ราย อัตราป่วยตายเท่ากับ ร้อยละ 0.68 พบผู้ป่วยเพศชายต่อเพศหญิง เท่ากับ 1:0.18 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด 3 อันดับแรก คือกลุ่มอายุ 45-54 ปี (ร้อยละ 20.75) อายุ 55-64 ปี (ร้อยละ 18.71) และอายุ 35-44 ปี (ร้อยละ 18.03) จังหวัดที่มีอัตราป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก คือ ระนอง (11.99 ต่อแสนประชากร) ยะลา (2.44 ต่อแสนประชากร) พังงา (2.24 ต่อแสนประชากร) สตูล (2.18 ต่อแสนประชากร) ศรีสะเกษ (2.10 ต่อแสนประชากร) ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด 3 อันดับแรก คือภาคใต้ (1.45 ต่อแสนประชากร) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (0.50 ต่อแสนประชากร) ภาคเหนือ (0.29 ต่อแสนประชากร) ตามลำดับ (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข 2563) สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิสของจังหวัด ศรีสะเกษ ปี 2562 พบผู้ป่วยจำนวน 364 ราย (อัตราป่วยเท่ากับ 11.57 ต่อแสนประชากร) เสียชีวิตจำนวน 4 ราย (อัตราป่วยตายร้อยละ 2.38)) อำเภอขุขันธ์ มีผู้ป่วยสูงสุด จำนวน 46 ราย (อัตราป่วย 20.94 ต่อแสนประชากร) รองลงมาอำเภอขุนหาญ มีผู้ป่วยจำนวน 39 ราย (อัตราป่วย 11.76 ต่อแสนประชากร) ไม่มีผู้เสียชีวิต และอำเภอภูสิงห์มีผู้ป่วยจำนวน 24 ราย (อัตราป่วย 14.8 ต่อแสนประชากร) เสียชีวิตจำนวน 1 ราย (อัตราป่วยตาย ร้อยละ 6.25)) ทั้งนี้ อำเภอเบญจลักษ์ มีอัตราป่วยตั้งแต่ปี 2560 -2563 ย้อนหลัง 3 ปี ดังนี้ 5.4 ต่อแสนประชากร, 2.68 ต่อแสนประชากร และ 2.69 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ (งานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2563) จากสถิติการระบาดของโรคเลปโตสไปโรซิส ที่กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตด้วยโรคนี้ส่วนใหญ่ จะมีประวัติการสัมผัสกับน้ำท่วมขัง และผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งเป็นวัยที่ต้องประกอบอาชีพหาเลี้ยงครอบครัว ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ และนอกจากนี้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสในปัจจุบัน มักมีอาการรุนแรงและมีอัตราตายสูง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคดังกล่าว จึงไม่รู้ว่ตนเองป่วย มักจะมาพบแพทย์เมื่อมีอาการรุนแรงแล้ว ทำให้ไม่ได้รับการรักษาและส่งผลอย่าง

ทันทั้งที่และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว หลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และยังมีรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างต่อเนื่องทุกปี

จากปัญหาดังกล่าวพบว่าพื้นที่ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งมีลักษณะภูมิประเทศเป็นที่ราบลุ่ม มีหนองน้ำขนาดใหญ่ ลำห้วยไหลผ่าน ในฤดูฝนจะมีน้ำหลากและท่วมขังทุกปี และประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและปศุสัตว์ และมีรายงานผู้ป่วยโรคเลปโตสไปโรซิสอย่างต่อเนื่องทุกปี เนื่องจากประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจและมีพฤติกรรมไม่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชาชนในพื้นที่ตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ และเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส สำหรับประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ต่อไป

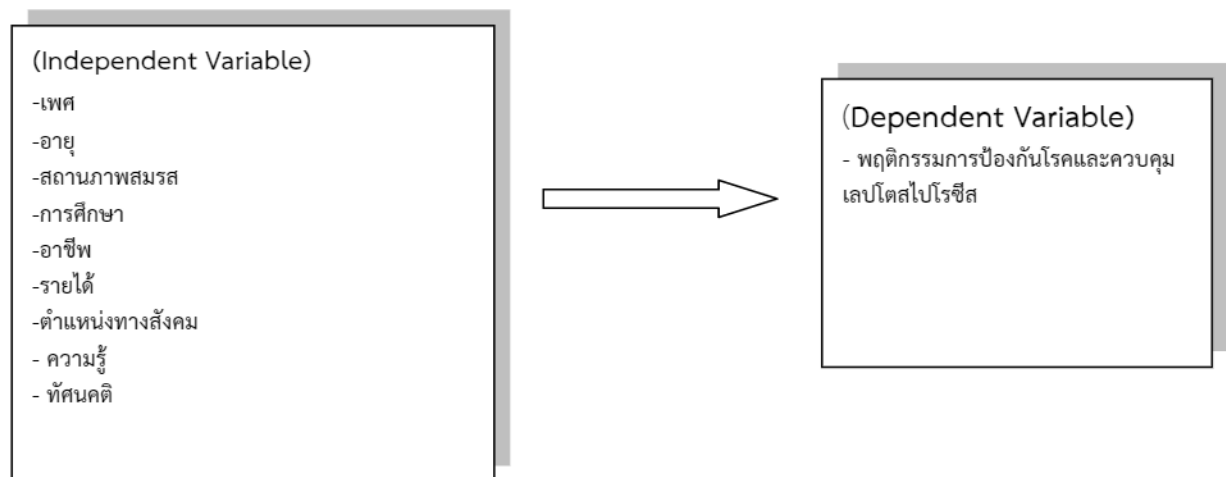
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสในตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ศึกษาตัวแปรที่เกี่ยวข้องได้แก่

1. ตัวแปรต้น (Independent Variable) ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ตำแหน่งทางสังคม ระดับความรู้ ทักษะ
2. ตัวแปรตาม (Dependent Variable) ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ในเขตตำบลหนองฮาง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างเดือน กันยายน – ธันวาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในเขตตำบลหนองฮาง อำเภอบึงเจ็ญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 5,523 คน จากการคำนวณเพื่อประมาณค่าสัดส่วนจากประชากรขนาดเล็ก (อรุณ จิรวรรณกุลและคณะ, 2542) มีความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 0.2 ที่ระดับความเชื่อมั่น 0.05 ดังนี้

$$\text{จากสูตร} \quad n = \frac{NZ^2_{\alpha/2} P(1-P)}{e^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2} P(1-P)}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร (7,195)

E = ค่าความคลาดเคลื่อนของขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับให้มีได้ เมื่อคำนวณ

โดยใช้สูตรดังกล่าว (0.05)

α = ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนด ร้อยละ 95

$Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานภายใต้โค้งปกติ เท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนของตัวแปรที่ต้องการประมาณค่า ร้อยละ 20

จากนั้นจึงแทนค่าในสูตร ดังนี้

$$N = 5,523, e = 0.05, Z_{0.025} = 1.96, P = 20/100 = 0.2$$

$$n = \frac{5,523(1.96)^2 0.2(1-0.2)}{(0.05)^2 (5,523-1) + (1.96)^2 0.2(1-0.2)}$$

$$n = \frac{5,523(3.8416)(0.16)}{(0.0025)(5,522) + (3.8416)(0.16)}$$

$$n = \frac{3,394.75}{14.22}$$

$$n = 235.38$$

$$= 235 \text{ คน}$$

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จากประชาชนในเขตตำบลหนองฮาง อำเภอบึงเจ็ญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 235 คน โดยเก็บตัวอย่างตามสัดส่วนการกระจายของจำนวนประชากรแยกหมู่บ้าน รายละเอียดดังนี้

$$\begin{aligned} \text{สัดส่วนของกลุ่มตัวอย่าง} &= \frac{n}{N} \times 100 \\ &= \frac{235}{5,523} \times 100 \\ &= 4.25 \end{aligned}$$

จากสูตรการคำนวณ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแต่ละตำบลตามสัดส่วนของประชากรในเขตตำบลหนองฮาง อำเภอบึงเจ็ญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 235 คน เพื่อให้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างมีความครอบคลุมและมีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 282 คน ดังนี้

$$\begin{aligned} n &= \frac{235}{100} \times 20 \\ &= 47 \\ &= 235 + 47 \\ n &= 282 \text{ คน} \end{aligned}$$

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้โรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 14 ข้อ โดยการสร้างคำถามแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก ถ้าตอบถูกต้อง การให้คะแนนข้อละ 1 คะแนน หากตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทักษะการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 15 ข้อ โดยใช้มาตราวัดเจตคติของ Likert Scale แบบ 5 คำตอบ การให้คะแนน ข้อความนั้นจะยึดถือเนื้อความเป็นหลัก เนื้อความเป็นบวก เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน และเนื้อความเป็นลบ เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 คะแนน เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่แน่ใจ 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 4 คะแนน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 คะแนน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส จำนวน 15 ข้อ สร้างแบบสอบถามแบบมีช่องให้เลือก 3 คำตอบ ให้ตอบตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด ปฏิบัติทุกครั้ง 3 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง 2 คะแนน ไม่เคยปฏิบัติ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกัน และควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยการ Try out กับประชากรกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ในพื้นที่ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ซึ่งเป็นพื้นที่ใกล้เคียงและมีบริบทการดำรงชีพ และสภาพภูมิประเทศใกล้เคียงกับพื้นที่ทำการวิจัย และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส เท่ากับ 0.72 และพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส เท่ากับ 0.65 และความเชื่อมั่น (Reliability) ของคำถามในด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) เท่ากับ 0.77

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสร้างแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ในตำบลหนองฮาง อำเภอบึงขาศ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 5,523ครัวเรือน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยถือว่าทุกหน่วยหรือสมาชิกในประชากรมีโอกาสถูกเลือกเท่าๆกันโดยการสุ่มอย่างง่ายจากครัวเรือนที่มีประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป โดยการสุ่มจากการจับสลากบ้านเลขที่จนครบ 282 คน ตามกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณเพื่อประมาณค่าสัดส่วนจากประชากรขนาดเล็ก (อรุณ จิรวัฒนกุลและคณะ, 2542) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 282 คน ทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือน กันยายน – ธันวาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลเชิงปริมาณประมวลผลโดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel เสร็จแล้วใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา(Descriptive Statistics) ใช้บรรยายคุณลักษณะของข้อมูล ที่เก็บรวบรวมมาจากกลุ่มที่ทำการศึกษา ดังนี้

1.ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ด้วยสถิติ การแจกแจงความถี่ และร้อยละข้อมูลความรู้ ความคิดเห็น และพฤติกรรม วิเคราะห์รายข้อด้วยการแจกแจงความถี่ และร้อยละ วิเคราะห์ภาพรวมด้วยค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)สำหรับการจัดระดับความรู้ และทักษะ ใช้วิธีอิงกลุ่ม โดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ Mean และ S.D. จัดระดับเป็น 3 ระดับคือระดับดี คือ คะแนนที่อยู่สูงกว่าค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) + ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ระดับปานกลาง คือ คะแนนที่อยู่ระหว่างค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ระดับต่ำ คือ คะแนนที่อยู่ต่ำกว่า ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) - ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2.การหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค เลปโตสไปโรซิส ใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Pearson product moment Correlation Coefficient

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2020-018 วันที่รับรอง 5 สิงหาคม 2563 วันที่หมดอายุ 4 สิงหาคม 2564 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามประกาศเฮลซิงกิ(Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICHGCP) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตนและประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินดียอมรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และข้อมูลจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง เพศชาย ร้อยละ 69.5 เพศหญิง ร้อยละ 30.5 อายุเฉลี่ย 45.55 ปี สถานะภาพสมรสคู่ ร้อยละ 91.8 การศึกษาาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 73.0 ระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 23.4 อาชีพทำเกษตรกรรม ร้อยละ 92.9 รับจ้าง ร้อยละ 3.9 การดำรงตำแหน่งทางสังคมเป็นประชาชน ร้อยละ 73.4 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 22.0 และรายได้ของครอบครัวต่อปีเฉลี่ย 98,141.84 บาทต่อปี

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส

ความรู้ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือความรู้เกี่ยวกับชื่ออีกอย่างหนึ่งของโรคเลปโตสไปโรซิส ร้อยละ 99.3 รองลงมาคือกลุ่มอาชีพใดที่มีโอกาสป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสมากที่สุด ร้อยละ 97.5 อาการของโรคเลปโตสไปโรซิส คือข้อใดและข้อใดคือวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ร้อยละ 86.2 ตามลำดับ ส่วนข้อที่ตอบผิดมากที่สุดคือโรคเลปโตสไปโรซิสมักเกิดในฤดูใด ร้อยละ 77.0 รองลงมาคือเชื้อโรคที่ก่อให้เกิดโรคเลปโตสไปโรซิสคือเชื้ออะไร ร้อยละ 68.4 และพฤติกรรมต่อไปนี้ข้อใดไม่ติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส ร้อยละ 57.8 ตามลำดับ **ดังตารางที่ 1**

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส

ข้อคำถาม (N=282)	คำตอบ			
	ตอบถูก		ตอบผิด	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.โรคเลปโตสไปโรซิส มีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าโรคอะไร	280	99.3	2	0.7
2.เชื้อโรคที่ทำให้เกิดโรคเลปโตสไปโรซิสคือเชื้ออะไร	89	31.6	193	68.4
3.โรคเลปโตสไปโรซิสมักเกิดในฤดูใด	65	23.0	217	77.0
4.สัตว์ต่อไปนี้ ชนิดใดไม่เป็นพาหะนำเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส	142	50.4	140	49.6
5.เชื้อโรคเลปโตสไปโรซิสมักจะปนออกมากับส่วนใดของสัตว์พาหะมากที่สุด	242	85.8	40	14.2
6.อาการของโรคเลปโตสไปโรซิส คือข้อใด	243	86.2	39	13.8
7.กลุ่มอาชีพใดที่มีโอกาสป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสมากที่สุด	275	97.5	7	2.5
8.เชื้อโรคเลปโตสไปโรซิสมักเจริญเติบโตแพร่พันธุ์ในอวัยวะส่วนใดของสัตว์มากที่สุด	121	42.9	161	57.1
9.เชื้อโรคเลปโตสไปโรซิสสามารถติดต่อมาสู่คนทางใด	206	73.0	76	27.0
10.ยาที่ใช้ในการรักษาโรคเลปโตสไปโรซิส ใช้อย่างไร	199	70.6	83	29.4
11.โรคใดคือโรคแทรกซ้อนที่เกิดจากเลปโตสไปโรซิส	196	69.5	86	30.5
12.คนกลุ่มใดมีโอกาสป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสมากที่สุด	207	73.4	75	26.6
13.ข้อใดคือวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส	243	86.2	39	13.8
14.พฤติกรรมต่อไปนี้ข้อใดไม่ติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส	119	42.2	163	57.8

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส N=282

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้ดี	78	27.66
ระดับความรู้ปานกลาง	177	62.77
ระดับความรู้ต่ำ	27	9.57
รวม	282	100

จากตารางที่ 2 การแบ่งระดับความรู้เรื่องโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับความรู้ดี ร้อยละ 27.66 ระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 62.77 ระดับความรู้ต่ำ ร้อยละ 9.57

ส่วนที่ 3 ทศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

ประชากรกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีทัศนคติการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส เกี่ยวกับการสวมรองเท้าบูทและถุงมืออย่างเหมาะสมสามารถป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสได้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 66.7 เห็นด้วย ร้อยละ 31.2 ขาวนาขาวไรเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 52.8 เห็นด้วย ร้อยละ 39.7 การรณรงค์กำจัดหนูเป็นวิธีการควบคุมโรคที่ดี เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 34.0 เห็นด้วย ร้อยละ 41.8 การกินอาหารที่ทำจากหนูปรงสุกแล้ว ไม่สามารถนำโรคเลปโตสไปโรซิสได้ เห็นด้วยร้อยละ 38.7 เฉพาะหนูก่อนที่นำเข้ามาซื้อโรคมาน่าสนใจ เห็นด้วย ร้อยละ 33.3 โรคเลปโตสไปโรซิสไม่ติดต่อโดยการกินอาหารร่วมกับผู้ป่วย เห็นด้วย ร้อยละ 33.3 โรคเลปโตสไปโรซิสไม่เป็นอันตรายร้ายแรงไม่จำเป็นต้องป้องกันและควบคุมโรค ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 37.9 การป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสเป็นหน้าที่ของ อสม.และหมออนามัยเท่านั้นไม่เห็นด้วย ร้อยละ 46.5 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 28.0 โรคเลปโตสไปโรซิสเป็นได้เฉพาะผู้ใหญ่เท่านั้น ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 35.1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 21.3 โรคเลปโตสไปโรซิสไม่มีทางรักษาให้หายขาด ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 11.7 โรคเลปโตสไปโรซิสเกิดจากการใช้สารเคมีหรือปุ๋ยในนาข้าวมากเกินไป ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 11.3 และเปิด ไข่เป็นพาหะนำเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 37.2 ดังตารางที่ 3

จากตารางที่ 4 การแบ่งระดับทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับทัศนคติดี ร้อยละ 11.72 ระดับทัศนคติปานกลางร้อยละ 76.89 ระดับทัศนคติต่ำร้อยละ 11.37 ดังตารางที่ 4

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

พฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส ของประชากรกลุ่มตัวอย่าง ท่านรีบล้างมือทุกครั้งหลังจากฆ่าและสัตว์ ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 90.8 ท่านรีบอาบน้ำทุกครั้งหลังจากลงแช่น้ำตามทุ่งนาและโคลนตม ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 78.7 ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำจากบ่อน้ำหรือหนองน้ำ ที่อยู่ตามหรือไรสวน ร้อยละ 74.1 ท่านสวมรองเท้าบูททุกครั้งขณะทำงานตามไรนา ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 65.2 ท่านสวมรองเท้าบูททุกครั้งเมื่อนำสัตว์ไปเลี้ยงตามทุ่งนา ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 58.9 ท่านสวมรองเท้าบูททุกครั้งขณะเดินผ่านสนามหญ้าหรือบริเวณที่จะเป็นแหล่งแพร่เชื้อปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 54.3 ท่านสวมรองเท้าบูทและถุงมือทุกครั้งในการไปล่าหนูหรือสัตว์อื่นๆ ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 52.1 ท่านเข้าร่วมรณรงค์กำจัดหนู และรักษาความสะอาดในหมู่บ้าน ปฏิบัติทุกครั้ง ร้อยละ 45.0 ท่านสวมถุงมือทุกครั้งขณะทำงานตามไรนา ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 63.8 ท่านสวมถุงมือทุกครั้งที่สัมผัสปุ๋ยคอก ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 55.9 ท่านมีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์หนูในบริเวณบ้านและข้างทาง ทำบางครั้ง ร้อยละ 53.5 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

ข้อคำถาม N=282	ทัศนคติ									
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง		เห็นด้วย		ไม่แน่ใจ		ไม่เห็นด้วย		ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.การสวมรองเท้าบู๊ทและถุงมือ ขณะทำงานสามารถป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิสได้	188	66.7	88	31.2	5	1.8	1	0.4	0	0.0
2.เฉพาะหนูเท่านั้นที่สามารถนำ เชื้อโรคมารู้นคน	36	12.8	94	33.3	81	28.7	49	17.4	22	7.8
3.การสวมชุดนิรจาขณะทำงาน ตามไร่นาไม่สามารถป้องกันโรค เลปโตสไปโรซิสได้	39	13.8	75	26.6	109	38.7	49	17.4	10	3.5
4.การรณรงค์กำจัดหนูเป็นวิธี ควบคุมป้องกันโรคที่ดี	96	34.0	118	41.8	39	13.8	28	9.9	1	0.4
5.โรคเลปโตสไปโรซิสไม่ เป็นอันตรายร้ายแรงไม่จำเป็นต้อง ป้องกันโรค	14	5.0	15	5.3	9	3.2	137	48.6	107	37.9
6.การควบคุมป้องกันโรคเลปโตส ไปโรซิสเป็นหน้าที่ของอส.และ หมออนามัยเท่านั้น	12	4.3	46	16.3	14	5.0	131	46.5	79	28.0
7.การอยู่ใกล้ขี้ตมขี้มูล มื้อหรือ ผิวหนังผู้ป่วยสามารถติดโรคเลป โตสไปโรซิสได้	7	2.5	37	13.1	142	50.4	74	26.2	22	7.8
8.วัว ควาย สุกร ไม่สามารถนำเชื้อ โรคเลปโตสไปโรซิสมารู้นคนได้	17	6.0	56	19.4	129	45.7	54	19.1	26	9.2
9.ชานาชาวไรเป็นกลุ่มที่ เสี่ยง ต่อการเกิดโรคเลปโตสไปโรซิส	149	52.8	112	39.7	5	1.8	11	3.9	5	1.8
10.โรคเลปโตสไปโรซิสติดต่อโดย การกินอาหารร่วมกับผู้ป่วย	29	10.3	93	33.3	111	39.4	37	13.1	12	4.3
11.เปิด ภา เป็นพาหะนำเชื้อโรค เลปโตสไปโรซิส	13	4.6	40	14.2	97	34.4	105	37.2	27	9.6
12.โรคเลปโตสไปโรซิสเกิดจากการ ใช้สารเคมีหรือปุ๋ยในนาข้าวมาก เกินไป	40	14.2	79	28.0	73	25.9	58	20.6	32	11.3
13.โรคเลปโตสไปโรซิสไม่มีทาง รักษาให้หาย ขาด	15	5.3	39	13.8	66	23.4	129	45.7	33	11.7
14.การกินอาหารที่ทำจากหมูปรุง สุกแล้วไม่สามารถนำโรคเลปโตส ไปโรซิสได้	51	18.1	109	38.7	99	31.9	27	9.6	5	1.8
15.โรคเลปโตสไปโรซิส เป็นได้ เฉพาะผู้ใหญ่เท่านั้น	11	3.9	28	9	67	23.8	99	35.1	77	27.3

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับทัศนคติการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส N=282

ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับทัศนคติดี	34	12.06
ระดับทัศนคติปานกลาง	217	76.95
ระดับทัศนคติต่ำ	31	10.99
รวม	282	100

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส

คำถาม (N=282)	การปฏิบัติ					
	ทุกครั้ง		บางครั้ง		ไม่เคย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ท่านสวมรองเท้าบู๊ตทุกครั้งขณะทำงานตามไร่นา	184	65.2	93	33.0	5	1.8
2.ท่านสวมถุงมือยางทุกครั้งขณะทำงานตามไร่นา	68	24.1	180	63.8	34	12.1
3.ท่านเคยแช่น้ำในทุ่งนาห้วยหนอง คลองบึงเกิน 6 ชั่วโมง	48	17.0	134	47.5	100	35.5
4.ท่านสวมรองเท้าบู๊ตทุกครั้งขณะเดินผ่านสนามหญ้าหรือบริเวณที่จะเป็นแหล่งแพร่เชื้อ	153	54.3	121	42.9	8	2.8
5.ท่านเคยลงแช่น้ำตามห้วยหนอง คลองบึงขณะร่างกายมีบาดแผล	48	17.0	147	52.1	87	30.9
6.ท่านสวมรองเท้าบู๊ตและถุงมือยางทุกครั้งในการไปล่าหนูหรือสัตว์อื่นๆ	147	52.1	118	41.8	17	30.9
7.ท่านรีบอาบน้ำทุกครั้งหลังจากลงแช่น้ำตามทุ่งนา และโคลนตม	222	78.7	54	19.1	6	2.1
8.ท่านเคยบริโภคเนื้อหนูสุก ๆ ดิบ ๆ	30	10.6	33	11.7	219	77.7
9.ท่านมีการทำลายแหล่งเพาะพันธุ์หนู ในบริเวณบ้านและข้างเคียง	84	29.8	151	53.5	47	16.7
10.ท่านมีการกำจัดหนูในบริเวณบ้านและข้างเคียง	105	37.2	148	52.5	29	10.3
11.ท่านรีบล้างมือทุกครั้งหลังจากฆ่าและสัตว์	256	90.8	22	7.8	4	1.4
12.ท่านสวมรองเท้าบู๊ตทุกครั้งในการนำสัตว์ไปเลี้ยงตามทุ่งนา	166	58.9	109	38.7	7	2.5
13.ท่านสวมถุงมือยางทุกครั้งที่ใช้สัมผัสปุ๋ยคอก	73	25.9	169	55.9	40	14.2
14.ท่านหลีกเลี่ยงการต้อนน้ำจากบ่อน้ำหรือหนองน้ำ ที่อยู่ตามหรือไร่นา	209	74.1	40	14.2	33	11.7
15.ท่านเข้าร่วมรณรงค์กำจัดหนูและรักษาความสะอาดในหมู่บ้าน	127	45.0	93	33.0	62	22.0

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของประชากรกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส N=282

ระดับทัศนคติ	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมระดับดี	42	14.89
พฤติกรรมระดับปานกลาง	192	68.09
พฤติกรรมระดับต่ำ	48	17.02
รวม	282	100

จากตารางที่ 6 การแบ่งระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับดีร้อยละ 14.89 ระดับปานกลางร้อยละ 68.09 และระดับต่ำร้อยละ 17.02

ตารางที่ 7 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรู้ของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส N=282

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	Sig.(2-tailed)
เพศ	-0.013	0.831
อายุ	-0.020	0.739
การศึกษา	0.135*	0.023
รายได้	0.142*	0.017
อาชีพ	0.042	0.484
ตำแหน่งทางสังคม	-0.032	0.598

**Correlation is significant at the 0.01 level

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

จากตารางที่ 7 การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.135^*$, p -value < 0.023) และรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.142^*$, p -value < 0.017) ส่วนเพศ อายุ อาชีพ และตำแหน่งทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้ ($r = -0.013, -0.020, -0.028$)

ตารางที่ 8 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อระดับทัศนคติของเกษตรกรเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส N=282

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	Sig.(2-tailed)
เพศ	0.015	0.807
อายุ	0.063	0.291
การศึกษา	-0.011	0.858
รายได้	-0.003	0.958
อาชีพ	-0.046	0.446
ตำแหน่งทางสังคม	0.031	0.609

**Correlation is significant at the 0.01 level

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

จากตารางที่ 8 เพศ อายุ และตำแหน่งทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับ ทัศนคติอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.015, 0.063, 0.007$) ส่วนการศึกษา รายได้ และอาชีพมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับทัศนคติ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.016, -0.003, -0.011$)

ตารางที่ 9 การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อระดับพฤติกรรมของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส N=282

ปัจจัย	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	Sig.(2-tailed)
เพศ	-0.045	0.453
อายุ	0.058	0.330
การศึกษา	-0.018	0.763
รายได้	-0.063	0.293
อาชีพ	-0.015	0.802
ตำแหน่งทางสังคม	0.072	0.231

**Correlation is significant at the 0.01 level

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

จากตารางที่ 9 เพศ การศึกษา รายได้ และอาชีพมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับพฤติกรรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.045, -0.018, 0.063, -0.015$) ส่วนอายุและตำแหน่งทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.058, 0.072$)

สรุป การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ดังนี้

- 1.การศึกษาและรายได้ของกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$
- 2.เพศ อายุ และตำแหน่งทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับทักษะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$
- 3.อายุ และตำแหน่งทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.77 โดยกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ร้อยละ 86.2 กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 76.95 โดยกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการสวมรองเท้าบูทและถุงมือขณะทำงานสามารถป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสได้ร้อยละ 66.7 และกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.09 โดยกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมล้างมือทุกครั้งหลังจากฆ่าและสัตว์ ร้อยละ 90.8 อาบน้ำทุกครั้งหลังจากแช่น้ำตามทุ่งนาและโคลนตม ร้อยละ 78.7 หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำจากบ่อน้ำหรือหนองน้ำที่อยู่ตามไร่นา ร้อยละ 74.1 สวมรองเท้าบูททุกครั้งขณะทำงานตามไร่นา ร้อยละ 65.2 สวมรองเท้าบูททุกครั้งในการนำสัตว์ไปเลี้ยงตามทุ่งนา ร้อยละ 58.9 และสวมรองเท้าบูททุกครั้งขณะเดินผ่านสนามหญ้าหรือบริเวณที่เป็นแหล่งแพร่เชื้อ ร้อยละ 54.3 จากผลการศึกษายังพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีพฤติกรรมเสี่ยงคือการบริโภคเนื้อหมูสุก ๆ ดิบ ๆ ร้อยละ 77.7 การแช่น้ำในทุ่งนา ห้วยหนอง คลองบึงเกิน 6 ชั่วโมง ร้อยละ 35.5 และการลงแช่น้ำตามห้วยหนอง คลองบึงขณะร่างกายมีบาดแผล ร้อยละ 30.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนาพร รักวิชาและปัทพงษ์ เกษตรสมบูรณ์ (2557) ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส (ฉี่หนู) ของประชาชนอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าแหล่งความรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้ในการได้รับความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของการเกิดโรคและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของกานดา พารจित (2551) ได้ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของเกษตรกรชุมชนดงมะตะ อำเภอมะลาว จังหวัดเชียงราย พบว่า ความรู้เรื่องเลปโตสไปโรซิสและพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส มีความสัมพันธ์กันเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ปัจจัยที่มี

ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส พบว่า การศึกษาและรายได้จะมีความสัมพันธ์ระดับความรู้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ อายุและตำแหน่งทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรัตน์ สังวะสี (2557) ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเลปโตสไปโรซิสในครอบครัว การได้รับข้อมูลข่าวสาร และแหล่งน้ำอุปโภค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ซึ่งความรู้คือความสามารถของบุคคลในการจดจำข้อเท็จจริงต่างๆที่ได้รับจากกระบวนการต่างๆ สามารถนำไปประยุกต์ในสถานการณ์ใหม่ๆ รวมทั้งนับเป็นขั้นแรกของการเกิดพฤติกรรม ซึ่งบุคคลจะมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันโรคหรือไม่ขึ้นอยู่กับการรับโอกาสเสี่ยงต่อโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์หรือผลดีของการปฏิบัติตน และการรับรู้ผลกระทบของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 4 นี้ จะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสต่อไป

ข้อเสนอแนะ

- 1.จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น ควรเน้นการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเลปโตสไปโรซิส และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค เพื่อเป็นการกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักในการป้องกันตนเองมากยิ่งขึ้น
- 2.ควรศึกษาวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส เพื่อการพัฒนารูปแบบหรือวิธีการในการป้องกันและ ควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิส ที่เหมาะสมกับประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.(2540).คู่มือโรคติดต่อทั่วไป.พิมพ์ครั้งที่ 2.นนทบุรี.
- กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.(2542).คู่มือวิชาการโรคเลปโตสไปโรซิส.พิมพ์ครั้งที่ 1.นนทบุรี.
- กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข.(2542).รายงานเฝ้าระวังโรครายสัปดาห์.กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี.
- กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข.(2563).รายงานเฝ้าระวังโรครายสัปดาห์.กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี.
- กานดา พاجرทิศ.(2551).ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคเลปโตสไปโรซิสของเกษตรกรชุมชนดงมะตะ อำเภอมะนัง จังหวัดเชียงราย.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ขจรศักดิ์ ศิลปโภชากุลและคณะ.(2541).การป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิส.กองระบาดวิทยา.กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี.
- วรรัตน์ สังวะสี.(2558).ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเลปโตสไปโรซิสของประชาชนในเขตพื้นที่น้ำท่วมซ้ำซาก อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ “สร้างสรรค์และพัฒนาเพื่อความก้าวหน้าสู่ประชาคมอาเซียน” ครั้งที่ 2 18-19 มิถุนายน 2558 ณ วิทยาลัยนครราชสีมา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา:ภาคโปสเตอร์.
- วัฒนาพร รักวิชา.(2557).พฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเลปโตสไปโรซิส(โรคฉี่หนู) ของประชาชนอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.2557:1801-1806
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.(2563).รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาปี 2563.งานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.(อัตสำเนา)
- สำนักระบาดวิทยา.(2554).รายงานการเฝ้าระวังโรคเลปโตสไปโรซิส ปี พ.ศ.2550-2554.กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี.
- อรุณ จิรวัดณ์กุลและคณะ.(2534).ชีวิตรื้อ .คลังนานาวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 2.ขอนแก่น.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ
ประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

Factors Influencing Prevention and Control Behavior of Coronavirus Disease 2019
(COVID-19) among people in Nonsang Sub-District, Kanthararom District, Sisaket Province.

อดิศักดิ์ บุญเสนอ^{1,*}
Adisak boonsaner^{1,*}

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ทั้งหมด 340 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ระหว่างเดือน ธันวาคม 2565 ถึง มกราคม 2566 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอข้อมูลโดย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 เปอร์เซ็นไทล์ที่ 75 และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบหลายขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 51.8 ($R^2=0.518$, $R^2_{adj}=0.514$, $SE_{est}=2.097$, $F=123.82$, $p<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยดังกล่าว

คำสำคัญ: ปัจจัย พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

A Cross-sectional analytical research aimed to study factors Influencing prevention and control behavior of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) among people in Nonsang Sub-District, Kanthararom District, Sisaket Province. The 340 samples were collected by using a questionnaire between December 2022 and January 2023. The data were analyzed by frequency, percentage, means, standard deviation, median, percentile 25 and 75 for descriptive statistics and factors Influencing prevention and control behavior of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) were analyzed with multiple regression analysis by Stepwise method. The study showed, factors Influencing prevention and control behavior of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) among people in Nonsang Sub-District, Kanthararom District, Sisaket Province composed of 3 factors were social support for disease prevention and control, perceived barriers to disease prevention and control, and perceived benefits of disease prevention and control and 3 predictors can explain the variance of factors Influencing prevention and control behavior of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) among people in Nonsang Sub-District, Kanthararom District, Sisaket Province at 51.8 percent ($R^2=0.518$, $R^2_{adj}=0.514$, $SE_{est}=2.097$, $F=123.82$, $p<0.001$) statistically significant at 0.05 level. The change in prevention and control behavior of Coronavirus Disease 2019 must pay attention to such factors.

KEYWORDS: Factors Influencing , Prevention and Control Behavior, CoronavirusDisease2019

1* ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Email: adiboon1@gmail.com

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือโรคติดต่อที่เกิดจากไวรัสโคโรนาชนิดที่มีการค้นพบล่าสุด ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่ มีการระบาดครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ในเดือนธันวาคมปี 2019 และขณะนี้โรคโควิด 19 ได้มีการระบาดไปอย่างแพร่หลาย ส่งผลกระทบแก่หลายประเทศทั่วโลก อาการทั่วไปของโรคโควิด 19 พบมากที่สุดคือ ไข้ ไอ ลื่นไม่รับรส จมูกไม่ได้กลิ่น และอ่อนเพลีย และ โรคนี้สามารถแพร่จากคนสู่คนผ่านทางละอองน้ำมูก น้ำลายจากจมูกหรือปาก ซึ่งแพร่กระจายออกมาเมื่อผู้ป่วยโรคโควิด 19 ไอ จามหรือพูด รับจึงเชื่อโรคโควิด 19 ได้จากการหายใจเอาละอองเข้าไปจากผู้ป่วย(WHO,2021) ปัจจุบันทั่วทั้งโลกมีผู้ติดเชื้อโควิด 19 รวมแล้วจำนวน 219 ล้านราย และเสียชีวิตจากโรคนี้ทั้งสิ้น 4.55 ล้านราย ซึ่งประเทศที่มีสถิติติดเชื้อสะสมสูงสุดตั้งแต่โรคนี้อุบัติมาคือ ประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 44.4 ล้านราย รองลงมาคือ ประเทศอินเดีย จำนวน 34 ล้านราย ซึ่งประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 1.76 ล้านราย อยู่ อันดับที่ 24 ของโลก และอันดับที่ 5 ของทวีปเอเชีย และ ณ วันที่ 16 ตุลาคม 2564 ประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคนี้ 18,123 ราย และมีการติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นอย่างน้อยหนึ่งหมื่นรายในทุกวันกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข,2565)ในจังหวัดศรีสะเกษมีผู้ติดเชื้อสะสม 15,560 ราย เสียชีวิต 75 ราย และอำเภอ กันทรารมย์มีจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 826 ราย เสียชีวิต 7 ราย ในพื้นที่ตำบลโนนสงฆ์มีผู้ติดเชื้อโควิด 19 ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดมาจำนวนทั้งสิ้น 49 ราย และยังไม่พบผู้เสียชีวิต (ข้อมูลระบาดวิทยาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ,2564)

ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากนโยบายหรือมาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของรัฐบาล ส่งผลกระทบอย่างกว้างขวางทั้งด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และ สภาพจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการชะลอตัวทางด้านเศรษฐกิจและสังคม มีประกาศยกเลิกหรือเลื่อนการแข่งขันกีฬา จำกัดการเดินทางทั้งในและต่างประเทศงดกิจกรรมทางศาสนา และ เทศกาลต่าง ๆ เกิดวัฒนธรรมใหม่ (New Normal) มีการเว้นระยะห่างทางสังคม มีการปิดโรงแรม ร้านอาหาร และศาสนสถาน ประกาศปิดสถาบันบันเทิง (ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี,2564) อีกทั้งยังส่งผลต่อการจัดการเรียนการสอนในด้านการเปิดปิดสถานศึกษา งบประมาณในการสนับสนุนการป้องกันและ

ควบคุมโรค วัสดุอุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการจัดการเรียนการสอน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ,2564)จากข้อมูลการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคของรัฐบาลส่งผลกระทบหลายด้าน เช่น การเดินทางร้อยละ 63.5 การกินอยู่ร้อยละ 63.0 ไม่สามารถจัดงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ร้อยละ 61.5 กิจกรรมด้านความงามร้อยละ 61.0 และการใช้จ่ายในผ่านห้างสรรพสินค้าร้อยละ 58.0 ข้อจำกัดในการจัดการเรียนการสอนที่ส่งผลต่อระยะเวลาการจบการศึกษา ร้อยละ 61.0 ขาดวัสดุอุปกรณ์การสอนออนไลน์ ร้อยละ 43.0 ขาดระบบการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตสำหรับการจัดการเรียนการสอนร้อยละ 38.5 หน่วยงานที่รับผิดชอบสุขภาพประชาชนขาดสิ่งสนับสนุน เช่น หนากากอนามัย ร้อยละ 50.5 ขาดแคลนแอลกอฮอล์เจล ร้อยละ 48.5 ขาดอุปกรณ์ป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงาน ร้อยละ 41.5(Sintema EJ,2020) ด้านเศรษฐกิจ พบปัญหาด้านการบริหารคนของสถานประกอบการโดยการลดจำนวนพนักงานหรือให้หยุดงาน ร้อยละ 18.9 ลดระยะเวลาการทำงานนอกเวลาปกติ ร้อยละ 18.0 คนค้าขายทั่วไปมีรายได้ลดลงร้อยละ 18.2 ผู้รับจ้าง ผู้จ้างเหมา และผู้ประกอบการอาชีพอื่น ๆ มีรายได้ลดลง ร้อยละ 18.4 (SintemaEJ,2020) ระบาดวิทยาการป้องกันการติดเชื้อ Covid-19 เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การดูแลตนเองและการป้องกันการนำเชื้อไปสู่บุคคลอื่น จาก การวิจัยที่ผ่านมาพบปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ การรับรู้ ทักษะคิด สิ่งสนับสนุน แรงสนับสนุนทางสังคม ความตั้งใจมีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ชาเมรัตน์,2563) ผู้ป่วยที่พบอาการรุนแรงคือผู้สูงอายุร้อยละ 64.0 ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องร้อยละ 26.0 มีการรับรู้ความเสี่ยงของโรคเพิ่มขึ้นตามอายุ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงมีความตระหนักรู้มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา(อรรถจักร สัตยานุรักษ์และคณะ ,2563) Rahman A, et al.(2020) ศึกษาพบว่าความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้มีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การศึกษาของBarati M, et al.(2020) พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความคาดหวังในประสิทธิภาพ ความคาดหวังในความสามารถของตน และค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตั้งใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคลากรสุขภาพ และคณะเศรษฐศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2563)พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด และการรับรู้ มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวน 22 อำเภอ 206 ตำบล 2,633 หมู่บ้าน จำนวนประชากร 1,472,859 คน มีรายงานผู้ป่วยติดเชื้อรายแรกในเดือนมีนาคม 2563 และเดือนเมษายน 2564 มีผู้ป่วยสะสมจำนวน 163 ราย⁽³⁾ จากการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 175 คน พบว่า มีการสวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ร้อยละ 88 มีการล้างมือด้วยสบู่และน้ำ ร้อยละ 86.29 หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่คนพลุกพล่าน ร้อยละ 71.43 รักษาระยะห่าง ร้อยละ 74.29 ตรวจวัดไข้ก่อนเข้าสถานที่ต่างๆ ร้อยละ 88.8 และลงทะเบียน “ไทยชนะ” ร้อยละ 71.41 ส่วนความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประชาชนมีความกังวลมาก ร้อยละ 40.4⁽¹¹⁾ ประชาชนจำเป็นต้องมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง การป้องกันบุคคลในครอบครัวอย่างถูกต้อง เพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการมีพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิด

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ย ระดับการศึกษาสูงสุด โรคประจำตัว เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อศึกษาปัจจัยทางด้านความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทักษะคิดในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

สมมุติฐานของการวิจัย

1. ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ย ระดับการศึกษาสูงสุด โรค

จากปัจจัยหลายๆด้าน ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านอื่นๆ จากการระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่ตำบลโนนสังพบว่าประชาชนในพื้นที่มีการตื่นตัวในการป้องกันตนจากโรคโควิด 19 จากเน้นย้ำของภาคการสาธารณสุขในระดับประเทศและระดับจังหวัด ให้ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการควบคุมป้องกัน และเฝ้าระวังโรคอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะการงดกิจกรรมรวมกลุ่มของคนหมู่มาก การอยู่ร่วมกันในชุมชน การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า หมั่นล้างมือบ่อย ๆ และต้องรักษาระยะห่างทางสังคม ทำให้การระบาดของโรคในพื้นที่ไม่รุนแรงมากนัก สามารถควบคุมโรคได้อย่างทันการณ์ ผู้วิจัยจึงศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคของประชาชนในเขตพื้นที่ตำบลโนนสัง เพื่อที่จะได้ทราบและนำแนวทางพฤติกรรมเหล่านั้น มาปรับใช้ในการรณรงค์การป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างแพร่หลายในพื้นที่ต่อไป

ประจำตัว การดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. ปัจจัยทางด้านความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทักษะคิดในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแรงสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสังเกต (Observational research) แบบภาคตัดขวาง เชิงวิเคราะห์ (A Cross-sectional analytical study) ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างเดือน ธันวาคม 2565 ถึง มกราคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 7,066 คน
 2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ได้จากการคำนวณ จำนวน 350 คน
- ผู้วิจัยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างใช้วิธีการคำนวณเพื่อประมาณความแม่นยำในการประมาณค่าพารามิเตอร์ (Accuracy Parameter Estimated: AIPE) ซึ่ง เคลลีและแมกเวล (Kelly & Maxwell, 2003) นำเสนอโดยมีสูตรในการคำนวณดังนี้

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

โดยที่: N_M = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

N = จำนวนตัวอย่างที่ได้จากสมการที่ (2) ที่นำเสนอโดย Cohan (1988)

P = จำนวนของตัวแปรทำนายใน full model จากการศึกษาของ วิวัฒน์ บงศ์บุตร (2563) เท่ากับ 6 predictors

α = ระดับจุดตัดสินใจสำหรับทดสอบช่วงเชื่อมั่น (0.05)

w = ครึ่งหนึ่งของช่วงเชื่อมั่นของตัวแปรทำนายหลัก

R^2 = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์การวิเคราะห์ถดถอยสำหรับ full model ซึ่งได้จากการศึกษาของ วิวัฒน์ บงศ์บุตร (2563) เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำหนัดและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ด้านการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันและควบคุมโรค ($R^2=0.293$)

R_{x-xj}^2 = ยกกำลังสองของสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวแปรต้นหลักกับตัวแปรต้นอื่นๆ [(วิวัฒน์ บงศ์บุตร, 2563) ($R^2=0.18$)]

$\chi_{(1-\gamma; N-1)}^2$ = ค่าของ $1-\gamma$ ของการแจกแจงโครสแควร์เมืองศาแห่งความอิสระ (Degree of freedom; df) เท่ากับ $N-1$

ได้ขนาดตัวอย่างสำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำหนัดและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 175 คน ผู้วิจัยคิดค่าความน่าจะเป็นที่จะเกิดความคลาดเคลื่อน (Design Effect) ที่เกิดจากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) เท่ากับ 2 ดังนั้นจะได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 350 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกำหนัดและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 9 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ รายได้เฉลี่ย ระดับการศึกษาสูงสุด โรคประจำตัว การดื่มแอลกอฮอล์ และประวัติการเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง ส่วนที่ 2 ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จำนวน 20 ข้อ ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 6 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 7 ทักษะคิดต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 8 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 9 พฤติกรรมกำหนัดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 15 ข้อ โดยข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยได้นำเสนอแบบสอบถามที่สร้างขึ้นสำหรับงานวิจัยไปทดสอบความตรงเชิงเนื้อหา นำเสนอผู้เชี่ยวชาญเพื่อทำการตรวจสอบความถูกต้อง ความตรงของเนื้อหาของคำถามใน

แต่ละข้อว่าตรงตามจุดมุ่งหมายของการวิจัยครั้งนี้หรือไม่ ความครอบคลุมของเนื้อหา รวมถึงความเหมาะสมของภาษา ตลอดจนความเหมาะสมทั่วไปของแบบสอบถามเพื่อปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไปและหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหา ได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.67-1

2.การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบหาความเชื่อมั่นไปทดลองใช้(Try Out)กับประชาชนตำบลดุน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม ทำการคำนวณค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาครอนบาค (Cronbachs'

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยสามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ตามภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive Study) ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง โดยการ แจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการศึกษาความสัมพันธ์เชิงเดียว (Bivariate analysis) ใช้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยวิธีของ Pearson's moment Product และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ถดถอยเชิงพหุ Multiple Regression แบบ Step wise กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการวิจัยที่ดำเนินการในมนุษย์ ได้ดำเนินการวิจัยโดยเคารพสิทธิความเป็นมนุษย์ โดยมีการชี้แจง ข้อมูลการวิจัย ได้รับการยินยอมจากผู้ร่วมวิจัย และข้อมูลที่ได้มีการรักษาความลับ งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ SPPH2000-074 ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2565

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.7 มีอายุเฉลี่ย 49.25 ปี (S.D. = 9.59 ปี) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75.4 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.7 มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 8,700 บาท ($P_{25} = 5,000$ บาท : $P_{75} = 20,000$ บาท) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.3 ส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 63.7 มีผู้ที่ไม่เคยเดินทางไปพื้นที่เสี่ยงที่มีการ รวมกลุ่มคนจำนวนมาก ที่มีกระแสบาตรึงโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามประกาศของ ศบค. ร้อยละ 91.4 เคยเดินทางไปพื้นที่เสี่ยง ที่มีการรวมกลุ่มคนจำนวนมากภายใน 14 วัน ร้อยละ 2.3 และเกินกว่า 14 วัน ร้อยละ 6.3 ตามลำดับ

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวน 3 ตัวแปร คือ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกัน และควบคุมโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพล ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ ร้อยละ 51.8 ($R^2=0.518$, $R^2_{adj}=0.514$, $SE_{est}=2.097$, $F=123.82$, $p<0.001$) รายละเอียดตามตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยวิเคราะห์อำนาจ การทำนายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ($n=350$ คน)

โมเดล วิเคราะห์	ตัวแปร	สัมประสิทธิ์ถดถอย (Coefficient)		R^2	R^2_{adj}	Sr^2	R^2 change
		B	β				
โมเดล ที่ดีที่สุด	แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการ ป้องกันและควบคุมโรค	0.612	0.537	0.462	0.460	2.209	0.462
	การรับรู้อุปสรรคของการ ป้องกันและควบคุมโรค	0.235	0.217	0.508	0.506	2.114	0.047
	การรับรู้ประโยชน์ของการ ป้องกันและควบคุมโรค	0.100	0.106	0.518	0.514	2.097	0.009
	Constant	17.00					

Constant = 17.00, $R^2=0.518$, $R^2_{adj}=0.514$, $SE_{est}=2.097$, $F= 123.82$, $p<0.001$

สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบล โนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวน 3 ตัว แปร คือ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุม โรค การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรคและการ

รับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค โดยสามารถ ร่วมกันอธิบายความผันแปรของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัด ศรีสะเกษ ได้ร้อยละ 51.8 สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ปัจจัยทางแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรค เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งเห็นว่าการที่บุคคลรับรู้การสนับสนุนทางสังคม บุคคลจะเกิดการรับรู้ว่าตนได้รับความรัก ความเอาใจใส่ การเห็นคุณค่า และการยอมรับ ส่งผลทางบวกต่อสุขภาพกายและสุขภาพใจ ทำให้บุคคลสามารถเผชิญกับเหตุการณ์ที่มาคุกคามชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยผลทางจิตใจ คือทำให้บุคคลเกิดอารมณ์ที่มั่นคงต่อเหตุการณ์ที่กำลังเผชิญ มีแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหาจากการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองและสถานการณ์ และมีความเครียดลดลง ส่วนผลทางด้านร่างกาย คือส่งผลต่อการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อ ระบบฮอร์โมน และระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายรู้สึกสบายและผ่อนคลาย และมีสุขภาพที่แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันโรคสูงได้แก่ การสนับสนุนด้านสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และ ด้านวัตถุ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิริญญา ศรีบุญเรืองและคณะ (2564) ได้ทำการศึกษปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร พบว่า ด้านการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม การป้องกันด้านการต้านทานการเกิดเชื้อ COVID-19 เป็นปัจจัยสำคัญที่ได้รับ ความช่วยเหลือจากการสนับสนุนในหน่วยงานต่างๆ หรือการให้บริการสิ่งอำนวยความสะดวกและอุปกรณ์การป้องกัน เช่น หน้ากากอนามัย เจลล้างมือ เพื่อช่วยเยียวยาและลด ปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 คะแนนเฉลี่ยด้าน ปัจจัยสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ 4.26 (S.D.=0.59) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 พบว่าปัจจัยนำความรู้เรื่องเชื้อ COVID-19 ปัจจัยเสริมด้านการสนับสนุนทางสังคม ปัจจัยเอื้อด้านการรับรู้ข้อมูลและข่าวสารของเชื้อ COVID-19 มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม การป้องกันด้านการต้านทานการเกิดเชื้อ COVID-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.615$, $r=0.484$, $r=0.610$, $p<0.001$)

การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรค เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรคเป็นการรับรู้ด้านสุขภาพที่เกิดการรับรู้จากภายนอกจนส่งผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งหากบุคคลเกิดการรับรู้ถึงอุปสรรคต่าง ๆ ในการแสดงพฤติกรรมจะก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิธีการในการแสดงพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคจนสามารถการป้องกันและควบคุมโรคได้

สอดคล้องกับงานวิจัยของวิริญญา บุญทัน และ คณะ (2564) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ .98 ($SD=.71$) การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r= -.328$, $p=.000$)

การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรคเป็นความเชื่อของบุคคลที่คาดหวังประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้ง ประโยชน์ภายนอก เช่น ได้รับรางวัล เป็นต้น และประโยชน์ภายใน เช่น ความรู้สึกเมื่อয়าลลดลง กระปรี้กระเปร่า เป็นต้น ทำให้เป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติ ระยะแรกบุคคลจะรับรู้ประโยชน์จากภายนอกมากกว่า แต่ประโยชน์ภายในจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของวิริญญา บุญทัน และ คณะ (2564) เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุไทยมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยคะแนน เท่ากับ 2.53 ($SD=.47$) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=.625$ $p=.000$)

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยในการวิจัย

1.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มากที่สุด คือ แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรค หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลโนนสัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์ ควรเร่งสร้างการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการสนับสนุน ส่งเสริมให้ประชาชนได้รับทั้งความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร วัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันและควบคุมโรค เพื่อให้ประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีพฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพลดการแพร่เชื้อและการติดเชื้อต่อไป

1.2 การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและควบคุมโรค เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน ตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ ในลำดับรองลงมา หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลโนนสัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสัง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรารมย์ ควรเร่งสร้างการรับรู้ดังกล่าวให้กับประชาชนให้มากขึ้น เพื่อให้ประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 ที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพลดการแพร่เชื้อและการติดเชื้อต่อไป

2.ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

ควรจะทำวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนตำบลโนนสัง อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ หรือ การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนแบบบูรณาการหรือแบบมีส่วนร่วม เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนให้เกิดประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. (2021, February 28). *Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)*. [https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/report-of-the-who-china-joint-mission-on-coronavirus-disease-2019-(covid-19))
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565)(2565, 15 ธันวาคม).*Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. <https://ddc.moph.go.th/index.php>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2564).ข้อมูลสำคัญของจังหวัดศรีสะเกษเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(Covid 19). การสำรวจพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(Covid 19). สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. <http://www.sisaket.go.th/covid19>
- Haleem, A., Javaid, M., & Vaishya, R. (2020). *Effects of COVID-19 pandemic in daily life. Current medicine research and practice*, 10(2), 78–79. <https://doi.org/10.1016/j.cmrp.2020.03.011>
- Sintema, E. J. (2020). *Effect of COVID-19 on the Performance of Grade 12 Students: Implications for STEM Education. Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education*, 16(7), em1851. <https://doi.org/10.29333/ejmste/7893>
- นงเยาว เกษตรภิบาล. (2563). การศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการปฏิบัติของประชาชนต่อผู้เคยติดเชื้อโรคโควิด-19 หรือผู้ที่ถูกกักกันหรือผู้กักกันตนเอง และผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจจากโรคโควิด-19. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. https://www.khonchai4-0.net/content_detail.php?id=258
- อรรถจักร สัตยานุรักษ์, บุญเลิศ วิเศษปรีชา, ประภาส ปนตบแต่ง, สมชาย ปรีชาศิลปกุล, ณัฐพงศ์ จิตรินรัตน์, ธนิต โตดิเทพย์, ธนพฤษ ขามะรัตน์. (2563, 13 เมษายน). คนจนเมืองที่เปลี่ยนไปในสังคมเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลง. <https://www.isranews.org/article/isranews/download/18017/87576/18>. Html.
- Wadood A, Mamun AS, Rafi A, Islam K, Mohd S, Lee LL, Hossain G. (2020). *Knowledge, attitude, practice and perception regarding COVID-19 among students in Bangladesh: Survey in Rajshahi University. SciMedicine Journal*, <https://doi.org/10.1101/2020.04.21.20074757>
- Rahman A, Sathi NJ. (2020). *Knowledge, Attitude, and preventive practices toward COVID-19 among Bangladeshi internet users. ELECTRON J GEN MED*, <https://doi.org/10.29333/ejgm/8223>
- Bashirian, S., Jenabi, E., Khazaei, S., Barati, M., Karimi-Shahanjarini, A., Zareian, S., Rezapour-Shahkolai, F., & Moeini, B. (2020). *Factors associated with preventive behaviours of COVID-19 among hospital staff in Iran in 2020: an application of the Protection Motivation Theory. The Journal of hospital infection*, 105(3), 430–433. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.035>

- ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. (2564). การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด – 19 ครั้งที่ 7. อุบลราชธานี. <https://hpc10.anamai.moph.go.th>
- วิริยญา ศรีบุญเรือง, ธนรัตน์ นิลวัฒนา, ศิริโสภา สำราญสุข, กนกพร อนิรัภัย, ศานสันต์ รักแต่งาม และ ปวีณา สปิเลอร์. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 ของประชาชนในกรุงเทพมหานคร. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี, 10(1), 195-206.
- วิญญูทัณญ บุษุทัน, พชรภรณ์ ไหวคิด, วิภาพร สร้อยแสง, ชุตินา สร้อยนาค, ปรีศนา อัครธนพลและ จริยาวัตร คมพยัคฆ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลตำรวจ, 12(2), 323-337.

การพัฒนาบริการทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นนักเรียน ชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา-2019

Development of a remote service system for screening for attention deficit hyperactivity disorder 2nd grade student In the situation of the epidemic of corona virus infection 2019

นงคราญ สมยีน¹

NONGKRAN SOMYUEN¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัย Research and development โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผล การใช้ระบบทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่2ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบ (System Theory) แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน 1)การวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค ในการเข้าถึงบริการผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้น2)การพัฒนาบริการทางไกลในการเพิ่มการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้น3)การ ประเมินผลของระบบทางไกลในการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างในการพัฒนา ระบบและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลได้แก่นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 135 คนและ ครูอาจารย์ที่มี ส่วนร่วมในการคัดกรองจำนวน207คน ศึกษาระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2564-กรกฎาคม 2565 เครื่องมือวิจัย ประกอบด้วย 1) แบบคัดกรองผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นด้วยระบบบริการสุขภาพทางไกล2)แบบสังเกตพฤติกรรมสำหรับเด็ก สมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดีและเด็กเรียนรู้ช้าอายุ 6-12 ปี 3) แบบประเมินพฤติกรรมสมาธิสั้น SNAP-IV (Short Form) 4) แบบประเมินความพึงพอใจผู้ใช้บริการและเครือข่าย5)แบบรวบรวมข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้น-วิเคราะห์ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้ความถี่ ร้อยละ ผลการวิจัยพบว่าจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปี 2564 ส่งผลให้ปัญหาในการเข้าถึง บริการโรคสมาธิสั้นของเด็กต่ำกว่าค่าเป้าหมายและไม่สามารถดำเนินงานคัดกรองเด็กสมาธิสั้นในรูปแบบเดิมได้ผู้วิจัย จึงได้พัฒนารูปแบบการคัดกรองเด็กสมาธิสั้นเป็นระบบบริการทางไกลจำนวน8ขั้นตอนดังนี้ 1)ใช้แบบคัดกรองด้วยแบบ สังเกตพฤติกรรมเด็กที่มีความเสี่ยงต่อสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และเด็กเรียนรู้ช้า (สถาบันราชานุกูล) 2) คัดกรอง เด็กที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นโดยใช้เครื่องมือ SNAP-IV โดยครูผ่านระบบออนไลน์ (กูเกิ้ลฟอร์ม) ที่มีระดับคะแนน ≥ 6 3) ผู้ปกครองคัดกรองเด็กที่มีความเสี่ยงต่อโรคสมาธิสั้นโดยใช้เครื่องมือSNAP-IVผ่านระบบออนไลน์ (กูเกิ้ลฟอร์ม) ที่มีระดับคะแนน ≥ 6 4) พยาบาลจิตเวชเด็กฯแปลผลข้อมูลพัฒนาการเด็กจากครูและผู้ปกครองที่ส่งเข้ามาในระบบ ออนไลน์และนัดหมายกลุ่มเป้าหมายได้แก่ ครู ผู้ปกครองและเด็ก เพื่อซักประวัติ ทดสอบ การเขียน การอ่าน คณิตศาสตร์ โดยวิดีโอคอล5)พยาบาลจิตเวชเด็กฯให้คำปรึกษาและตรวจคัดกรองในระบบออนไลน์ (วิดีโอคอล)กับ ผู้ปกครองและเด็กซักประวัติและนัดหมายพบแพทย์ที่โรงพยาบาล6)เด็กและผู้ปกครองพบแพทย์ที่โรงพยาบาลได้รับการวินิจฉัย7)บริการรักษาและได้รับคำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกรและ8)พยาบาลจิตเวชประสานข้อมูลผลการวินิจฉัย และแนวทางการดูแลเด็กแก่ครูที่โรงเรียน พยาบาลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและผู้ปกครองเด็ก ผลการ ประเมินการใช้รูปแบบพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสมาธิสั้นร้อยละ32.59มีความเสี่ยงสมาธิสั้นจาก SNAP-IV ร้อยละ 81.82 และอัตราการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ร้อยละ 11.11เพิ่มการเข้าถึงบริการของเด็กโรคสมาธิสั้นในพื้นที่บริการได้ ร้อยละ 47.16 ผู้ใช้บริการและเครือข่ายมีความพึงพอใจในระบบทางไกลในระดับพึงพอใจมาก ดังนั้นระบบบริการ ทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้น สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้นในเด็กและลดการสัมผัสความเสี่ยงต่อ การแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ได้ตามวัตถุประสงค์

คำสำคัญ: ระบบบริการทางไกล , การคัดกรองโรคสมาธิสั้น, COVID-19

1*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

Abstract

This research is a research and development research with the objective of developing and evaluating the use of a remote system for screening for ADHD. 2nd grade students in the situation of the Coronavirus Disease 2019 epidemic by applying System Theory, divided into 3 steps: 1) An analysis of problems and obstacles in accessing services for ADHD patients. 2) Development of a remote system to increase ADHD service accessibility 3) Reflection of the effect of a remote system on ADHD service access Participants were divided into 2 groups 1) The research sample group consisted of 135 2nd grade students and 2) The network that participated in the screening and development evaluation of 207 people. selecting a specific sample group The study was conducted between November 2021-July 2022. The research tools consisted of 1) a screening form for patients with ADHD through a remote health service system. The content validity was checked. The index of item objective congruence was 0.6. 2) Behavioral observational questionnaire for children with ADHD, autism, LD and slow learning children aged 6-12 years. 3) ADHD Behavior Assessment SNAP-IV (Short Form), 4) Customer and Network Satisfaction Assessment, and 5) Collective Access Data for ADHD Services in 2021. Qualitative data analysis was used to analyze Content and quantitative data use frequency, percentage. The results of the research revealed that 1) access to ADHD services in 2021 did not pass the target value due to the outbreak of the Coronavirus Disease 2019, causing the original model to be unable to operate; The creation of a remote service system for screening ADHD in 8 steps 3) The results of using the remote system revealed that 32.59% of the sample had ADHD behaviors, 81.82% risk of ADHD from SNAP-IV, and 11.11% ADHD diagnosis rate, increasing service access for children with ADHD. in the service area 47.16 percent Service users and networks were satisfied at the highest level and at the highest level respectively. Summary and recommendations Remote service system for ADHD screening can increase access to attention deficit services for children and reduce exposure to the risk of spreading COVID-19

KEYWORDS: Remote service system, ADHD screening, COVID-19

บทนำ

โรคสมาธิสั้น คือ กลุ่มอาการที่เกิดขึ้นตั้งแต่ในวัยเด็ก ก่อนอายุ 12 ปี เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของสมองกลุ่มอาการของโรคประกอบไปด้วยอาการขาดสมาธิ (attention deficit) อาการหุนหันพลันแล่นวู่วาม (impulsivity) และอาการซนอยู่ไม่นิ่ง (hyperactivity) ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ การเรียน และการเข้าสังคมกับผู้อื่น (นันทิยา จีระทรัพย์, 2562) และจากการศึกษาความชุกทั่วโลกพบอยู่ที่ร้อยละ 5.29 (Polanczyk et al., 2007) ในไทยมีความชุกที่ร้อยละ 8.1 (ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน

และคณะ, 2556) เด็กที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นหากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องตั้งแต่เล็ก เมื่อโตขึ้นเด็กจะมีภาวะแทรกซ้อน ที่มีผลกระทบในแง่ลบด้านต่างๆ มากมายทั้งต่อตัวเด็กและครอบครัว เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสังคม โดยเฉพาะปัญหาความรุนแรง อาชญากรรม และปัญหาการใช้สารเสพติดเมื่อโตขึ้น การที่จะทำให้เด็กสมาธิสั้นได้รับการตรวจประเมินและเข้าสู่กระบวนการรักษาตั้งแต่อายุยังน้อย ต้องอาศัยการให้ความรู้สู่ชุมชนการสร้างความรู้ตระหนักรู้ในครูและผู้ปกครอง รวมถึงมีการคัดกรองที่มีคุณภาพ⁶ ใน

ปัจจุบันมีระบบการคัดกรองค้นหาเด็กกลุ่มอายุ 6-12 ปี โดย ครูประจำชั้น ชุมชน และผู้ปกครอง สังเกตพฤติกรรมเด็กและใช้แบบประเมินพฤติกรรมหากพบว่าเด็กมีความเสี่ยงเด็กต้องได้รับการส่งต่อเพื่อคัดกรองโดยพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น เพื่อคัดกรองส่งพบแพทย์วินิจฉัยและรักษา อำเภอราชไสล จังหวัดศรีสะเกษ มีระบบการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในชั้นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ภาคการเรียนที่ 2 เป็นประจำทุกปี โดยปี 2564 มีเป้าหมายในการคัดกรองเด็ก 6-15 ปี จำนวน 471 คน มีค่าเป้าหมายในการดำเนินงานคือ เด็กต้องเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้น (ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ด้วยรหัส ICD 10 F900 : Disturbance of activity and attention) ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 50 ขั้นตอนการดำเนินงานคัดกรองโรคสมาธิสั้น ปี 2564 ประกอบด้วย 1) การประชุมชี้แจงการคัดกรองแก่ครูประจำชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและมอบเอกสารคัดกรองนักเรียนรายบุคคลแก่ครูประจำชั้นครูนำส่งเอกสารคัดกรองรายบุคคลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลในพื้นที่บริการแต่ละตำบล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลรวบรวมเอกสารรายโรงเรียนและนำส่งเอกสารที่งานจิตเวชเด็กและวัยรุ่นโรงพยาบาลราชไสล 2) การประชุมชี้แจงการคัดกรองโรคสมาธิสั้นแก่ผู้ปกครองนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เฉพาะนักเรียนที่พบความเสี่ยงสมาธิสั้นจากแบบประเมินฉบับครูประจำชั้นพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นให้บริการคัดกรองแบบประเมินฉบับผู้ปกครอง 3) พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นซักประวัติ ตามแบบประเมินเด็กแรกเริ่ม ทดสอบการเขียน การอ่าน และทักษะคณิตศาสตร์เด็กที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้นตามแบบประเมินฉบับครูและผู้ปกครอง นัดหมายเด็กและผู้ปกครองพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาลราชไสล 4) พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นนัดหมายเด็กและผู้ปกครอง รวมกลุ่มเพื่อรอพบแพทย์ วันละ 60 คน โดยมีทีมแพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายร่วมกับแพทย์ในโรงพยาบาลราชไสล ให้บริการตรวจวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น เด็กที่ได้รับการวินิจฉัยพบเกณฑ์แนะนำให้รับการรับประทานยาและการสังเกต

อาการข้างเคียงจากยา พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นให้คำแนะนำการปรับพฤติกรรมเด็ก การดูแลเด็กสำหรับผู้ปกครองและครูประจำชั้นส่งเอกสารประสานการดูแลเด็กแก่ครูและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลนัดหมายติดตามอาการผลการดำเนินงานในปี 2564 พบว่าการเข้าถึงบริการเด็กโรคสมาธิสั้นอำเภอราชไสล มีผลงานการเข้าถึงบริการร้อยละ 27.61 ไม่ผ่านค่าเป้าหมายในการดำเนินงาน งานจิตเวชเด็กและวัยรุ่นได้วิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานในเชิงระบบดังนี้ 1) ด้านปัจจัยในการดำเนินงาน ได้แก่ 1.1) เด็กกลุ่มอายุ 5-11 ปี ในพื้นที่ยังไม่ได้รับบริการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 1.2) ผู้ปกครองมีความกังวล กลัวเด็กเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการพาเด็กมาโรงพยาบาล การรวมกลุ่มคนจำนวนมากและการรอตรวจจะระยะเวลานาน 2) ด้านกระบวนการคัดกรองโรคสมาธิสั้นมีรูปแบบการรวมกลุ่มของเด็กและมีระยะเวลารอคอย ได้แก่ 2.1) การคัดกรองจากครู พบว่า เอกสารคัดกรองเด็กรายบุคคล เขียนไม่ชัดเจน เอกสารไม่ครบ และนำส่งล่าช้า 2.2) การคัดกรองผู้ปกครองและการคัดกรองเด็กเพื่อนัดหมายพบแพทย์ใช้เวลานาน มีการรวมกลุ่มของเด็กและมีระยะเวลารอคอย คนละ 30-60 นาที 2.3) การพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย เด็กและผู้ปกครองรอขึ้นทะเบียนและตรวจสอบสิทธิ์ที่ห้องบัตรมีระยะเวลารอคอย คนละ 10-15 นาที 2.4) จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งจังหวัดศรีสะเกษเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุด และต้องดำเนินงานตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดเกิดปัญหาอุปสรรคในการทีมแพทย์จากโรงพยาบาลแม่ข่ายไม่สามารถเดินทางมาตรวจวินิจฉัยที่โรงพยาบาลราชไสลได้ 3) ด้านผลลัพธ์ พบว่าการดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1/2564 ไม่ได้รับการคัดกรองตามแนวทางปฏิบัติการคัดกรอง ทำให้เด็กที่มีปัญหาโรคสมาธิสั้นเข้าถึงบริการล่าช้า ด้วยความสำคัญดังกล่าว ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาและจัดทำรูปแบบการดำเนินงานคัดกรองเด็กโรคสมาธิสั้นรูปแบบใหม่ที่มีมาตรฐานและเหมาะสมกับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 เป็นรูปแบบการคัดกรองสมาธิสั้นแบบปกติวิธีใหม่โดยความร่วมมือของเครือข่ายในชุมชน และนำรูปแบบการคัดกรองมาใช้ดำเนินการคัดกรองในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ที่ไม่ได้รับการคัดกรองในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1/2564

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการใช้ระบบทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต 2 อำเภอรามาศรีสะเกษ อำเภอรามาศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. ศึกษาการใช้ระบบทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอรามาศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการใช้ระบบทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอรามาศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการใช้ระบบทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอรามาศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

นิยามศัพท์เฉพาะ

ระบบบริการทางไกลหมายถึงการบริการการแพทย์โดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสารผ่านสื่ออิเล็กทรอนิกส์ระหว่างผู้ให้บริการทางการแพทย์กับผู้ป่วยหรือบุคลากรทางการแพทย์ด้วยกันเองเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยคือการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ใช้ทฤษฎีระบบ (System Theory) (วิชิต อุ๋น และรัฐวัชร พัฒนจิระรุจน์, 2557) และกระบวนการพัฒนารูปแบบโดยใช้กระบวนการของ Kemmis และ Mc taggart (1968) ซึ่งมีขั้นตอนการวิจัยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ของการคัดกรองเด็กสมาธิ

สั้นและระบบการดูแลรักษาเด็กที่มีภาวะสมาธิสั้นในอำเภอรามาศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการใช้ระบบทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอรามาศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ และระยะที่ 3 เพื่อประเมินประสิทธิผลรูปแบบการใช้ระบบทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอรามาศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบได้แก่ ครูผู้ดูแลเด็ก ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาลจิตเวช เภสัชกร แพทย์ในโรงพยาบาลรามาศรีสะเกษ และเครือข่ายดูแลเด็กในชุมชนจำนวน 207 คน กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลการใช้รูปแบบโดยการสุ่มอย่างง่ายจำนวน 4 โรงเรียนจากโรงเรียนประถมศึกษาในอำเภอรามาศรีสะเกษ จำนวน 48 โรงเรียน ได้แก่ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาศรีสะเกษ เขต 2 จำนวน 4 โรงเรียนในพื้นที่อำเภอรามาศรีสะเกษ จำนวน 135 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการคัดกรองผู้มีปัญหาด้านพฤติกรรมและการเรียนรู้ตามแนวทางการตรวจวินิจฉัยจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลเครือข่าย เขตสุขภาพที่ 10 (นันทิยา จิระทรัพย์, 2562)

1. แบบสังเกตพฤติกรรม สำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และเด็กเรียนรู้ช้า 6-12 ปี (กุเกิลฟอร์ม) ใช้ประเมินนักเรียนกลุ่มตัวอย่างทุกคนโดยครูประจำชั้นที่ผ่านการฝึกใช้แบบสังเกตพฤติกรรมและรู้จักคุ้นเคยกับเด็กและเห็นพฤติกรรมเด็กในห้องเรียนต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป แบบประเมินมีข้อสังเกตพฤติกรรมทั้งหมด 40 ข้อ ประกอบด้วยพฤติกรรม 4 ด้านละ 10 ข้อ ได้แก่ 1.) ด้านภาวะเรียนรู้ช้า 2.) ด้านภาวะแอลดี 3.) ด้านภาวะสมาธิสั้น 4.) ด้านภาวะออทิสติกการแปลผลหาก

พบเด็กมีพฤติกรรมตั้งแต่ 6 ข้อขึ้นไปในแต่ละด้าน แปลผลว่ามีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงในด้านนั้นๆ ครูประจำชั้นผู้ประเมิน จะได้รับคิวอาร์โค้ดแบบประเมิน ระบบจะแปลผลและแสดงผลการประเมินไปยังพยาบาลจิตเวชเด็ก และวัยรุ่นผู้ดูแลระบบทันที

2. แบบประเมินพฤติกรรม Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) ฉบับครูและผู้ปกครอง (กุเกิลฟอร์ม) ใช้ประเมินเด็ก อายุ 6-18 ปี ที่มีผลการประเมินว่ามีแนวโน้มที่จะมีความเสี่ยงในด้านภาวะสมาธิสั้น จากแบบสังเกตพฤติกรรมสำหรับเด็กสมาธิสั้น ออทิสซึม แอลดี และเด็กเรียนรู้ช้า 6-12 ปี แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form) มีทั้งหมด 26 ข้อ ประกอบด้วย 1.) ด้านอาการขาดสมาธิ 2.) ด้านอาการนอนไม่หลับ หุนหันพลันแล่น 3.) ด้านอาการต่อต้าน ผู้ประเมินคือ ครูประจำชั้นและผู้ปกครองที่รู้จักคุ้นเคยกับเด็กและเห็นพฤติกรรมเด็กในห้องเรียนหรือที่บ้านต่อเนื่อง เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวช่วยเหลือในกรณีที่ผู้ปกครองมีข้อจำกัดในการใช้สมาร์ทโฟน ครูและผู้ปกครองผู้ประเมินจะได้รับคิวอาร์โค้ดแบบประเมินผลการประเมินจะแสดงในระบบพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นผู้ดูแลระบบจะแปลผลแบบประเมิน ซึ่งการแปลผลแบบประเมินพฤติกรรม Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) ประกอบด้วย

2.1 การให้คะแนนตามผลการประเมิน ที่ครูและผู้ปกครองผู้ประเมินได้ตอนแบบประเมินแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

- 1) ไม่เลย มีระดับคะแนน 0 คะแนน
- 2) เล็กน้อย มีระดับคะแนน 1 คะแนน
- 3) ค่อนข้างมาก มีระดับคะแนน 2 คะแนน
- 4) มาก มีระดับคะแนน 3 คะแนน

2.2 การแปลผลแบบประเมินรายด้าน

2.2.1 ข้อที่ 1-9 เป็นการประเมินอาการขาดสมาธิ

2.1.2 ข้อที่ 10-18 เป็นการประเมินอาการนอนไม่หลับ หุนหันพลันแล่น

2.1.3 ข้อที่ 19-26 เป็นการประเมินอาการต่อต้าน

2.3 จุดตัดของคะแนนแต่ละด้าน ฉบับผู้ปกครอง

2.3.1 คะแนนรวมข้อ 1 – 9 ได้ 16 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงของอาการขาดสมาธิ

2.3.2 คะแนนรวมข้อ 10 -18 ได้ 14 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงของอาการนอนไม่หลับ หุนหันพลันแล่น

2.3.3 คะแนนรวมข้อ 19-26 ได้ 12 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงของอาการต่อต้าน

2.4 จุดตัดของคะแนนแต่ละด้าน ฉบับครู

2.4.1 คะแนนรวมข้อ 1- 9 ได้ 18 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงของอาการขาดสมาธิ

2.4.2 คะแนนรวมข้อ 10 18 ได้ 11 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงของอาการนอนไม่หลับ หุนหันพลันแล่น

2.4.3 คะแนนรวมข้อ 19 -26 ได้ 8 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีความเสี่ยงของอาการต่อต้าน

2.4 การแปลผลแบบประเมินพฤติกรรม Swanson, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) ผลการประเมินที่เข้าเกณฑ์วินิจฉัย ได้แก่ ผู้รับการประเมินมีผลคะแนนเข้าเกณฑ์ความเสี่ยง 1 ด้านขึ้นไป และต้องมีความเสี่ยงทั้งแบบประเมินฉบับครูและผู้ปกครอง

3.แบบประเมินผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมารับใช้ประเมินอาการในปัจจุบันประวัติในอดีตผลกระทบของปัญหาเด็กต่อครอบครัวและโรงเรียนความคาดหวังของผู้ปกครองการวินิจฉัยและแนวทางการรักษาและช่วยเหลือเด็กโดยพยาบาลจิตเวชประวัติผ่านการ Video call

4. แบบประเมินความพึงพอใจ ใช้ประเมินผู้ปกครองและเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการคัดกรองการให้คะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ น้อยที่สุด น้อยปานกลาง มาก มากที่สุด โดยมีระดับคะแนน 5 4 3 2 และ 1 ตามลำดับ

5. แบบรวบรวมข้อมูลการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้น ปี 2564 นำข้อมูลจากระบบ Health Data Center (HDC)สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

และข้อมูลจากเอกสารนำเสนอสรุปผลการตรวจ
ราชการประเด็น พัฒนาการเด็กและจิตเวชเด็กปี2565
6แนวทางThe Diagnostic and Statistical
Manual of Mental Disorders, Fifth Edition
(DSM-5)

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคมามีขึ้นตาม DSM-V

A.มีอาการขาดสมาธิและ/หรือ
อาการอยู่ไม่นิ่งหุนหันพลันแล่นที่เกิดขึ้นเป็นประจำ
ทำให้มีผลกระทบต่อ การทำหน้าที่ ในชีวิตประจำวัน
หรือต่อพัฒนาการ โดยมี ลักษณะตามข้อ 1 และ/หรือ
ข้อ 2 ดังนี้

1.อาการขาดสมาธิ(inattention):

มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 6 ข้อ(หรืออย่างน้อย 5 ข้อ
สำหรับวัยรุ่นอายุตั้งแต่17ปีขึ้นไป)เป็นเวลานาน
ติดต่อกันอย่างน้อย6เดือนโดยเป็นมากกว่าที่พบได้
ปกติตามระดับพัฒนาการและ ทำให้เกิดผลกระทบต่อ
การดำเนินชีวิตในสังคมและการเรียนหรือการ
ประกอบอาชีพของผู้ป่วย ทั้งนี้อาการ เหล่านี้ไม่ได้เกิด
จากการดื้อ ต่อต้าน หรือไม่เข้าใจคำสั่ง

1.1 ขาดความละเอียดรอบคอบหรือ
ทำงานผิด จากความสะเพร่า

1.2ขาดความตั้งใจที่ต่อเนื่องในการทำงาน
หรือ การเล่น

1.3 ดูเหมือนไม่ฟังเมื่อมีคนพูดด้วย

1.4 ไม่ทำตามคำสั่งหรือทำงานที่ได้รับ
มอบหมายไม่เสร็จ(โดยไม่ใช่เพราะดื้อหรือไม่เข้าใจ)

1.5 ขาดการจัดระเบียบในการทำงานหรือใน
กิจกรรมต่าง ๆ

1.6 มักหลีกเลี่ยงหรือไม่อยากทำงานที่ต้อง
ตั้งใจ พยายาม (เช่นการทำการบ้าน)

1.7 ทำของที่จำเป็นต้องใช้หายบ่อย ๆ (เช่น
อุปกรณ์การเรียน)

1.8 รวบรวมตามสิ่งเร้าได้ง่าย

1.9 ขี้ลืมเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน

2.อาการอยู่ไม่นิ่ง - หุนหันพลันแล่น
(hyperactivity-impulsivity) : มีอาการต่อไปนี้
อย่างน้อย6ข้อ(หรือ อย่างน้อย5ข้อสำหรับวัยรุ่นอายุตั้งแต่
17 ปีขึ้นไป) เป็น เวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6
เดือน โดยเป็นมากกว่าที่พบได้ปกติตามระดับ
พัฒนาการและทำให้เกิดผลกระทบ ต่อการดำเนินชีวิต
ในสังคม และต่อการเรียนหรือการประกอบอาชีพ ของ
ผู้ป่วย ทั้งนี้อาการเหล่านี้ไม่ได้เกิดจาก การดื้อ ต่อต้าน
หรือไม่เข้าใจคำสั่ง

2.1 มักยุกยิกหรือนั่งไม่นิ่ง

2.2 มักนั่งไม่ติดที่ เช่นลุกจาก
ที่นั่งในห้องเรียนหรือในที่ที่ควรนั่งอยู่กับที่

2.3 มักวิ่งไปมาหรือปีนป่าย
มากเกินไป (หรือมีแค่อาการกระวนกระวายสำหรับผู้
ที่เป็นวัยรุ่นหรือผู้ใหญ่)

2.4 เล่นหรือใช้เวลาว่างอย่าง
เจียบๆไม่ค่อยได้

2.5 มักไม่อยู่เฉยหรือ
แสดงออกราวกับติดเครื่องยนต์ไว้ตลอดเวลา

2.6 พูดมากเกินไป

2.7 มักพูดโพล่งตอบโดยไม่ทัน
ฟังคำถามจนจบ

2.8 มักไม่ค่อยรอจนถึงคิวของตน

2.9 ขัดจังหวะผู้อื่น เช่นพูด
แทรก หรือสอดแทรก การเล่นของผู้อื่น

B. อาการขาดสมาธิหรืออยู่ไม่นิ่ง-
หุนหันพลันแล่นใน หลายข้อเริ่มปรากฏตั้งแต่อายุ12 ปี

C.อาการในสมาธิหรืออยู่ไม่นิ่ง-
หุนหันพลันแล่นใน หลายข้อเกิดขึ้นอย่างน้อย2
สถานการณ์ขึ้นไป เช่น เป็น ทั้งที่บ้านและที่โรงเรียน

D.อาการที่เป็นทำให้เกิดความ
บกพร่องที่ชัดเจนใน ด้านสังคม การเรียน หรืออาชีพ
การทำงานของผู้ป่วย

E.ไม่ได้เป็นจากโรคทางจิตเวชอื่นๆ
เช่น pervasive developmental disorder,
psychotic disorder, mood disorder, anxiety
disorder, dissociative disorder หรือ personality
disorder

ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ DSM-V ได้มีการ
กำหนดให้ระบุการแสดงลักษณะทางคลินิก
(presentation) เป็น 3 แบบดังนี้

1. Combined presentation
เมื่อผู้ป่วยมีอาการ ครอบคลุมเกณฑ์ทั้งของกลุ่มอาการ
ขาดสมาธิและของกลุ่ม อาการอยู่ไม่นิ่ง / หุนหันพลัน
แล่น ในระยะเวลา 6 เดือน ที่ผ่านมา

2. Predominantly inattentive
presentation เมื่อผู้ป่วยมีอาการครอบคลุมเกณฑ์ของ
กลุ่มอาการขาดสมาธิแต่ไม่ครอบคลุมเกณฑ์ของกลุ่ม
อาการอยู่ไม่นิ่ง/หุนหันพลันแล่นในระยะเวลา 6 เดือน
ที่ผ่านมา

3.Predominantlyhyperactive-
impulsive presentationเมื่อผู้ป่วยมีอาการครอบคลุม

เกณฑ์ของกลุ่ม อาการอยู่ไม่นิ่ง / หุนหันพลันแล่น แต่ไม่ครบตามเกณฑ์ ของกลุ่มอาการขาดสมาธิในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ในการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น จะต้องวินิจฉัยแยกโรคจากภาวะอื่นๆที่อาจทำให้เด็กมีอาการใกล้เคียงกับอาการของโรคสมาธิสั้น

7. แนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาสมาธิสั้นสำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย

1. การประเมินอาการโรคสมาธิสั้น

1.1. เด็กอายุ 6-15 ปี ที่มีพฤติกรรมหรือการเรียน (ชนกันไป ใจลอย รอคอยไม่ได้)

1.2 ผลการประเมินแบบคัดกรอง SNAP-IV ผู้ปกครอง หรือครู Positive

1.3 มีอาการครบตาม DSM 5 ข้อ A

1.4 การตรวจหาโรคร่วม เช่น บกพร่องการเรียนรู้ บกพร่องสติปัญญา และวิตกกังวล ตาม DSM 5 ข้อ B, C, D

2. การรักษาโรคสมาธิสั้น

2.1 วินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น

2.2 ให้ความรู้ผู้ปกครอง เกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและการรักษา

2.3 ประสานโรงเรียนเพื่อแนะนำครูให้เข้าใจความผิดปกติของเด็กและให้การช่วยเหลือได้

2.4 ให้การรักษาด้วยยา

2.5 นัดประเมินระดับความรุนแรง (c) ในรายที่มีปัญหา อ่าน เขียน คำนวณซ้ำหรือไม่ได้

8. คู่มือการบริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (Tele psychiatry) ผู้ป่วยนอกสำหรับหน่วยงานสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข

ขั้นตอนการบริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry) ผู้ป่วยนอก ขั้นตอนการบริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การให้บริการก่อนวันนัดหมาย 2 การให้บริการในวันนัดหมาย/วันที่รับบริการตรวจรักษา 3 การให้บริการหลังสิ้นสุดการบริการ

ขั้นตอนที่ 1 การให้บริการก่อนวันนัดหมาย

1. ประเมิน/คัดกรองผู้รับบริการ ก่อนนำเข้าสู่ระบบ Telepsychiatry ตามเกณฑ์การประเมิน

2. พยาบาลนัดหมายเข้าระบบ บริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (Telepsychiatry) ตามตารางการนัดหมายของแพทย์เจ้าของไข้

3. พยาบาลที่รับผิดชอบคลินิก ระบบบริการจิตเวชทางไกล ให้คำแนะนำ/คำชี้แจงเกี่ยวกับขึ้น

ตอนการรับบริการตรวจจิตเวชทางไกลกับผู้รับบริการ/ผู้ดูแล และให้ผู้รับบริการ/ผู้ดูแลลงนามในแบบยินยอมรับบริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล (Informed consent) พร้อมกับระบุชื่อที่อยู่ในการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ ในแบบฟอร์มให้ถูกต้องและครบถ้วน

4. พยาบาลแนะนำการใช้โปรแกรมการให้บริการ Telepsychiatry กับผู้รับบริการ/ผู้ดูแล เพื่อการติดต่อสื่อสารข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการในขณะให้บริการ พยาบาลลงทะเบียนข้อมูล การนัดหมาย และสื่อสารตารางการนัดหมายให้ทีมผู้รักษา/ทีมสหวิชาชีพทราบ ประกอบด้วย “วัน/เวลา HN ชื่อ/สกุล อายุ เบอร์โทร ID Line สิทธิการรักษาของผู้รับบริการ และชื่อแพทย์ที่นัดหมาย”

5. ก่อนวันนัดหมาย 1 วันทำการ พยาบาลที่รับผิดชอบคลินิกบริการตรวจจิตเวชทางไกลทำการติดต่อ ผู้รับบริการเพื่อยืนยันวันเวลาที่นัดหมาย และแจ้งรายชื่อ/ลำดับคิวผู้รับบริการ ให้กับทีมผู้รักษาทราบ ผ่านทาง line ID กลุ่มทีมผู้รักษา “Tele Treatment”

ขั้นตอนที่ 2 การให้บริการในวันนัดหมาย หรือวันที่รับบริการ

1. เจ้าหน้าที่เวรระเบียนจัดเตรียมเวชระเบียนผู้ป่วยและเปิดระบบเวชระเบียนเพื่อลงทะเบียนการรับบริการ

2. เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิการรักษาในระบบการบริหารงานโรงพยาบาล ผู้รับบริการทุกราย

3. พยาบาลติดต่อผู้รับบริการเพื่อเปิดใช้โปรแกรม/Application การให้บริการ Telepsychiatry

4. พยาบาลสอบถามข้อมูลเพื่อยืนยันตัวตน และประเมินอาการ/สภาพจิตผู้รับบริการ ก่อนพบแพทย์/ ทีมสหวิชาชีพทุกราย

5. แพทย์ให้บริการตรวจรักษา และสั่งยาในระบบบริหารงานโรงพยาบาล พร้อมนัดหมายผู้รับ บริการในครั้งต่อไป

6. เมื่อสิ้นสุดการตรวจรักษา พยาบาลพิมพ์ใบนัดหมายครั้งต่อไป และส่งต่อให้กับ

การเงินเพื่อแนบ กับหลักฐานใบเสร็จไปพร้อมการส่งยาให้กับผู้รับบริการ

7. เกสซ์กรตรวจสอบรายการยา และให้ข้อมูลคำแนะนำความรู้เรื่องการใช้อย่าง การสังเกตอาการข้างเคียง และแจ้งยอดค่าใช้จ่าย ช่องทางการชำระเงิน พร้อมยืนยันที่อยู่ในการส่งยากับผู้รับบริการ

8. เจ้าหน้าที่การเงินตรวจสอบรายการชำระค่าบริการ และติดตามให้ผู้รับบริการส่งหลักฐาน การโอนเงินหลังสิ้นสุดการบริการในแต่ละราย

9. เมื่อได้รับหลักฐานการโอนชำระค่าบริการแล้ว การเงินจะดำเนินการออกใบเสร็จ และส่งใบเสร็จกับ ใบนัดหมายให้กับเกสซ์กร

10. เมื่อได้รับใบเสร็จและใบนัดหมายจากการเงินแล้ว เกสซ์กรจะส่งยาพร้อมกับใบเสร็จ และใบนัดหมาย ให้กับห้องยาไปรษณีย์เพื่อบรรจุลงกล่องพัสดุและเตรียมจัดส่งยาให้กับผู้รับบริการ

11. เจ้าหน้าที่ห้องยาไปรษณีย์ส่งกล่องพัสดุบรรจุยา และส่งต่อให้กับงานธุรการเพื่อดำเนินการจัดส่งยา ผ่านทางไปรษณีย์ไทยตามรอบการจัดส่งยาของหน่วยงาน และแจ้ง Track Number พัสดุ ให้กับผู้รับบริการทราบ ผ่านช่องทางการสื่อสาร ตอบกลับได้แก่ Line Official

ขั้นตอนที่ 3 การให้บริการหลังสิ้นสุดการบริการ

1. ผู้ดูแลระบบแจ้งสถานะ ติดตามสถานะการบริการ และให้ผู้รับบริการประเมินความพึงพอใจต่อการบริการ Tele psychiatry หลังสิ้นสุดการบริการทุกครั้ง โดยผ่านช่องทางการสื่อสาร ตอบกลับได้แก่ Line Official

2. ระหว่างการให้บริการ หลังสิ้นสุดบริการ หากพบว่ามีปัญหา เหตุขัดข้องในการให้บริการ ระหว่างทีมสหวิชาชีพ สามารถใช้ช่องทางการสื่อสารผ่าน Line “Tele Treatment” เพื่อร่วมพิจารณาแก้ไข และบันทึกเป็นข้อเสนอแนะ โอกาสพัฒนาระบบ Tele psychiatry ของหน่วยงานต่อไป

3. พยาบาลที่รับผิดชอบคลินิก Tele psychiatry ติดตามการรักษา และรายงานสรุปผลการให้บริการ Tele psychiatry ของหน่วยงาน ให้กับงานยุทธศาสตร์และประเมินผลผ่านระบบรายงานสถิติการให้บริการ Tele psychiatry ของสถาบัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาข้อมูลเชิงปริมาณและเปรียบเทียบผลลัพธ์ ใช้ความถี่ ร้อยละ ในประเด็นดังนี้

1. สิ่งที่ได้(Output) คือระบบทางไกลในการเพิ่มการเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้น

2. ผลลัพธ์(Outcome) คือ

2.1 ข้อมูลจำนวนผู้รับบริการคัดกรองทางไกล

2.2 อัตราการพบเด็กที่มีพฤติกรรมภาวะสมาธิสั้นจากแบบสังเกตพฤติกรรม

2.3 อัตราการพบเด็กสมาธิสั้นจากแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short Form)

2.4 อัตราการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นแนวทางการตรวจ วินิจฉัย รักษา สมาธิสั้นสำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลเครือข่าย เขตสุขภาพที่ 10

2.5 ระยะเวลาการบริการคัดกรองเด็กโรคสมาธิสั้น

2.6 คะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการและเครือข่าย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ดำเนินการในมนุษย์ได้ดำเนินการวิจัยโดยเคารพสิทธิความเป็นมนุษย์ โดยมีการชี้แจงข้อมูลการวิจัย ได้รับการยินยอมจากผู้ร่วมวิจัยและข้อมูลที่เก็บได้มีการรักษาความลับงานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษเลขที่จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ SPPH2000-026 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2565

ผลการวิจัย

1.สถานการณ์การคัดกรองดูแลรักษาเด็กที่มีสมาธิสั้นในโรงเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่2อำเภอราษีไศลจังหวัดศรีสะเกษ จากการวิเคราะห์สถานการณ์การคัดกรองและระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นของอำเภอราษีไศลพบว่า การเข้าถึงบริการผู้ป่วยเด็กสมาธิสั้นในปี 2564 มีผลงานการเข้าถึงบริการร้อยละ 27.61 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย จากการประชุมกลุ่มของทีมนักวิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานในเชิงระบบดังนี้ (1) ด้านปัจจัยในการดำเนินงานได้แก่เด็กกลุ่มอายุ 5-11 ปีในพื้นที่ยังไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ปกครองจึงมีความกังวลกลัวเด็กเสี่ยงติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการพาเด็กมาโรงพยาบาล การรวมกลุ่มคนจำนวนมากและการรอตรวจใช้ระยะเวลานาน (2) ปัญหาของระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นใช้

ระยะเวลานานเนื่องจากสาเหตุดังนี้(2.1)การคัดกรองจากครูพบว่าเอกสารคัดกรองเด็กรายบุคคลเขียนไม่ชัดเจนเอกสารไม่ครบและนำส่งล่าช้า(2.2)ผู้ปกครองที่พบเด็กสมาธิสั้นและโรงพยาบาลนัดหมายพบแพทย์ใช้เวลานานมีการรวมกลุ่มของเด็กและมีระยะเวลารอคอย คนละ 30-60 นาที (2.3) ระยะเวลาให้บริการเด็กตั้งแต่การพบแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัย การขึ้นทะเบียนและตรวจสอบสิทธิ์ที่ห้องบัตร มีระยะเวลารอคอย คนละ 10-15 นาที (2.4) จากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019ซึ่งจังหวัดศรีสะเกษเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและต้องดำเนินงานตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดเกิดปัญหาอุปสรรคทีมแพทย์จากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานีไม่สามารถเดินทางมาตรวจวินิจฉัยร่วมกับกุมารแพทย์ที่โรงพยาบาลราชโสตได้ ส่งผลให้การดำเนินงานไม่ผ่านเกณฑ์ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ปีการศึกษา 2565 ไม่ได้รับการคัดกรองตามแนวทางการคัดกรอง ในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในปีการศึกษา 2564 ทำให้เด็กที่มีปัญหาสมาธิสั้นเข้าถึงบริการล่าช้า

2.การพัฒนากระบวนการใช้ระบบทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่2ในสถานการณ์แพร่ระบาดของติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019อำเภอราชโสตจังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

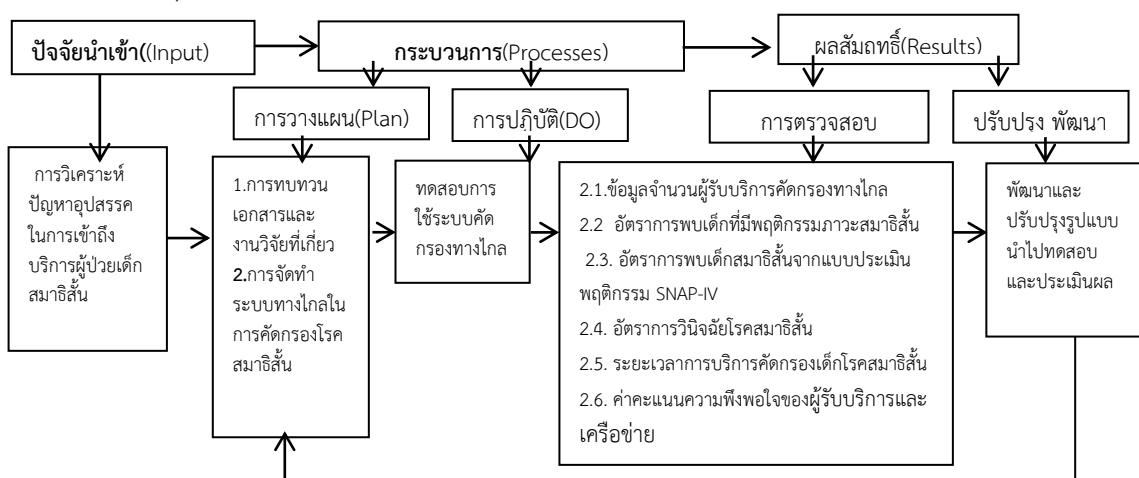
2.1.การทดลองใช้ระบบคัดกรองทางไกล
จำนวน3ครั้งดังนี้ ครั้งที่1ผู้ร่วมประเมินผลการพัฒนาประกอบด้วย 1)นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 จำนวน

5คนจากโรงเรียนที่ครูและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลผ่านการอบรมการคัดกรองสมาธิสั้นในระบบเดิม 2)เครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการคัดกรองและประเมินผลการพัฒนา 6 คนนำผลการทดลองมาวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการใช้เพื่อปรับปรุงระบบคัดกรองทางไกล

ครั้งที่2ผู้ร่วมประเมินผลการพัฒนาประกอบด้วย 1) นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 18 คน จากโรงเรียนที่ครูและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ผ่านการอบรมการคัดกรองสมาธิสั้นในระบบเดิม2)เครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการคัดกรองและประเมินผลการพัฒนา 24 คนสรุปและวิเคราะห์ผลการวิจัยนำผลการทดลองใช้ระบบคัดกรองทางไกล ครั้งที่ 2 มาวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการใช้เพื่อปรับปรุงระบบคัดกรองทางไกลให้มีความถูกต้องและเหมาะสม

ครั้งที่3ผู้ร่วมประเมินผลการพัฒนาประกอบด้วย1)นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 135 คน จากโรงเรียนที่ครูและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ผ่านการอบรมการคัดกรองสมาธิสั้นในระบบเดิม2)เครือข่ายที่มีส่วนร่วมในการคัดกรองและประเมินผลการพัฒนา207 คน สรุปและวิเคราะห์ผลการวิจัย

2.2.กำหนดกรอบในการจัดทำระบบการคัดกรองทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นเพื่อนำไปใช้ในการดำเนินงานคัดกรองในพื้นที่อำเภอราชโสต ดังนี้



ภาพที่1กรอบแนวคิดการจัดทำระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้นของนักเรียนในโรงเรียนมัธยมศึกษาปีที่2

2.3.การจัดทำระบบทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นจากการทบทวนเอกสารและวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้จัดทำระบบทางไกลในการคัดกรองสมาธิสั้นโดยใช้การวินิจฉัยสมาธิสั้นในเด็กตามแนวทางThe Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ม.ป.ป.) และ(ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย,2553) และแนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาสมาธิสั้นสำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลเครือข่ายเขตสุขภาพที่10 (นันทิยาจิระทรัพย์,2562)และคู่มือการบริการตรวจรักษาจิตเวชทางไกล(Tele psychiatry) ผู้ป่วยนอกสำหรับหน่วยงานสุขภาพจิตกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข (กัลยาณัฏฐาพร,2564) โดยผลการทดลองใช้ระบบคัดกรองทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นครั้งที่1ผลการใช้ระบบคัดกรองพบว่าจากเด็กนักเรียน5 คน สามารถคัดกรองเด็กที่มีพฤติกรรมสมาธิสั้นจากแบบสังเกตพฤติกรรม 2 คนพบเด็กที่มีพฤติกรรมสมาธิสั้นมีความเสี่ยงจากแบบประเมิน SNAP-IV 2 คนและเด็กที่พบความเสี่ยงจากแบบประเมิน SNAP-IVได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นจำนวน2 คน ประเมินผลการใช้ระบบคัดกรองทางไกลดังนี้

(1)การคัดกรองโดยครูประจำชั้น พบว่าระบบมีความสะดวกและรวดเร็วในการประเมินผลและจัดเก็บข้อมูล ข้อมูลมีความชัดเจนกว่าการเขียนด้วยลายมือบนเอกสาร ลดระยะเวลาการนำส่งเอกสารลดความสิ้นเปลืองค่าเอกสาร ผลการประเมินแสดงที่พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นผู้ดูแลระบบทันที

(2) การคัดกรองโดยผู้ปกครองพบว่าผู้ปกครองที่เป็นผู้สูงอายุ ไม่มีสมาร์โฟนมีข้อจำกัดในการอ่าน จึงได้ประสานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ดูแลช่วยเหลือในการทำแบบประเมิน

(3) การซักประวัติทดสอบการเขียนการอ่านเด็กกลุ่มเสี่ยงจากแบบประเมินของครูและผู้ปกครองโดยพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นผู้คัด

กรองและพบแพทย์โดยระบบตรวจรักษาทางไกลตามเวลาและสถานที่ที่ผู้ปกครองและเด็กสะดวก ดังนี้

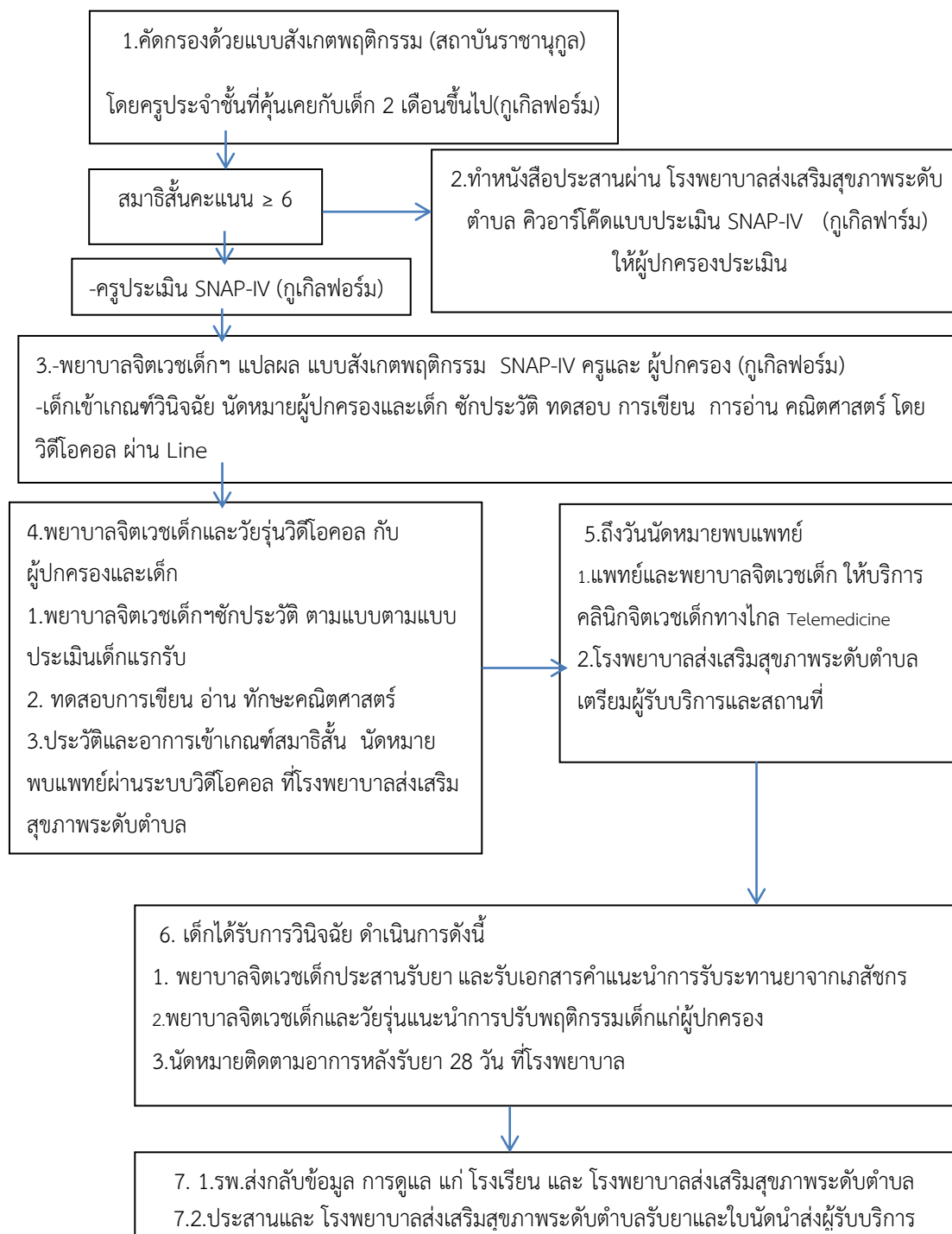
3.1เด็กที่ประเมินโดยระบบวิดีโอคอล ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เนื่องจากผู้ปกครองไม่มีสมาร์โฟนพบว่ามีความพร้อมและสะดวกในการใช้เอกสารทดสอบการเขียน การอ่านเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลช่วยอำนวยความสะดวกผู้รับบริการคัดกรองพบปัญหาอุปสรรคในการคัดกรองคือต้องใช้เวลาดังแต่คัดกรองจนกระทั่งพบแพทย์รวมระยะเวลาบริการคนละ 2 ชั่วโมง ทำให้มีผลกระทบต่อการให้บริการผู้รับบริการรายอื่นในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและผู้รับบริการที่โรงพยาบาลต้องรอคอยนานขณะที่แพทย์ให้การตรวจวินิจฉัยทางไกล

3.2 เด็กที่ประเมินโดยระบบวิดีโอคอลที่บ้านในรายที่ผู้ปกครองมีสมาร์โฟนและมีศักยภาพในการจัดเตรียมเอกสารทดสอบการเขียน การอ่านพบว่า สามารถประเมินการอ่านการเขียนเด็กได้ในเบื้องต้น ผู้ปกครองมีความสะดวกในการประเมิน ไม่มีระยะเวลารอคอย แต่การสังเกตพฤติกรรมเด็กขณะประเมินยังดำเนินการได้น้อย และต้องนัดหมายพบแพทย์เพื่อการตรวจวินิจฉัยทางไกลที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลอีกครั้ง

(4)การรับยาและคำแนะนำการดูแลเด็กหลังจากวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น เกสัชกรได้จัดทำเอกสารแนะนำการใช้ยา จัดทำรูปแบบการจ่ายยาเพื่อให้ผู้ปกครองเข้าใจและดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างถูกต้องพยาบาลจิตเวชเด็กกรับยาแทนและประสานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลรับยาและคำแนะนำ การใช้ยา การดูแลเด็กที่บ้านและโรงเรียน รับประทานติดตามอาการ หลังรับยา 28 วัน

(5)ประสานส่งกลับข้อมูลแก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลและครูประจำชั้นพบว่ามีความรวดเร็วและสะดวกในการประสานข้อมูล โดยมีแนวทางการดำเนินงานตามแผนผังที่ 2

แผนผังที่ 2 แนวทางคัดกรองเด็ก 6-12 ปี ที่มีปัญหาสมาธิสั้น ระบบทางไกล อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ (เดิม)



2.4. วิเคราะห์ผลการทดลองใช้ระบบคัดกรองทางไกลเพื่อปรับปรุงระบบคัดกรองตามแผนผังที่2 ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

2.4.1.การให้ความรู้และความเข้าใจในโรคและการดูแลช่วยเหลือเด็กโรคสมาธิสั้นแก่ผู้ปกครอง

อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนมีความจำเป็นอย่างยิ่งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระดัดตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ปกครองที่มี

ข้อจำกัดการใช้สมาร์ทโฟนและการเตรียมเอกสารการอ่านการเขียน

2.4.2. การชักประวัติและทดสอบการอ่านการเขียนโดยพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นสามารถประเมินได้เบื้องต้นจากที่บ้านโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เป็นผู้เตรียมเอกสารให้ที่บ้านหรือผู้ปกครองจัดเตรียมเองโดยพยาบาลส่งไฟล์เอกสารให้ผ่านแอปพลิเคชันและมีความจำเป็นที่เด็กต้องได้รับการประเมินอาการเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลอีกครั้งก่อนพบแพทย์

2.4.3. การตรวจวินิจฉัยจากแพทย์นัดหมายเด็กและผู้ปกครองมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยนัดเด็กไม่เกินวันละ 5 คน เพื่อลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2.4.3.1. การรับยาและรับคำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกรและรับคำแนะนำการดูแลเด็กจากพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น หลังจากพบแพทย์และได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น

2.4.3.2. การประสานข้อมูลผลการวินิจฉัยและแนวทางการดูแลเด็กที่โรงเรียนโดยการส่งแบบบันทึกการดูแลเด็กที่โรงเรียนถึงครูประจำชั้นและประสานข้อมูลเด็กแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

ซึ่งผู้วิจัยได้นำข้อปรับปรุงมาเพิ่มเติมจากการพัฒนาแนวทางการดูแลจากแผนผังที่ 2 มาเป็น

แนวทางการคัดกรองใหม่ทั้งหมด 8 ขั้นตอน ประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆดังต่อไปนี้

1. คัดกรองด้วยแบบสังเกตพฤติกรรม

2. สมาธิสั้นคะแนน ≥ 6 ครูประเมิน SNAP-IV (กูเกิลฟอร์ม)

3. ผู้ปกครองประเมิน SNAP-IV (กูเกิลฟอร์ม)

4. พยาบาลจิตเวชเด็กฯ แปลผลแบบสังเกตพฤติกรรม SNAP-IV ครูและผู้ปกครอง (กูเกิลฟอร์ม)-เด็กเข้าเกณฑ์วินิจฉัย นัดหมายผู้ปกครองและเด็ก ชักประวัติ ทดสอบ การเขียน การอ่าน คณิตศาสตร์ โดยวิดีโอคอล

5. พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นวิดีโอคอล กับผู้ปกครองและเด็ก เพื่อประเมินเด็ก ดังนี้

5.1. ชักประวัติ ตามแบบตามแบบประเมินเด็กแรกรับ

5.2. ทดสอบการเขียน อ่านทักษะคณิตศาสตร์

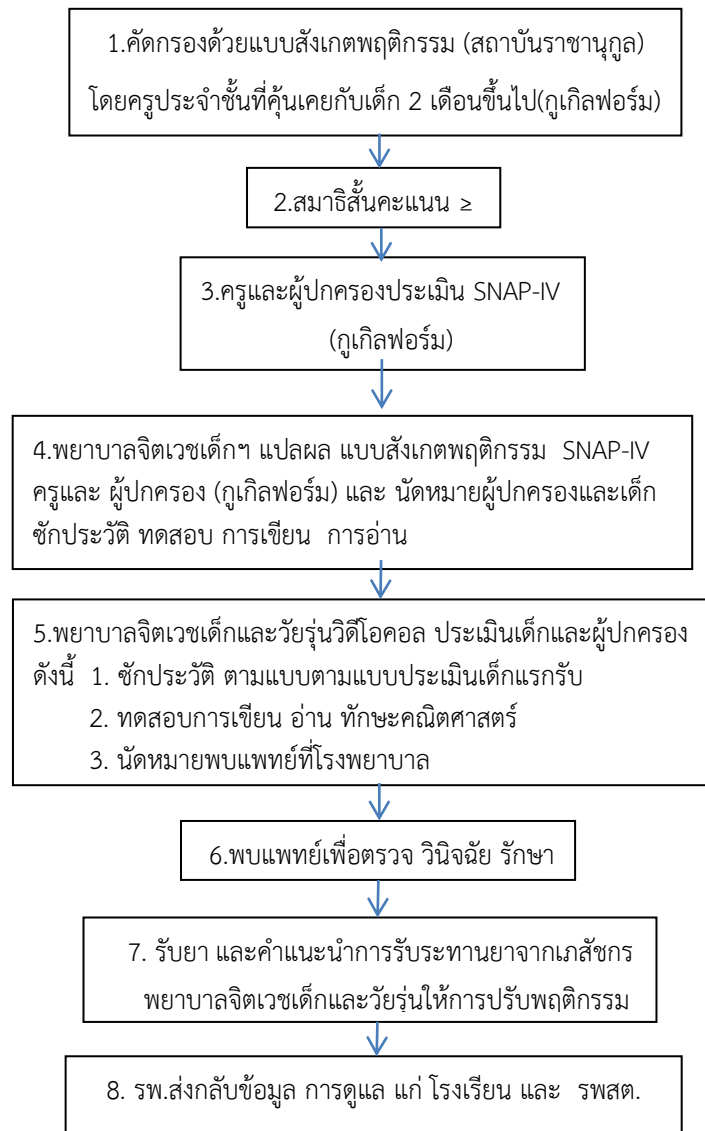
5.3. ประวัติและอาการเข้าเกณฑ์สมาธิสั้น นัดหมายพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

6. เด็กและผู้ปกครองพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเพื่อตรวจวินิจฉัยให้การรักษา

7. คำแนะนำการใช้ยาจากเภสัชกรรับคำแนะนำการดูแลเด็กจากพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น

8. ประสานข้อมูลผลการวินิจฉัยและแนวทางการดูแลเด็กที่โรงเรียนโดยการส่งแบบบันทึกการดูแลเด็กที่โรงเรียนถึงครูประจำชั้น และประสานข้อมูลเด็กแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล

แผนผังที่ 3 แนวทางคัดกรองเด็ก 6-12 ปีที่มีปัญหาสมาธิสั้น ระบบทางไกล อำเภอราชสีห์ จังหวัดศรีสะเกษ(ใหม่)



2.5.รูปแบบการใช้รูปแบบการคัดกรองทางไกล 8 ขั้นตอน ดังนี้

2.5.1ผลการประเมินผลการใช้รูปแบบครั้งที่1ผล การใช้ระบบคัดกรองพบว่าจากเด็กนักเรียน 18 คน สามารถคัดกรองเด็กที่มีพฤติกรรมสมาธิสั้นจากแบบ สังเกตพฤติกรรม3คน(ร้อยละ16.67)พบเด็กที่มีความเสี่ยงจากแบบประเมิน SNAP-IV 2 คน คิดเป็นร้อยละ 16.67 และเด็กได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น จำนวน 2 คน ประเมินผลการใช้ระบบคัดกรองทางไกลหลัง การปรับปรุง ดังนี้

(1)การประชุมชี้แจงระบบการดูแลช่วยเหลือ เด็กสมาธิสั้นแก่ผู้ปกครองผู้นำชุมชนและอาสาสมัคร

สาธารณสุขการคัดกรองสมาธิสั้นฉบับผู้ปกครองโดยมี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัวที่ผ่านการให้ ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นและการใช้แบบคัดกรอง ออนไลน์พบว่าผู้ปกครองมีความเข้าใจและการคัด กรองมีความสะดวกรวดเร็ว และข้อมูลการคัดกรองมี ความครบถ้วน

(2)การลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ปกครองและ เด็กจากการซักประวัติทดสอบการเขียนการอ่านเด็ก กลุ่มเสี่ยงจากแบบประเมินของครูและผู้ปกครองโดย พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นเป็นผู้คัดกรองระบบ ทางไกลตามเวลา

(3)การพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยรักษาที่โรงพยาบาล การขึ้นทะเบียนตรวจและการตรวจสอบสิทธิ์ก่อนถึง เวลานั้นนัดหมายทำให้ข้อมูลสิทธิบัตรถูกต้องการสังเกต พฤติกรรมเด็กในระหว่างการชักประวัติเพิ่มเติมจาก การชักประวัติออนไลน์ ช่วยลดระยะเวลารอคอย และ ทำให้แพทย์ผู้วินิจฉัยได้เห็นพฤติกรรมเด็กอย่างชัดเจน

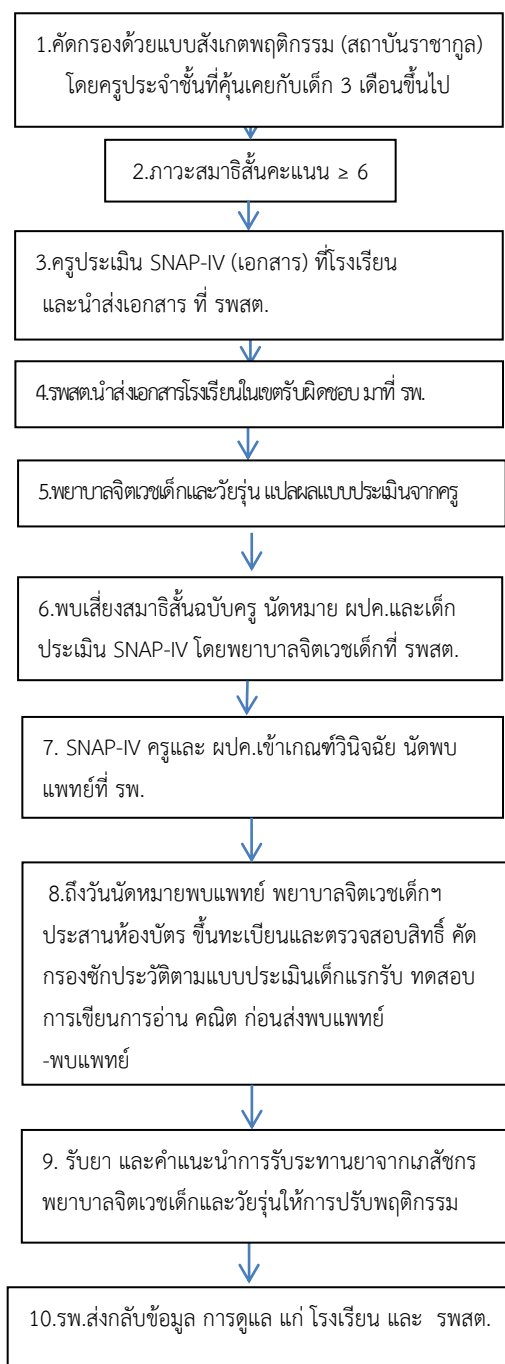
(4) เด็กและผู้ปกครองและเด็กพบเภสัชกรรับยาและ คำแนะนำการใช้ยาพบว่าผู้ปกครองเข้าใจพยาบาลจิต

เวชเด็กและวัยรุ่นให้คำนำการดูแลเด็กที่บ้านและ โรงเรียน รับบัตรนัดติดตามอาการหลังรับยา 28 วัน

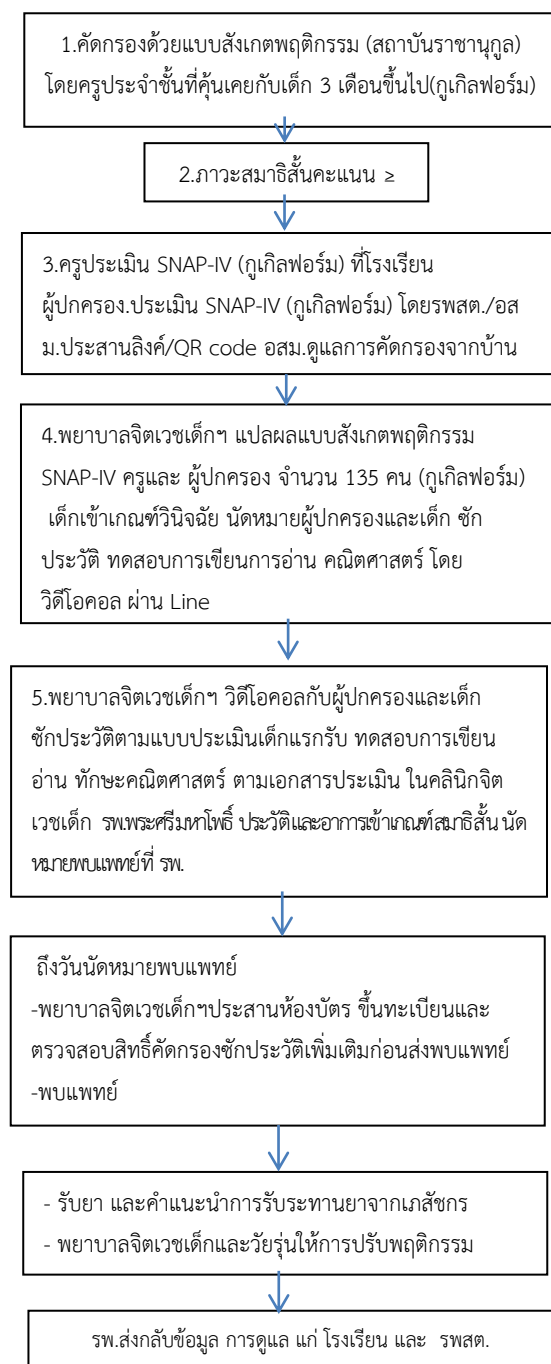
(5)ประสานส่งกลับข้อมูลแก่โรงเรียนโดย ประสานเอกสารการดูแลเด็กแก่ครูประจำชั้นโดย ผู้ปกครองนำส่งครูประจำชั้นพยาบาลจิตเวชเด็กและ วัยรุ่นประสานข้อมูลและแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้น กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล มีความ รวดเร็วและสะดวกในการประสานข้อมูล

แผนผังที่ 4 แสดงการเปรียบเทียบรูปแบบการคัดกรองสมาธิสั้นระบบเดิม และระบบการคัดกรองทางไกล

ขั้นตอนการคัดกรองโรคสมาธิสั้นแบบเดิม



ขั้นตอนการคัดกรองโรคสมาธิสั้นทางไกล



3.การประเมินผลการใช้รูปแบบการใช้รูปแบบการคัดกรองที่พัฒนาขึ้น

3.1.ผลการประเมินการคัดกรองทางไกล8
ขั้นตอนครั้งที่2ผลการใช้ระบบทางไกลในการคัดกรอง
สมาธิสั้นกลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่2
จำนวน135คนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสมาธิสั้น
ร้อยละ32.59มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมาธิ
สั้น(SNAP-IV)ร้อยละ81.82ได้รับการวินิจฉัยสมาธิสั้น

ร้อยละ11.10ลดระยะเวลารอคอยและการนำส่ง
เอกสารของผู้ประเมินจากเดิม15วันเหลือ2วันเพิ่มการ
เข้าถึงบริการของเด็กโรคสมาธิสั้นในพื้นที่บริการได้
ร้อยละ47.16ผลการประเมินความพึงพอใจต่อระบบ
บริการทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นพบว่า
ผู้ปกครองมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดร้อยละ80.74
เครือข่ายมีระดับความพึงพอใจระดับมากที่สุดร้อยละ
58.45 รายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อมูลผู้รับบริการคัดกรองทางไกล

ข้อมูล	โรงเรียน แห่งที่ 1	โรงเรียน แห่งที่ 2	โรงเรียน แห่งที่ 3	โรงเรียน แห่งที่ 4	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ ชาย	46	4	4	15	69	51.11
หญิง	35	11	8	12	66	48.89
อายุ (ปี) 7 ปี	80	3	8	15	106	78.52
8 ปี	1	12	4	12	29	21.48
รวม	81	15	12	27	135	100

ตารางที่ 2 อัตราการพบเด็กที่มีพฤติกรรมภาวะสมาธิสั้นจากแบบสังเกตพฤติกรรม

ข้อมูล	จำนวนคัดกรอง(คน)	จำนวนที่พบความเสี่ยง(คน)	ร้อยละ
โรงเรียนแห่งที่ 1	81	26	32.10
โรงเรียนแห่งที่ 2	15	11	73.33
โรงเรียนแห่งที่ 3	12	1	8.33
โรงเรียนแห่งที่ 4	27	6	22.22
รวม	135	44	32.59

ตารางที่ 3 อัตราการพบเด็กสมาธิสั้นจากแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (Short Form)

ข้อมูล	จำนวนคัดกรอง(คน)	จำนวนที่พบความเสี่ยง(คน)	ร้อยละ
โรงเรียนแห่งที่ 1	26	24	92.31
โรงเรียนแห่งที่ 2	11	6	54.55
โรงเรียนแห่งที่ 3	1	1	100
โรงเรียนแห่งที่ 4	6	5	83.33
รวม	44	36	81.82

ตารางที่ 4 อัตราการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้นตามแนวทางตรวจวินิจฉัยรักษาสมาธิสั้นสำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลเครือข่าย

ข้อมูล	จำนวนที่คัดกรอง(คน)	จำนวนที่วินิจฉัย(คน)	ร้อยละ
โรงเรียนแห่งที่ 1	81	9	11.11
โรงเรียนแห่งที่ 2	15	1	6.67
โรงเรียนแห่งที่ 3	12	1	8.33
โรงเรียนแห่งที่ 4	27	4	14.81
รวม	135	15	11.11

ตารางที่ 5 ค่าคะแนนความพึงพอใจของผู้รับบริการและเครือข่าย

ประเด็นที่สอบถาม	$\bar{X}$	SD	ระดับความพึงพอใจ
การประชุมชี้แจงการคัดกรองทางไกล	3.91	0.44	มาก
แบบประเมินสมาธิสั้นออนไลน์	4.26	0.38	มาก
การซักประวัติ ทดสอบการอ่าน เขียน ออนไลน์	4.00	0.55	มาก
การพบแพทย์ที่โรงพยาบาล	4.13	0.57	มาก
การรับยาและปรับพฤติกรรม	4.39	0.25	มาก
ระยะเวลาในการให้บริการรูปแบบทางไกล	4.00	1.89	มาก
ความเหมาะสมกับสถานการณ์แพร่ระบาดโรค covid 19	4.35	0.42	มาก
การประสานการดูแลกับครูและเจ้าหน้าที่ รพสต.	4.39	0.34	มาก
รวม	4.18	0.61	มาก

ตารางที่ 6 แสดงผลการคัดกรองเด็กสมาธิสั้นระบบเดิมและระบบทางไกล

ข้อมูล	จำนวนที่คัดกรอง(คน)	จำนวนที่เสี่ยง(คน)	ร้อยละ
1.อัตราการพบเด็กที่มีพฤติกรรมภาวะสมาธิสั้นจากแบบสังเกตพฤติกรรม			
นักเรียนที่คัดกรองระบบปกติ	333	289	86.79
นักเรียนที่คัดกรองทางไกล	135	44	32.59
2.อัตราการพบเด็กสมาธิสั้นจากแบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (short Form)			
นักเรียนที่คัดกรองระบบปกติ	289	67	23.18
นักเรียนที่คัดกรองทางไกล	44	36	81.82
3.ร้อยละเข้าถึงบริการโรคสมาธิสั้น จากการวินิจฉัยโดยแพทย์			
นักเรียนที่คัดกรองระบบปกติ	333	45	13.51
นักเรียนที่คัดกรองทางไกล	135	15	11.11

สรุปและอภิปรายผล

1. ระบบทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้น นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 อำเภอราชโสต จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอนดังนี้ 1) ครูประจำชั้นคัดกรองด้วยแบบสังเกตพฤติกรรมสถาบันราชานุกูล (กูเกิลฟอร์ม) 2) พยาบาลจิตเวชเด็กแปลผลแบบสังเกตพฤติกรรม 3) ครูและผู้ปกครองประเมิน SNAP-IV (กูเกิลฟอร์ม) ในนักเรียนที่มีความเสี่ยงสมาธิสั้นจากแบบสังเกตพฤติกรรม 4) พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นแปลผลแบบ SNAP-IV ครูและผู้ปกครอง (กูเกิลฟอร์ม) และ นัดหมายผู้ปกครองและเด็ก ซักประวัติออนไลน์ 5) พยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่นวิดีโอคอลประเมินเด็กและผู้ปกครองซักประวัติตามแบบตามแบบประเมินเด็กแรกรับและทดสอบการเขียน อ่านทักษะคณิตศาสตร์ ประวัติและอาการเข้าเกณฑ์นัดหมายพบแพทย์ 6) พบแพทย์เพื่อตรวจ วินิจฉัย รักษา

7) รับยาและคำแนะนำการรับประทานยาจากเภสัชกร
 8) โรงพยาบาลส่งกลับข้อมูลการดูแล แก่ โรงเรียน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล สอดคล้องกับการศึกษาของ Nelson et al (2012) ที่ได้ทำการคัดกรองสมาธิสั้นด้วยระบบทางไกล ประกอบ การประเมินด้วยเครื่องมือคัดกรอง การประเมินเด็กและครอบครัว การตรวจวินิจฉัย และการติดตามหลังการวินิจฉัย มีขั้นตอนดังนี้ 1) นัดหมายกับกำหนดการ telemedicine 2) พยาบาลประจำโรงเรียนแจกเอกสารให้กับครอบครัวและบุคลากรของโรงเรียน 3) พยาบาลส่งเอกสารไปยังทีมคลินิกก่อนกำหนดวันนัดหมายอย่างน้อย 1 สัปดาห์ 4) ทีมงานคลินิกให้บริการ ADHD Telemedicine Clinic จากคลินิกมาที่โรงเรียน พยาบาลประจำโรงเรียนเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการเชื่อมต่อเด็ก ผู้ปกครอง

บุคลากรของโรงเรียนและทีมงานคลินิก 5) พยาบาลของโรงเรียนให้คำแนะนำและติดตามผลหลังจากเด็กได้รับการวินิจฉัยระบบทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้น 8 ขั้นตอน ดำเนินการในพื้นที่ที่ผู้ปกครองและเครือข่ายได้รับการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคสมาธิสั้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Pakyurek at el (2013) ที่มีขั้นตอนการคัดกรองสมาธิสั้นระบบทางไกล ประกอบด้วย 1) การฝึกอบรมครูประจำชั้นและผู้ปกครองเกี่ยวกับการคัดกรองสมาธิสั้น

3) การประชุมเชิงปฏิบัติการคัดกรองสมาธิสั้นสำหรับผู้ให้บริการปฐมภูมิ

4) กำหนดแนวทางปฏิบัติที่ใช้ร่วมกันเพื่อการสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างทุกคนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรวมถึงผู้ปกครองครู พยาบาลโรงเรียน และผู้ให้บริการปฐมภูมิ

2 ผลการใช้ระบบการคัดกรองทางไกล 8 ขั้นตอนพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสมาธิสั้นร้อยละ 32.59 มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมาธิสั้น (SNAP-IV) ร้อยละ 81.82 ได้รับการวินิจฉัยสมาธิสั้นร้อยละ 11.10 ลดระยะเวลารอคอยและการนำส่งเอกสารของผู้ประเมินจากเดิม 15 วันเหลือ 2 วัน เกิดความสะดวกในการสื่อสารเชื่อมโยงส่งต่อข้อมูลและผลการประเมินระหว่าง ครูประจำชั้น ผู้ปกครอง เครือข่ายในชุมชน และทีมสหวิชาชีพ เพิ่มการเข้าถึงบริการของเด็กโรคสมาธิสั้นในพื้นที่บริการได้ร้อยละ 47.16 ผลการประเมินความพึงพอใจต่อระบบบริการทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นพบว่าผู้ปกครองมีความพึงพอใจระดับมากที่สุดร้อยละ 80.74 เครือข่ายมีระดับความพึงพอใจระดับมากร้อยละ 58.45 ระบบบริการทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้นซึ่งการวิจัยในครั้งนี้สามารถดำเนินการได้ตามแนวทาง The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) (ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, ม.ป.ป.) และ (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2553) และแนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาสมาธิสั้นสำหรับแพทย์ในโรงพยาบาลเครือข่ายเขตสุขภาพที่ 10 (นันทิยา จิระทรัพย์, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nelson at el (2012) ที่พบว่า การดำเนินงาน ADHD Telemedicine Clinic มีอัตราการปฏิบัติตาม American Academy of Pediatrics (AAP) ร้อยละ 95-100 ไม่มีปัจจัยใดที่มี

อยู่ในกลไกการให้บริการ Telemedicine ที่ขัดขวางการปฏิบัติตามแนวทาง American Academy of Pediatrics (AAP) และสามารถคัดกรองเด็กสมาธิสั้นให้เข้าถึงบริการได้ ร้อยละ 11.11 สอดคล้องกับผลการการศึกษาของทวีศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ (2556) ที่ได้ศึกษาความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย ผลการศึกษาพบความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็ก 6-12 ปี ร้อยละ 8.1 และระบบทางไกลยังสามารถให้คำแนะนำผู้ปกครองในการดูแลเด็กเบื้องต้นและให้บริการปรับพฤติกรรมเด็กสมาธิสั้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Y Juhn at el (2014) ที่ทำการศึกษากลับการอบรมด้านเภสัชบำบัดและพฤติกรรมบำบัดแก่เด็กและผู้ดูแลผ่านรูปแบบการให้บริการ Telehealth พบว่า ประสิทธิภาพของการรักษาเด็กสมาธิสั้นผ่านการบำบัดทางไกลเป็นวิธีการหนึ่งที่มีแนวโน้มที่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Myers at el (2015) ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพการให้บริการ Telehealth สำหรับการรักษาโรคสมาธิสั้นพบว่าเด็กที่อาการดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ระบบบริการสุขภาพทางไกลสามารถคัดกรองผู้ป่วยสมาธิสั้นได้มีความเหมาะสมในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค COVID-19 ในพื้นที่

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

การพัฒนากระบวนการทางไกลในการคัดกรองโรคสมาธิสั้น นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 2 ในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 สามารถเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการคัดกรองภาวะสมาธิสั้นในเด็ก ลดการสัมผัสความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ COVID-19 ในสถานพยาบาลได้และเหมาะสมกับสถานการณ์แพร่ระบาดของโรค COVID-19 ขั้นตอนการคัดกรองออนไลน์ของครู ผู้ปกครอง และพยาบาลมีความเหมาะสม สามารถนำไปใช้ในคลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่นได้ ขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ และการรับยาจากเภสัชกร ควรมีการพัฒนาเพื่อให้สามารถให้บริการการแพทย์ทางไกลจนจบกระบวนการ เพื่อประโยชน์ในอนาคตหากมีสถานการณ์ที่ประชาชนไม่สามารถรวม ตัวกันได้ หรือในกรณีที่ผู้รับบริการมีข้อจำกัดในการเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการขยายการศึกษาในกลุ่มเด็กอายุ 6-15 ปี และพัฒนาระบบการให้บริการจิตเวช

ทางไกลในโรคสมาธิสั้นในส่วนของกรณีวินิจฉัยและรับ
ยาเพื่อประโยชน์ต่อคนไข้ที่ไม่สะดวกในการเดินทาง
มาคัดกรองที่โรงพยาบาลหรือนักเรียนที่อยู่ในเขต

รับผิดชอบแต่เรียนที่ต่างอำเภอเพื่อให้ได้รับการที่
เท่าเทียมกัน

เอกสารอ้างอิง

ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน,โซซิตา ภาวสุทธิไพศิฐ,พรทิพย์ วชิรดิถก,พัชรินทร์ อรุณเรือง,ฉันทวรรณ บุณสุขสกุล. (2556).

ความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย. Journal of Mental Health of Thailand.

นันทิยา จีระทรัพย์.(2562,ธันวาคม) .การตรวจวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น โรคร่วม และการรักษา. การประชุมเชิงปฏิบัติการ
ฟื้นฟูความรู้การดูแลผู้ป่วยสมาธิสั้นสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 10 วันที่ 19 ธันวาคม 2562
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาลัยเชียงใหม่. (ม.ป.ป.)The Diagnostic and Statistical Manual of
Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). <https://w1.med.cmu.ac.th/psychiatry/education/learning/dsm-5/>

ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย,สมาคมกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย. (2553) แนวทางเวชปฏิบัติการดูแล
รักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้น (Attention Deficit). [https:// drive. google.com/file/d/107LJMtp7DCPX5vtcsTaHjZhGVZ6Fwj6/view](https://drive.google.com/file/d/107LJMtp7DCPX5vtcsTaHjZhGVZ6Fwj6/view)

วิชิต อุ๋อัน, รัฐวัชร พัฒนจิระจัน. (2557). บล็อกทฤษฎีระบบ (Systems Theory). <http://poundtv5.blogspot.com/2014/10/system-theory.html>

ศูนย์บริหารสถานการณ์ โควิด-19 (ศบค.) (2564). สถานการณ์ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 Coronavirus Disease
2019 (COVID-19) วันที่ 15 ตุลาคม 2564.[https://media.thaigov.go.th/uploads/public img/source/151064.pdf](https://media.thaigov.go.th/uploads/public/img/source/151064.pdf)

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). คู่มือการบริการตรวจรักษาจิตเวชทาง
ไกล (Telepsychiatry) ผู้ป่วยนอกสำหรับหน่วยงานสุขภาพจิต.กรมสุขภาพจิต
สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(องค์การมหาชน).(ม.ป.ป.) เครื่องมือพัฒนาคุณภาพ 3P,3CPDSA,QA
/CQI.<https://hacc.kku.ac.th/>

สรัญญา วรณชัยกุล. (2565). บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการส่งเสริมสุขภาพจิตและ
ป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Guilherme Polanczyk M.D.,Mauricio Silvade Lima M.D.,Ph.D.Bernardo Lessa Horta M.D.,Ph.D,
Joseph Biederman M.D.Luis Augusto Rohde M.D.,Ph.D. (2007). The Worldwide Prevalence of
ADHD:A systematic Review and metaregression Analysis. The AMERICAN JOURNAL OF
PSYCHIATRY.

Kathleen Myers MD.MPH.MS,Ann Vander Stoep.PhD,Chuan Zhou PhD,Carolyn A.McCarty
PhD,Wayne Katon MD. (2015). Effectiveness of a Telehealth Service Delivery Model for
Treating Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder:A Community-Based Randomized Controlled
Trial. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.

Murat Pakyurek M.D.Julie,Schweitzer Ph.D,Peter Yellowlees M.B.B.S.M.D. (2013). Telepsychiatry and
ADHD. The ADHD Report. <https://guilfordjournals.com/doi/pdf/10.1521/adhd.2013.21.1.1>.

Nelson E.L., Duncan A.B., Peacock G. & Bui T. (2012). Telemedicine and adherence to national
guidelines for ADHD evaluation: A case study. American Psychological association.
doi.org/10.1037/a0026824.

Yuet Juhn Tse,Carolyn A.Mccarty,Ann Vander Stoep,and Kathleen M.Myers. (2014). Teletherapy
Delivery of Caregiver Behavior Training for Children with Attention-Deficit Hyperactivity
Disorder. Telemedicine and e-Health. doi.10.1089/tmj.2014.0132

การพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในประเด็นการป้องกัน
และควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม
ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Development of a process model for driving health constitutions in specific areas
on the issue of prevention and control of coronavirus disease 2019 in the area
of Ban Si Udom Health Promoting Hospital.

Trakaj Sub-district, Kantharalak district , Sisaket Province.

สะอาด ศิริมงคล^{1,*} สุคนธ์ทิพย์ บัวแดง^{2**}

Saard Sirimongkhon^{1,*} Sukhontip Buadang^{2**}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่าง เดือนกันยายน 2565 – มกราคม 2566 รวมระยะเวลา 20 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่าง นายก อบจ.ศรีสะเกษ ส่วนตำบล หัวหน้ากองสาธารณสุข สมาชิก อบจ.ศรีสะเกษ ส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อสม. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครูอนามัยโรงเรียน เจ้าของร้าน ผู้ประกอบการร้านค้า ไวยาวัจกร ประชาชน เกษตรกรผู้ปลูกทุเรียน รวมทั้งหมด 70 คน กลุ่มตัวอย่างในการประเมินผลรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 108 คน รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ เคมมิส และเม็กแท็กการ์ด จำนวน 2 วงรอบโดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย ขั้นตอน 4 ขั้นตอน ดังนี้คือ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และการสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการรวบรวม จัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบกระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 คือ SIUDOM Model ประกอบด้วย 1) Structure & Policy : มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน 2) Integration & Coordination : บูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชน 3) Unity: การเป็นหนึ่งเดียวหรือความสามัคคีร่วมแรงร่วมใจกัน มีใจมุ่งสู่เป้าหมายอันเดียวกัน 4) Distribute: แบ่งปันความเป็นเจ้าของในงานที่ทำให้แก่ผู้รับผิดชอบหลักและถือว่าความสำเร็จเป็นของทุกคน 5) Open eyes – Open mind : คนในชุมชนเปิดการรับรู้และเปิดใจทำร่วมกัน 6) Measure monitor and motivation : กำหนดแนวปฏิบัติในการประเมินผลที่สอดคล้องกับบริบท มีความต่อเนื่องและนำผลการประเมินมาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์จากผลการวิจัยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ: รูปแบบ, การป้องกันและควบคุมโรค, ไวรัสโคโรนา 2019, ธรรมนูญตำบล

^{1*} ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ^{2**} พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

*Corresponding author; E-mail address: Sa_sriudom_2012@hotmail.com

Abstract

The purpose of this action research was to develop a process model for driving a specific health statute. on the issue of prevention and control of the Coronavirus Disease 2019 in the area of Ban SiUdom Health Promoting Hospital, Trakaj Sub-district, Kantharalak District, Sisaket Province between September 2022 – January 2023, a total of 20 weeks. The sample group consisted of individuals Chief of Public Health Division Members of the sub-district administration, community leaders, volunteers, public health officials, School health teachers, Abbots, Grocery store operators, Temple affairs manager, people, durian farmers, totaling 70 people. The sample group for the evaluation of the prevention and control of the Coronavirus Disease 2019 was 108 people. The research used the quality management process (PAOR) for 2 cycles, each cycle consisting of 4 steps: planning, implementation, observation and reflection. Analyze data by collecting, categorizing, analyzing content and comparing the mean differences of scores before and after using paired t-test statistics. The process model for driving the health statute in specific areas on the issue of prevention and control of the Coronavirus Disease 2019 is SIUDOM Model consisting of 1) Structure & Policy: There is an operational committee and clearly defined roles. 2) Integration & Coordination Integration and coordination of cooperation among all sectors in the community 3) Unity: Unity or unity 4) Distribute: Share ownership of the work done with the main responsible person. 5) Open eyes – Open mind: People in the community open their eyes and open their minds to work together. 6) Measure monitor and motivation: Determine assessment practices that are consistent with the context. There is continuity and the evaluation results are adapted to benefit from the results of the developed research model to increase the potential for prevention and control of the disease, prevention and control of the Coronavirus Disease 2019 by using the local health statute of Ban SiUdom Health Promoting Hospital, Trakaj Sub-district, Kantharalak District Sisaket Province achieved the set goals.

KEYWORDS: Model , Prevention and Control , Coronavirus Disease 2019, Health constitutions.

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปลายปี 2562 และสถานการณ์ได้ผ่อนคลายลงมา จนกระทั่งมีการแพร่ระบาดระลอกใหม่อีกครั้งหนึ่งช่วง กลางเดือนธันวาคม 2563 ซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการแพร่ระบาดระลอกที่สอง โดยพบการติดเชื้อ เป็นกลุ่มก้อน ขนาดใหญ่ที่ตลาดกลางกุ้ง ตำบลมหาชัย อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร หลังจากนั้นพบว่า มีการแพร่ระบาด อย่างรวดเร็ว ภายในระยะเวลา 1 สัปดาห์ มีจำนวนผู้ติดเชื้อสูงถึง 1,400 ราย โดยพบ การแพร่ระบาดต่อเนื่องไปยัง จังหวัดใกล้เคียง รวมถึงพื้นที่อื่นที่มีความเชื่อมโยงกับการค้าถึง 27 จังหวัด ซึ่งการแพร่ระบาดในครั้งนี้ นับเป็นจุดเริ่มต้นที่รุนแรงขึ้นมาอีกครั้งหนึ่ง นอกจากนี้ ในช่วงปลายเดือนธันวาคม 2563 ได้พบการแพร่ระบาดใน ลักษณะเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) บ่อนการพนัน(กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จากข้อมูลของ ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 (โควิด-19) หรือ ศบค. พบผู้ติดเชื้อสะสม ระหว่างวันที่ 12-31 ธันวาคม 2563 สูงถึง 2,446 ราย ในพื้นที่ 51 จังหวัด พื้นที่ที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ สมุทรสาคร (1,634 ราย) ระยอง (202 ราย) ชลบุรี (144 ราย) กรุงเทพฯ (125 ราย) นนทบุรี (58 ราย) และนครปฐม (58 ราย) คิดเป็นร้อยละ 91 ของยอดผู้ติดเชื้อสะสมรวม จำนวนผู้ติดเชื้อดังกล่าวเพิ่มขึ้นสูงอย่างต่อเนื่องและเพิ่มสูงขึ้นอย่างมากในช่วงเดือนเมษายน 2564 ในพื้นที่ กรุงเทพฯ เกิดการแพร่ระบาดเป็นกลุ่มก้อน (Cluster) ที่สถานบันเทิงย่านทองหล่อ ในครั้งนี้ เป็นการระบาดอย่างรุนแรงและรวดเร็ว นับเป็นสถานการณ์ที่เร่งให้การแพร่ระบาดกระจายตัวทั่วทุกจังหวัด อย่างรวดเร็ว นอกจากการแพร่ระบาดในลักษณะกลุ่มก้อนแล้ว การกลายพันธุ์ของเชื้อโรคโควิด-19 เป็นหลาย สายพันธุ์ เช่น อัลฟา และเดลต้า เป็นต้น ยิ่งทำให้การระบาดรุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้การแพร่ระบาด ในลักษณะกลุ่มก้อนเกิดขึ้นกับกลุ่มต่าง ๆ ตามมาอีกหลายกลุ่ม และเป็นกลุ่มใหญ่ที่ต้องกล่าวถึงคือแคมป์คนงาน ก่อสร้าง และโรงงานในพื้นที่กรุงเทพฯ ที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงานไปทำงานตามไซต์งานต่าง ๆ ในแต่

ละพื้นที่ จึงทำให้เกิดการแพร่ระบาดลุกลามมากยิ่งขึ้น และอีกกลุ่มก้อนหนึ่งที่มีความเสี่ยงสูง คือ กลุ่มผู้ต้องขังหากเปรียบเทียบความรุนแรงของสถานการณ์ดังกล่าวในปี 2563 และ 2564 พบว่าปี 2564 มีความรุนแรงทั้งจำนวนของผู้ติดเชื้อ จำนวนผู้เสียชีวิต จำนวนพื้นที่ที่กระจายพบผู้ติดเชื้อทุกจังหวัดรวมทั้งมีระยะเวลาการแพร่กระจายของเชื้อที่ยาวนานเนื่องจากการแพร่กระจายของเชื้อเป็นไปอย่างกว้างขวาง โดยผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่ไม่แสดงอาการสามารถติดต่อได้ง่าย อีกทั้งมีการพบเชื้อสายพันธุ์ใหม่ การพบในหลาย คลัสเตอร์ ที่เปรียบเหมือน Super spreader โดยไม่รู้ตัว และทวีความรุนแรงขึ้นอย่างต่อเนื่อง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ประเทศไทยซึ่งในช่วงเดือนเมษายนพบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกที่ 4 มีผู้ป่วยสะสมทั้งหมดจำนวน 2,407,022. ราย กำลังรักษา 8,2760. ราย หายแล้ว 2,302,164.. ราย เสียชีวิต 22,098. ราย (กรมควบคุมโรค, 2565) ซึ่งจังหวัดศรีสะเกษก็เป็นอีกจังหวัดหนึ่งที่มีการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่รุนแรงเหมือนกันในช่วงเดือน มกราคม 2565 พบผู้ป่วยติดเชื้อ ทั้งหมดจำนวน 20,077 ราย กำลังรักษา 1,119 ราย หายแล้ว 20,858. ราย เสียชีวิต 100 ราย (ข้อมูลHDCสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2565) และในช่วงเดียวกันพบการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านศรีอุดม ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ พบผู้ป่วยโควิดสะสม ทั้งหมด ตั้งแต่เดือนกันยายน 2564 ถึงเดือน มกราคม 2565 รวมทั้งหมด 127 ราย ได้รับการรักษาทั้งหมด 127 ราย หายแล้ว 61 ราย ไม่พบผู้เสียชีวิต (ข้อมูลการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกันทรลักษ์, 2565) การดำเนินงานในการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ได้หลายพื้นที่ในรูปแบบต่างๆ เช่น การศึกษาของพิสมัย ศรีรัมย์ (2564) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม.ผ่านสื่อโซเชียลได้แก่ การให้ความรู้ผ่านสื่อออนไลน์ เช่น ไลน์ เฟสบุ๊กแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จะส่งผลให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรอบรู้ด้านการเฝ้าระวังป้องกันและบทบาทการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 ดีขึ้นโดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส 2019 เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยยะทางสถิติ ($P=0.05$) และการศึกษาของไกรวัลย์ มัฐผา (2564) ที่ได้ศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความ รอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุเขตเทศบาลตำบล ผลการวิจัยพบว่าหลัง

ได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งผลการศึกษาที่ผ่านมาส่วนมากจะมุ่งเน้นการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะบุคคลเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพซึ่งเมื่อบุคคลมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการป้องกันและควบคุมโรคจะส่งผลทำให้การระบาดของโรคลดลงซึ่งกระบวนการเหล่านี้จะต้องใช้ระยะเวลาในการควบคุมโรคนานขึ้น ในขณะที่การระบาดของโรคไวรัสโคโรนาในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านศรีอุดม ช่วงนี้มีการระบาดเป็นวงกว้างและประชาชนมีความตื่นตระหนกใจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตใจของประชาชนในชุมชน ดังนั้นจึงมีการศึกษาแนวทางการใช้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากขึ้นเช่น ระนอง เกตุดาว และคณะ (2564) ได้ศึกษาแนวทางรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดอุดรธานี ได้รูปแบบการพัฒนาคือ Udon Model COVID-19 ประกอบด้วย (1) การบริหารจัดการเฝ้าระวังคัดกรอง สอบสวน ควบคุม ป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ (2) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ภาควิชาเครือข่ายและประชาชนอย่างถูกต้อง รวดเร็ว (3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทำให้สามารถควบคุมการระบาดของโรคไวรัส โคโรนา 2019 ได้ ซึ่งสถานการณ์ของการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตตำบลตระกาจในครั้งนี้มีความรุนแรงมากเนื่องจากการอพยพของประชาชนกลับมาจากกรุงเทพและเป็นพื้นที่ที่มีการสัญจรของประชาชนผ่านไปจำนวนมากทำให้ไม่สามารถควบคุมประชาชนเข้าออกในพื้นที่ได้ ส่งผลให้มีการระบาดของโรคโคโรนากระจายเต็มพื้นที่ของตำบลและการควบคุมการระบาดของโรคดำเนินการด้วยความยากลำบากมากขึ้นจากการปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชนมาดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโดยใช้ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ซึ่งผู้วิจัยได้มีการนำแนวทางดำเนินการควบคุมโรคโดยใช้ธรรมนูญตำบลในเขตตำบลตม อำเภอศรีรัตนะที่มีความยุ่งยากในด้านความเชื่อของกลุ่มชาติพันธุ์ ในรูปแบบ 2C2I3SKRB จนสามารถควบคุมการระบาดของโรคไวรัสโคโรนาได้ (สุนันท์ทิพย์, 2564) ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้นำเครื่องมือธรรมนูญตำบลมาประยุกต์ใช้เพื่อก่อให้เกิดการเรียนรู้ถึงการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน รวมถึงวางแผนการพัฒนาเทคโนโลยี การใช้วัสดุอุปกรณ์ที่มีอยู่ในชุมชน นำไปสู่การพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคให้มีประสิทธิภาพเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ อีกทั้งนำการจัดการความรู้มาใช้

ในการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ โดยเฉพาะกลุ่มผู้นำชุมชน ภาครัฐหรือช่วยในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคในชุมชน ทำให้เกิดการเรียนรู้และยกระดับความรู้ได้ด้วยตนเอง จากการใช้กติกา ข้อตกลง ในพื้นที่มาพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง เพื่อการจัดการด้านการป้องกันและควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนากระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในประเด็นการควบคุมและป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้พัฒนาโปรแกรมคือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียตำบลตระกาจอำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 70 คน

2.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินโปรแกรมได้แก่ประชาชนในตำบลตระกาจ 108 คน

กรอบแนวคิด

การวิจัยใช้กระบวนการของ Kemmis and McTaggart (1988) (PAOR) จำนวน 3 วนรอบ โดยแต่ละวนรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่1 การวางแผน (Planning)วิเคราะห์ปัญหาการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา2019 ประวัติการใช้ธรรมนูญตำบลในการใช้แก้ปัญหาสุขภาพ การประชุมกลุ่ม การประเมินความรู้ วัฒนธรรมกลุ่ม ความตั้งใจ การรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ก่อนการพัฒนาและนำเอาประเด็นปัญหาข้อมูลที่ได้มาจัดทำแผนปฏิบัติการขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ(Action)การจัดเวทีระดมสมอง การประชุมฯ ในการ ก่อ ร้าง สร้าง ประกาศใช้และขับเคลื่อนธรรมนูญตำบล การประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะแก่บุคลากรในทีม สร้างแรงจูงใจการขับเคลื่อนธรรมนูญโดย

การเยี่ยมเสริมพลัง ขั้นตอนที่3การสังเกต (Observation) การนิเทศ ติดตาม สนับสนุน การให้คำแนะนำประเมินผล การปฏิบัติการ ประเมินด้านความรู้ ทักษะการรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมระดับระดับการมีส่วนร่วม การปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019โดยใช้ธรรมนูญตำบลและขั้นตอนที่4การสะท้อนผล การปฏิบัติงาน (Reflection) การสนทนากลุ่ม การติดตามเยี่ยมเสริมพลัง การร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จนได้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโรโรนา 2019โดยใช้เครื่องมือธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่และประเมินประสิทธิผลโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นในประชากรกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนา

ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย ระหว่างเดือนกันยายน 2565 – มกราคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.แบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานลักษณะข้อมูลทางประชากร เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะประชากรได้แก่เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพรายได้ ข้อมูลผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อเป็นข้อคำถาม 2 ตัวเลือกถูก ผิด ส่วนที่ 3 การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 ปัจจัยทางด้านแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019จำนวน 10ข้อ ส่วนที่ 5 แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพแบ่งออกเป็น 4 ด้านวิเคราะห์แผนชุมชน ด้านการจัดการงบประมาณ ด้านกิจกรรมสร้างสุขภาพ ด้านการประเมินผล จำนวน 15 ข้อ แบบสอบถามส่วนที่ 3 ถึงส่วนที่ 5 ข้อคำถามเป็นแบบประเมินค่า ตามแบบ Likert scale มี 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม(Focus Group) เวทีสนทนาสุขภาพ และ แบบสังเกต โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In - Depth Interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการความลึก ความสมบูรณ์และความชัดเจนของปัญหา เช่น แนวความคิด บทบาท ความต้องการในการ โดยจะทำการสัมภาษณ์เจาะลึกในประชากรทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มภาคสังคม 2) กลุ่มภาคประชาชน 3) กลุ่มภาคภาครัฐ

2.2 แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) เป็นการบันทึกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จากการสังเกต สัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการตามแผนในระยะสังเกต(Observe)เพื่อประเมินกระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในด้านการป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 โดยมี อุปกรณ์ช่วยในการบันทึกภาคสนาม ได้แก่ การถ่ายภาพ และการบันทึกเสียง

2.3 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นการสนทนาร่วมกันระหว่าง นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประชาชนชาวบ้านในตำบล เจ้าหน้าที่วิเคราะห์นโยบายและแผนองค์การบริหารส่วนตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ถึงภาวะสุขภาพและสถานการณ์สุขภาพปัจจุบันของประชาชนในตำบล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา

2.4 การสังเกต ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในระยะแรกของการศึกษา เพื่อสำรวจสภาพทั่วไปของตำบลทางด้านกายภาพ หลังจากนั้นใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ในการเก็บข้อมูลลักษณะการ ดำเนินชีวิตประจำวัน กิจกรรมในตำบลที่สอดคล้องกับธรรมนูญสุขภาพตำบล

2.5 การจัดเวทีประชาคมตามขั้นตอนการร่าง สร้าง เคลื่อนและประกาศใช้ธรรมนูญตำบลและเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการใช้ธรรมนูญตำบล การติดตาม ประเมินผลและปรับเปลี่ยนข้อกำหนดของธรรมนูญตำบลให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 โดยใช้แบบสอบถาม มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1.1.1 ขั้นตอนเตรียมการ

- 1)ผู้วิจัยขอหนังสือจากถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล
- 2)ติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอ กลุ่มเป้าหมาย และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตพื้นที่อำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอเก็บข้อมูลในพื้นที่
- 3)อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เข้าใจเครื่องมือ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย
- 4)เตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล

1.1.2 ขั้นตอนดำเนินการ

- 1) นัดหมายกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น
- 2)ให้ผู้เก็บข้อมูลทำการการเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมายโดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 108 ฉบับ
- 3)ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบบันทึกแต่ละชุด และนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ 1 การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และได้มีการกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติ และเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต ดังนี้

1.2 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรม การมีส่วนร่วมในการกำหนดกติกาของชุมชนเพื่อป้องกัน และควบคุมโรคไวรัสโคโรนา ของผู้ร่วมกระบวนการ

1.3 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นในการป้องกันโรคป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเครือข่ายในฐานะเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

1.4 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดทำธรรมนูญตำบลเลือกแบบเจาะจงในพื้นที่ โดยผู้ศึกษาจะดำเนินการขั้นตอนต่างๆได้แก่ขั้นตอนการแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึก

เพื่อทราบข้อมูลพฤติกรรมที่มีส่วนร่วมในการป้องกันโรค
ป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนาและบริบทอื่น

1.5 การสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) เป็นการสนทนาในประเด็นปัญหาเรื่องการ
ป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงกฎกติกา
ของชุมชนที่เคยดำเนินการในกิจกรรมการป้องกันโรคที่ผ่าน
มาโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีการ
เตรียมการ วางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ
โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มประมาณ 5-10 คน เพื่อให้ได้
ข้อมูลเฉพาะด้านการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วน
เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ
ไวรัสโคโรนาจากสังคมและเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัย
มอบหมายบทบาทของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้แก่
ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จัดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา
แนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนาม การส่งเสริมบรรยากาศ
ของสนทนาแก่ผู้เข้าร่วม สถานที่ ระยะเวลาและกระตุ้น
การเสนอแนะของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

1.6 การประชุมระดมสมอง (brain storming) ร่วมกับประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการ
นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติงาน การ
ปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติงาน
การมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคป้องกันและควบคุมโรคติด
เชื้อไวรัสโคโรนา เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสนทนา
กลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้
แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความ
คิดเห็นซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ข้อมูลการสร้างเครือข่าย
เพื่อสนับสนุนงานควบคุมป้องกันโรคป้องกันและควบคุม
โรคไวรัสโคโรนาโดยใช้ธรรมนูญตำบลเฉพาะพื้นที่ โดยผู้
ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม
(facilitator) เพื่อให้เกิดรูปแบบการใช้ธรรมนูญตำบลใน
การออกแบบกระบวนการป้องกันและควบคุมโรคฯ

1.7.การประชุมชม โดยการจัดเวทีในการ
แสดงความคิดเห็น การร่างธรรมนูญตำบล การลงมติใน
การยอมรับธรรมนูญตำบล การประกาศใช้ รวมถึงการ
แก้ไขธรรมนูญตำบล

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถาม เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จ
แล้ว นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือซึ่งมีขั้นตอน มี
รายละเอียดดังนี้

1) การหาความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity)ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน
3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รูปแบบของ

แบบสอบถาม (Format) ความเหมาะสมด้านภาษา
(Wording) ความสมบูรณ์ของคำชี้แจงและความเหมาะสม
ของเวลาในการตอบแบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้
สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีค่า Index
of Item – Objective Congruence หรือ IOC ตั้งแต่ 0.6
ขึ้นไปทุกข้อ

2) การหาความเที่ยง (Reliability) นำ
แบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) ที่
ตำบลจานใหญ่ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน
30 คน เป็นพื้นที่ที่มีลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติ
ใกล้เคียงกันและมีพื้นที่ติดต่อกัน หลังจากนั้นนำมาคำนวณ
เพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีหา
ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha)
ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
เท่ากับ 0.83 ด้านปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมต่อการ
ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ
0.76 ด้านการมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ
แบ่งออกเป็น 4 ด้านวิเคราะห์แผน ชุมชน ด้านการจัดการ
ทุน ด้านกิจกรรมสร้างสุขภาพ ด้านการประเมินผล เท่ากับ
0.73 และด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 โดยใช้ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ค่าความ
เที่ยงเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้จำแนกการวิเคราะห์ข้อมูลด้าน
กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย ข้อมูลด้านบริบทชุมชน
กระบวนการพัฒนา และผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังนี้

กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติ
ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive
Statistic) วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่ม
ตัวอย่าง โดยใช้สถิติ จำนวน (Frequency) ร้อยละ
(Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
(Standard Deviation; S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่า
ต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การ
วิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้
สอดคล้องและได้รายละเอียดเพิ่มเติม สนับสนุนข้อมูลเชิง
ปริมาณ

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการใช้
ธรรมนูญตำบลในการออกแบบกระบวนการป้องกันและ
ควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่ระดับ
คะแนนของความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรง

สนับสนุนทางสังคม ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 เปรียบเทียบทั้งก่อนและหลังการศึกษาใช้สถิติ Paired- t test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2022-060 ลงวันที่ 7 กันยายน 2565 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตน และประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยติรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบยินยอมก่อนเข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรี และความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านบริบท ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ห่างจาก อำเภอกันทรลักษ์ 15 กิโลเมตร ห่างจากจังหวัดศรีสะเกษ 50 กิโลเมตร มีหมู่บ้าน จำนวน 12 หมู่ 1,807 หลังคาเรือน ประชากรทั้งหมด 7,875 คน สถานะสุขภาพ 2 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่วง รับผิดชอบ 8 หมู่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม รับผิดชอบ 4 หมู่บ้าน (รับผิดชอบเขตตำบลจานใหญ่ 4 หมู่บ้าน) องค์การบริหารส่วนตำบล 1 แห่ง โรงเรียนขยายโอกาส 1 แห่ง โรงเรียนประถมศึกษา 5 แห่ง วัด 14 แห่ง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 4 แห่ง ร้านขายของชำ 66 ร้าน ลักษณะพื้นที่ เป็นพื้นที่ราบสูง มีดินสีแดงจากภูเขาไฟเป็นบางแห่ง มีแหล่งน้ำสาธารณะ 1 แห่ง (ห้วยตามาย) อาชีพส่วนใหญ่อาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป จุดเด่น เป็นพื้นที่เกษตรเชิงท่องเที่ยว ในเรื่องของผลไม้ที่ขึ้นชื่อของอำเภอกันทรลักษ์และจังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ทุเรียนภูเขาไฟ และผลไม้อื่นๆปลูกได้ผลตามฤดูเกือบทุกชนิด สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ทั่วประเทศ ทำให้เกิดปัญหา ผู้ป่วยล้นเตียง รัฐบาลมี นโยบาย ให้ผู้ป่วยที่มีอาการน้อยควรรักษาแบบแยกตัวเองที่บ้าน Home Isolation และ ในกรณี ผู้ป่วยบางคนมีข้อจำกัดที่พัก ครอบครัวใหญ่ ไม่สามารถแยกเป็นสัดส่วนได้ ก็ให้จัดให้มี ศูนย์พักคอยในชุมชน Community Isolation โดยมีทีมสหวิชาชีพและชุมชน คอยช่วยเหลือดูแลโดยตำบลตระกาจ

ประสบปัญหา มีการระบาดของโรคโควิด 19 นัก ใน 3 หมู่บ้าน ได้แก่บ้าน ตระกาพัฒนา หมู่ 12 บ้าน ตระกา หมู่ 4 และบ้านขอนแก่น หมู่ 11 ซึ่งอยู่ในความรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม เนื่องจาก มีผู้ป่วยเดินทางจากต่างจังหวัด เพื่อมารักษาตัวที่ภูมิลำเนา บาง คนเข้ามาโดยไม่แจ้งพื้นที่ ก่อนล่วงหน้า จนทำให้ มีการระบาดติดเชื้อในพื้นที่ การระบาด เกิดขึ้น 2 Cluster ในช่วง วันที่ 31 กรกฎาคม 2564 ถึง วันที่ 16 กันยายน 2564 มีผู้ป่วย ทั้งหมด 116 ราย ติดเชื้อในพื้นที่ 66 ราย ผู้ป่วยติดเชื้อนำเข้า จากนอกพื้นที่ 50 ราย และมีผู้ป่วยติดเชื้อ เสียชีวิตหนึ่ง ราย มีการตรวจคัดกรองหาเชื้อในผู้สัมผัสเสี่ยงสูง 672 ราย ซึ่งสถานการณ์ขณะนั้น ก็เกิดปัญหา โรงพยาบาลอำเภอ โรงพยาบาลสนาม เต็มเต็ม ผู้ป่วยเดินทางกลับมามากขึ้นเรื่อยๆ และ คนที่เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง ตามประกาศ ของรัฐบาล ทำให้เกิดปัญหา ไม่มีที่พักให้คนไข้ ตำบลตระกาจ จึงได้ มีมติ ร่วมกัน จัดตั้งศูนย์พักคอยตำบลตระกาจ เพื่อรองรับ ประชาชน ที่จะเดินทางกลับมารักษา และ รองรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด- 19 ในพื้นที่ ปัญหาที่เกิดจากการระบาดในชุมชน 3 หมู่บ้าน เป็นพื้นที่ชุมชนส่วย เป็น ครอบครัวที่อาศัยอยู่รวมกันหลายคน เป็นครอบครัวใหญ่ บ้านพักอาศัยมีหลังคาเรือนติดกัน แออัดหลายหลังคา สถานะเศรษฐกิจค่อนข้างยากจน มีวิถีชีวิตรูปแบบในการ ดำเนินชีวิตแบบง่าย ๆ ไม่ตระหนักถึงความสำคัญในการ ป้องกันโรค เช่น ไม่สวมหน้ากากอนามัย การเว้น ระยะห่างในชุมชน การตั้งวงรับประทานอาหาร หรือดื่มสุราและ การใช้ชีวิตประจำวัน ที่ขาดความระมัดระวังไม่ตระหนักต่อ ครอบครัวและสังคม

2. การพัฒนารูปแบบกระบวนการขับเคลื่อน ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในประเด็นการป้องกันและ ควบคุมโรคไวรัส โคโรนา 2019 ในพื้นที่ โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดมตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษดังนี้

2.1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้พัฒนารูปแบบเป็นเพศ ชายร้อยละ 43.1 เพศหญิงร้อยละ 56.8 ส่วนใหญ่สถานภาพคู่ ร้อยละ 93.1 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับ มัธยมศึกษา ร้อยละ 63.4 อาชีพส่วนใหญ่ ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 61.3 ท่านเคยได้รับทราบข้อมูลร้อยละ 63 และส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคไวรัสโคโรนา 2019 ร้อย ละ 90

2.1.2. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้
ในการประเมินรูปแบบ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินรูปแบบ
เป็นเพศชายร้อยละ 22 เพศหญิง ร้อยละ 78 อายุเฉลี่ย 48.34
ปี (SD=0.89) สถานภาพส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่ ร้อยละ
73.3 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษา
ตอนต้นร้อยละ 33 รองลงมาได้แก่ระดับมัธยมศึกษาตอน
ปลาย ร้อยละ 29.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนละ 8643.13 บาท
(SD=675.45) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ
78.8 ในช่วง สถานะทางสังคมเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข
อาสาสมัครขององค์การบริหารส่วนตำบลตระกาจ(อพ.ป.ร.) ร้อย
ละ 81.7 ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการป้องกัน
และควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ระยะเวลา 2 ปี คิดเป็น
ร้อยละ 54.1

2.2. ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการป้องกัน
และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา โดยใช้เครื่องมือ
ธรรมนูญตำบลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านศรีอุดม
ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ
ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนดังต่อไปนี้ ขั้นตอนที่ 1 การ
จัดเตรียมทีมและข้อมูลในการจัดทำร่างธรรมนูญตำบลตระ
กาจ เตรียมแผนการลงพื้นที่ เตรียมข้อมูล ชักชวน
กระบวนการร่างธรรมนูญตำบล การเตรียมกลุ่มเป้าหมาย
เข้าร่วมกระบวนการ จัดเตรียมสถานที่ในการจัดทำ
ธรรมนูญตำบล ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการสร้างการรับรู้ใน
การจัดทำธรรมนูญตำบลโดยการเปิดเวทีประชาคม “เปิด
ใจพูด เปิดใจฟัง” ขั้นตอนที่ 3 ขั้นยกร่างธรรมนูญตำบล
โดยตัวแทนกลุ่มจัดทำเอกสารยกร่างให้ชุมชนอ่าน/ทำ
ความเข้าใจ/ปรับเปลี่ยนข้อความหลังจากนั้นจึงจัดเวที
ประชาคมเพื่อกำหนดกรอบ “ตะล่อมสู่เป้าหมายร่วม”
ขั้นตอนที่ 4 รับฟังความคิดเห็นในการร่างธรรมนูญตำบล
โดยการจัดเวทีประชาคมกลุ่มเป้าหมายในระดับหมู่บ้าน
ตำบลจำนวน 1 ครั้งเพื่อให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม/กำหนด
ประเด็นเพิ่มในส่วนขาดรวมถึงการปรับปรุงประเด็นเดิมที่
ตกหล่นไป “ตั้งเป้าหมายใหญ่ที่ทรงคุณค่าร่วมกันของคน
ในชุมชน” ขั้นตอนที่ 5 ประกาศ ใช้โดยใช้เวทีการประชุม
ระดับตำบลและมีการทำพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงโดย
ชุมชน ขั้นตอนที่ 6 การแปลงธรรมนูญตำบลไปสู่การปฏิบัติ
โดยให้ทุกหมู่บ้านได้ดำเนินกิจกรรมตามธรรมนูญที่เขียนไว้
และมีบทบาทใช้โดยชุมชนในระยะเวลา 3 เดือน ขั้นตอน
ที่ 7 ประเมินทบทวนการใช้ธรรมนูญตำบลโดยการจัดเวที
ประชาคมกลุ่มผู้ใช้ธรรมนูญอีกครั้งเพื่อทบทวนประเด็น
ธรรมนูญสุขภาพระดับตำบลที่ดำเนินการได้จริงหรือ

จำเป็นต้องปรับปรุง/ตัดทิ้ง เพื่อให้ได้ธรรมนูญที่สอดคล้องและ
ตรงตามบริบทของชุมชนโดยใช้ระยะเวลา 2 เดือน

2.3. รูปแบบรูปแบบกระบวนการขับเคลื่อน
ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในประเด็นการป้องกันและ
ควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านศรีอุดมตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์
จังหวัดศรีสะเกษ จากการสัมภาษณ์ ประชาชน ผู้นำชุมชน
และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่ม ประชาคม
ระดมสมอง การจัดทำข้อตกลงร่วมและการประชุมพัฒนา
ศักยภาพของทีม ผ่านกระบวนการการพัฒนาแบบ
จำนวน 4 ขั้นตอน จำนวน 3 รอบ จนได้รูปแบบการ
พัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ผ่าน
กลไกการใช้เครื่องมือธรรมนูญตำบลได้รูปแบบการพัฒนา
คือ SIUDOM Model ประกอบด้วย

1) Structure & Policy: มีคณะกรรมการ
ดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้ง
คณะกรรมการจัดทำธรรมนูญระดับหมู่บ้าน, ตำบล, ระดับ
อำเภอ, ระดับจังหวัด อย่างชัดเจน

2) Integration & Coordination: บูรณาการและการ
ประสานงานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชน ภา
คี เครือข่ายในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค การ
เสริมพลังและสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและคน
ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพ
และความรุนแรงของปัญหาในชุมชน และมีส่วนร่วมในการแก้ไข
ปัญหาร่วมกัน เพื่อให้ชุมชนตระหนักและทราบความรุนแรง
ของปัญหา และนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันในการ
ป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีประสิทธิภาพ

3) Unity: การเป็นหนึ่งเดียว หรือความสามัคคี
ร่วมแรงร่วมใจกัน มีใจมุ่งสู่เป้าหมายอันเดียวกัน ภา
คี เครือข่ายในการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรค การ
เสริมพลังและสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและคน
ในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพ
และความรุนแรงของปัญหาในชุมชน และมีส่วนร่วมในการแก้ไข
ปัญหาร่วมกัน เพื่อให้ชุมชนตระหนักและทราบความรุนแรง
ของปัญหา และนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันในการ
ป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา

4) Distribute: กำหนดผู้รับผิดชอบหลักและ
สร้างความเป็นเจ้าของในการขับเคลื่อนแต่ละประเด็นให้
สำเร็จ และถือว่าความสำเร็จเป็นของทุกคน

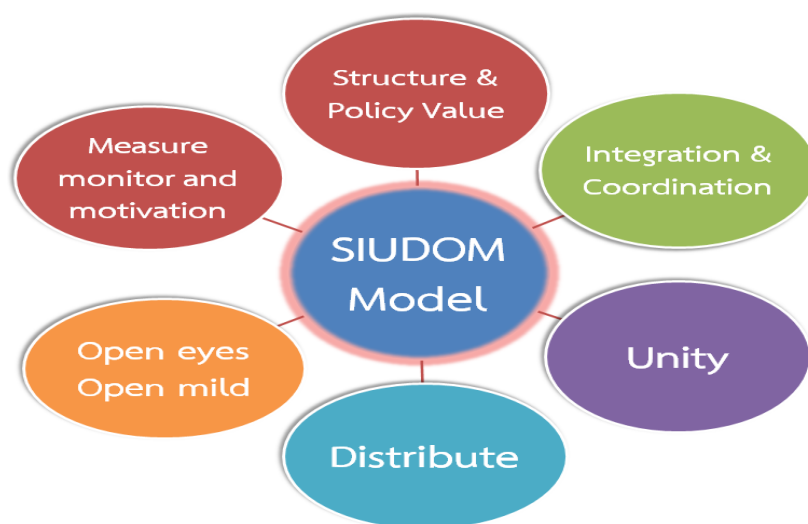
5) Open eyes – Open mind : คนในชุมชนเปิด
การรับรู้และเปิดใจร่วมพัฒนา ให้ทุกคนมีการรับรู้และ
ประสานพลังความรู้ความสามารถร่วมกัน ช่วยกันแสดง

ความคิดเห็นไม่ปิดกันซึ่งกันและกันมีความเสมอภาคและเคารพในความคิดของทุกคนเพื่อให้เกิดกติกาสังคมที่ปฏิบัติได้ร่วมกัน

6) Measure monitor and motivation : กำหนดแนวปฏิบัติในการการประเมินผลที่สอดคล้องกับบริบท นำมาใช้ในชุมชนและกำหนดห้วงระยะเวลาการจัดประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและรู้จักนำผลการ

ประเมินมาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ การประเมินผลจะทำให้เรารู้ว่าสิ่งที่เรากำลังทำอยู่นั้นประสบความสำเร็จหรือไม่ มากน้อยเพียงไร มีสิ่งไหนที่เป็นจุดบกพร่อง มีสิ่งไหนที่ควรปรับปรุงหรือมีสิ่งไหนยอดเยี่ยมอยู่แล้ว มีสิ่งไหนที่ควรที่จะเพิ่มเติมเข้าไปอีก ตลอดจนศักยภาพของบุคลากรที่ทำนั้นเป็นอย่างไร เป็นต้น เมื่อนำการประเมินผลในส่วนต่างๆ มาใช้ให้เกิดประโยชน์ก็จะเกิดการพัฒนายิ่งๆ ขึ้นไป

ภาพที่ 1 รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019โดยใช้ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ คือ SIUDOM Model ประกอบด้วย



2.4.การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในประชากรกลุ่มเล็กโดยเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมและระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา2019 ของประชาชนหลังใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนาโดยใช้เครื่องมือธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนน

ความรู้เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง 3.54คะแนน (95%CI=3.28-3.81)ผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น 5.73คะแนน (95%CI=4.91-6.55) การสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 5.70คะแนน (95%CI=4.86-6.55) ระดับการมีส่วนร่วมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019เพิ่มขึ้น 6.92คะแนน (95%CI= 4.86-6.55) ตามลำดับ รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่1 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมและระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา2019 ของประชาชนหลังใช้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนาโดยใช้เครื่องมือธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดมตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ (n=108)

ผลการใช้ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ในการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ของประชาชนในพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ	ก่อน ประชาชน $\bar{X}$ (S.D.)	หลัง ประชาชน $\bar{X}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้	6.13(0.99)	9.67 (0.96)	3.54	3.28-3.81	26.384	<0.000**
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	41.10 (1.93)	46.83 (4.02)	5.73	4.91-6.55	13.891	<0.000**
การสนับสนุนทางสังคม	40.86 (5.08)	46.56 (4.01)	5.70	4.86-6.55	13.384	<0.000**
ระดับการมีส่วนร่วม	38.38 (4.32)	45.30 (3.99)	6.92	6.52-7.3	34.963	<0.000*

P-value = 0.05

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทพบว่าตำบลตระกาจเป็นพื้นที่ที่เกิดการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 อย่างรุนแรงเนื่องจากเป็นพื้นที่เปิดเนื่องจากตั้งอยู่ในเส้นทางจราจรสายหลักที่ประชาชนเดินทางสัญจรผ่านจำนวนมาก รวมถึงช่วงเดือนเมษายน ที่ผ่านมารัฐบาลมีนโยบายให้ประชาชนเดินทางกลับพื้นที่เนื่องจากโรงงานปิด ประชาชนในพื้นที่มีความหวาดกลัว ทำให้ไม่สามารถรวมกลุ่มขึ้นมามีจัดการกับปัญหาของชุมชนได้ ส่วนการดำเนินงานของบุคลากรสาธารณสุขมีความยากลำบากเนื่องจากบุคลากรน้อย ขาดความร่วมมือจากชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรค ดังนั้นทีมควบคุมโรคระดับตำบล จึงได้นำเอาธรรมนูญตำบลมาดำเนินการในการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการใช้ธรรมนูญตำบลประกอบด้วย 7 ขั้นตอนดังต่อไปนี้ ขั้นตอนที่ 1 การจัดเตรียมทีมและข้อมูลในการจัดทำร่างธรรมนูญตำบลตระกาจ เตรียมแผนการลงพื้นที่ เตรียมข้อมูล ชักซ้อมกระบวนการร่างธรรมนูญตำบล การเตรียมกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกระบวนการ จัดเตรียมสถานที่ในการจัดทำธรรมนูญตำบล ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการสร้างการรับรู้ในการจัดทำธรรมนูญตำบลโดยการเปิดเวทีประชาคม “เปิด

ใจพูด เปิดใจฟัง” ขั้นตอนที่ 3 ขึ้นยกร่างธรรมนูญตำบลโดยตัวแทนกลุ่มจัดทำเอกสารร่างให้ชุมชนอ่าน/ทำความเข้าใจ/ปรับเปลี่ยนข้อความหลังจากนั้นจึงจัดเวทีประชาคมเพื่อกำหนดกรอบ “ตะล่อมสู่เป้าหมายร่วม” ขั้นตอนที่ 4 รับฟังความคิดเห็นในการร่างธรรมนูญตำบลโดยการจัดเวทีประชาคมกลุ่มเป้าหมายในระดับหมู่บ้านตำบลจำนวน1ครั้งเพื่อให้ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม/กำหนดประเด็นเพิ่มในส่วนขาด /ปรับปรุงประเด็นเดิมที่ตกหล่นไป “ตั้งเป้าหมายใหญ่ที่ทรงคุณค่าร่วมกันของคนในชุมชน” ขั้นตอนที่ 5 ประกาศ ใช้โดยใช้เวทีการประชุมระดับตำบลและมีการทำพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงโดยชุมชน ขั้นตอนที่ 6 การแปลงธรรมนูญตำบลไปสู่การปฏิบัติโดยให้ทุกหมู่บ้านได้ดำเนินกิจกรรมตามธรรมนูญที่เขียนไว้และมี บทบังคับใช้โดยชุมชนในระยะเวลา3เดือน ขั้นตอนที่ 7 ประเมินทบทวนการใช้ธรรมนูญตำบลโดยการจัดเวทีประชาคมกลุ่มผู้ใช้ธรรมนูญอีกครั้งเพื่อทบทวนประเด็นธรรมนูญสุขภาพระดับตำบลที่ดำเนินการได้จริงหรือจำเป็นต้องปรับปรุง/ตัดทิ้ง เพื่อให้ได้ธรรมนูญที่สอดคล้องและตรงตามบริบทของชุมชนโดยใช้ระยะเวลา 2 เดือน จนได้รูปแบบการจัดทำธรรมนูญเฉพาะพื้นที่ในประเด็นการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 คือSIUDOM Model ประกอบด้วย1)Structure &Policy มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน 2) Integration & Coordinationบูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในชุมชน 3)Unity:การเป็นหนึ่งเดียว หรือความสามัคคีร่วมแรงร่วมใจกัน มีใจมุ่งสู่

เป้าหมายอันเดียวกัน4) Distribute กำหนดผู้รับผิดชอบหลักและสร้างความเป็นเจ้าของในการขับเคลื่อน แต่ละประเด็นให้สำเร็จและถือว่าความสำเร็จเป็นของทุกคน 5) Open eyes –Open mind คนในชุมชนเปิดการรับรู้และเปิดใจร่วมพัฒนาเพื่อให้เกิดข้อตกลงร่วมของชุมชน 6) Measure monitor and motivation การกำหนดแนวปฏิบัติในการประเมินผลที่สอดคล้องกับบริบท นำมาใช้ในชุมชนและกำหนดช่วงระยะเวลาการจัดประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและรู้จักนำผลการประเมินมาปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ ซึ่งการประเมินผลการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นพบว่าระดับคะแนนของความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การสนับสนุนทางสังคมและระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา2019 ของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านศรีอุดม ตำบลตระกาจ สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดระเบียบข้อมูลโดยใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบลในการคัดแยกขยะมูลฝอยเขตเทศบาลตำบลวิเศษ อำเภอเมืองบึงกาฬ โดยใช้ VISIT modelซึ่งองค์ประกอบ คือ 1) การสมัครใจเข้าร่วม 2) การตรวจสอบได้ มีความโปร่งใส 3) การประสานงานระหว่างภาคี 4) การสร้างรายได้ และ 5) มีทีมให้ความรู้เทคโนโลยีคัดแยกขยะ ส่งผลให้ประชาชนในชุมชนทั้งเมืองสามารถ คัดแยกขยะได้ถูกต้อง (ประกันชัย ไกรรัตน์,2560) หรือการใช้ธรรมนูญตำบลในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของกระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายในชุมชนตำบลโคกกว้าง อำเภอบึงคล้า จังหวัดบึงกาฬ ส่งผลให้ประชาชนมีกิจกรรมทางกายที่หลากหลาย ประชาชนมีความรู้ในการดูแลตนเอง มีความเข้าใจกันแบบองค์รวม ทำให้ขยายผลการดำเนินงานธรรมนูญตำบลไปใช้ในประเด็นสุขภาพด้านอื่นๆได้ (อรรถพล ศรีประภา,2558) หรือการนำธรรมนูญตำบลมาใช้ในการดูแลสุขภาพของประชาชนสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการของวงเดือน พระนคร (2564)ซึ่งกระบวนการสร้างและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพื้นที่อำเภอบึงคล้า ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ขั้นตอนที่ 1) ศึกษาสถานการณ์ ขั้นตอนที่2) จัดทำธรรมนูญสุขภาพ 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย (1)สร้างความเข้าใจผู้บริหาร และผู้นำชุมชน (2)จัดตั้งคณะทำงานธรรมนูญสุขภาพระดับตำบล (3)ทบทวนข้อมูลและสถานการณ์ปัญหาพื้นที่ (4)ออกแบบเครื่องมือเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล (5)ยกร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล (6)จัดเวทีประชาคมหมู่บ้านพิจารณาร่างธรรมนูญสุขภาพตำบล

เชื่อมโยงกับการจัดทำแผนพัฒนาตำบล (7) ปรับปรุงร่างและจัดเวทีพิจารณาธรรมนูญสุขภาพตำบล และ8) ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพตำบล ขั้นตอนที่ 3) การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพ หลังประกาศใช้ 2ขั้นตอน (1) ยกร่างธรรมนูญสุขภาพ อำเภอ และประชาพิจารณ์ (2) ขึ้นดำเนินการและขั้นตอนที่ 4) ประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพ อำเภอในการขับเคลื่อน โดยมีร่างประกาศประกอบด้วย 10 หมวด 83 ข้อ ซึ่งผลการดำเนินงานพบว่าได้ธรรมนูญสุขภาพระดับอำเภอเชื่อมโยงกับธรรมนูญสุขภาพระดับตำบลได้แนวทางการวางแผนการจัดการของกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น 3 แห่งในประเด็นการจัดการขยะจนเกิดนวัตกรรมหมู่บ้านต้นแบบการจัดการขยะที่สามารถนำมาใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ(วงเดือนพระนคร,2564) และสอดคล้องกับ ธวัชชัย เคหะบาล ที่ดำเนินการจัดทำธรรมนูญในการดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่ จนเกิดกระบวนการสร้างธรรมนูญจำนวน 9 ขั้นตอน ส่งผลให้เกิดผลดีต่อชุมชนและนำไปสู่การกำหนดกรอบเพื่อทำแผนพัฒนาชุมชนของเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์ ให้สุขภาพดีต่อไป (ธวัชชัย เคหะบาล,2565)ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019โดยใช้กลไกธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีอุดม ตำบลตระกาจ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษที่พัฒนาขึ้นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในพื้นที่ได้จริง เนื่องจากเป็นการตั้งข้อตกลงร่วมกันของชุมชน มีการใช้และปรับเปลี่ยนให้เข้ากับบริบทในพื้นที่ โดยเฉพาะการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย ปฏิบัติได้จริง รวมถึงการตั้งปรับในกรณีที่คนในชุมชนไม่ปฏิบัติ จับต้องได้ กินได้ แก้ปัญหาได้ อยู่เย็นเป็นสุขได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) การดำเนินการวิจัยเปรียบเทียบการใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเปรียบเทียบกับนวัตกรรมอื่น
- 2) ขยายพื้นที่ในการใช้ธรรมนูญในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกหรือโรคติดต่อที่ระบาดขึ้นในชุมชนได้ รวมถึง
- ประเด็นแก้ปัญหาสุขภาพเช่น การสร้างเสริมการออกกำลังกายในชุมชน การลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนตำบลตระกาจ
- 3) จัดให้มีการประเมินการใช้ธรรมนูญตำบลในระยะเวลา 6 เดือนและประเมินซ้ำทุก 1 ปีเพื่อประเมินความยั่งยืนของการใช้นวัตกรรม

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2564).คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2565).คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย.
- กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard
<https://ddc.moph.go.th/index.php>. มกราคม, 2565
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2557).คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ปี2564,
<https://ricd.go.th/webth2/wp-content/uploads/2021/06/Health-Service-System-Standards-Year-64.pdf>.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2564).คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ปี2564,
<https://ricd.go.th/webth2/wp-content/uploads/2021/06/Health-Service-System-Standards-Year-64.pdf>.
- นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล, นงศศิราญ วิเศษกุล, ขวัญพนมพร ธรรมไทย, คำพอง คำนนท์, ศรีสกุล สังกำแพง, รุชีลา โตทะกิล.
- (2563).ปัจจัยทำนายการปฏิบัติของประชาชนไทยต่อผู้ที่เคยติดเชื้อหรือผู้ถูกกักกันและผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 (ระยะที่ 1). สำนักวิจัยแห่งชาติ https://www.khonchai4-0.net/?wpfb_dl=142.
- ธวัชชัย เคหะบาลและนิตยา เคหะบาล.(2565).การพัฒนาและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพชุมชนแบบมีส่วนร่วม กรณีศึกษาเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. Journal of Roi Kaensarn Academiปีที่ 7 ฉบับที่ 3 (2022): มีนาคม 2565.
- วงเดือน พระนคร(2564).การสร้างธรรมนูญสุขภาพสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการ.วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 (2021): กรกฎาคม-ธันวาคม 2564.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. ข้อมูลสำคัญของจังหวัดศรีสะเกษเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 (Covid 19).การสำรวจพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(Covid19).
<http://www.sisaket.go.th/covid19>, 2565.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.(2564).ข้อมูลสำคัญของจังหวัดศรีสะเกษเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid 19).การสำรวจพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(Covid 19).
<http://www.sisaket.go.th/covid19>, 2565.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์.(2565).ข้อมูลระบาดวิทยาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565. <https://www.facebook.com/profile.php?id=100070971150583>.
- สำนักสนับสนุนสภาพองค์กรชุมชน สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน.(2559).ชุดความรู้การจัดการธรรมนูญตำบลสู่การจัดการตนเอง.สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.(2565).แนวทางการพัฒนานโยบายสาธารณะแบบมีส่วนร่วมธรรมนูญสุขภาพ พื้นที่. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.พิมพ์พัฒนาจำกัด.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.(2556).ก่อ – ร้าง – สร้าง – เคลื่อน : บทเรียนธรรมนูญสุขภาพ 6 พื้นที่. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2564).คู่มือมาตรฐานระบบบริการสุขภาพ ปี2564,
<https://ricd.go.th/webth2/wp-content/uploads/2021/06/Health-Service-System-Standards-Year-64.pdf>.
- สุนทรทิพย์ บัวแดง.(2565).การป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้ธรรมนูญตำบล ตำบลตูม อำเภอสรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ.ผลงานวิชาการดีเด่นกระทรวงสาธารณสุข ปี2565 กระทรวงสาธารณสุข.กันยายน 2565.
- อรรถจักร์ สัตยานุรักษ์.(2563). ผลการสำรวจ"คนจนเมืองในภาวะวิกฤติโควิด-19"และข้อเสนอแนะต่อรัฐบาล. สกสว.

อรรถพล ศรีประภา.(2558).กระบวนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพเฉพาะพื้นที่ ในประเด็นการส่งเสริมสุขภาพด้วยการ
ออกกำลังกายในชุมชนตำบลโคกกะวัง อำเภอปทุมราช อำเภอบึงกาฬ.ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต.
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

<https://bkpho.moph.go.th/ssjweb/bkresearch/require/files/post-doc/20170109113507.pdf>

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.1988.

Kemmis, & McTaggart, R.The Action research planner, 3 rd ed. Geelong: Deakin University, Australia

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.

การพยาบาลมารดาตกเลือดหลังคลอดจากภาวะรกค้าง : กรณีศึกษา

โรงพยาบาลห้วยทับทัน อำเภอห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ

Maternal Nursing Postpartum Hemorrhage from

Retained Placenta Huai Thap Than Hospital,

Huai Thab Than District, Sisaket Province

ศีลธรรม เทียงแท้ *

Siltham Theangtae*

บทคัดย่อ

ภาวะตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนของการคลอดและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมารดา ดังนั้น การให้การพยาบาลมารดาในระยะคลอด ระยะคลอด ระยะหลังคลอดและการเตรียมจำหน่าย ที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพจะช่วยให้มารดาปลอดภัยและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ผู้วิจัยได้ศึกษาผู้คลอดที่รับบริการคลอดใน โรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษช่วงเดือนสิงหาคม 2565 ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะรกค้าง จำนวน 1 ราย โดยการศึกษาข้อมูลจากเวชระเบียนผู้คลอด การสัมภาษณ์ การสังเกต ผู้คลอดและญาติ การให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะคลอด ระยะคลอด หลังคลอด ถึงจำหน่ายกลับบ้าน วิเคราะห์การพยาบาลผู้คลอดด้วยกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินปัญหาทางการพยาบาลด้วย แบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนและการจัดการรายกรณีตามแนวทางของ CMSA(2016) ได้แก่การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การให้การพยาบาล และการประเมินผลลัพธ์ ผลการศึกษา พบว่า แนวทางการพยาบาลการจัดการรายกรณี มารดาตกเลือดหลังคลอดที่มีภาวะรกค้าง พยาบาลต้องสามารถจัดทำระบบในการจัดการดูแลรักษาภาวะวิกฤติในมารดาและทารกได้ทันทั่วทั้งที่ และมีประสิทธิภาพ รวมถึงระบบการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพและญาติเพื่อให้การดูแลมารดาได้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการพัฒนาทักษะการประเมินและการดูแลรักษาพยาบาลหญิงคลอดจากภาวะรกค้าง ให้แก่พยาบาลห้องคลอดและสหสาขาวิชาชีพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการเสียชีวิตของหญิงคลอดในโรงพยาบาลห้วยทับทันต่อไป

คำสำคัญ: ภาวะตกเลือดหลังคลอด ,รกค้าง , การพยาบาล

Abstract

Postpartum hemorrhage is a complication of labor and a major cause of maternal mortality. Therefore, standard and effective nursing care of pregnant women in the stage of antenatal care, labor, postpartum, and discharge preparation will help mother safe and live a normal life. The researcher studied maternity delivery services in Huay Thap Than Hospital,Sisaket Province during August 2022, there was 1 case of postpartum hemorrhage from retained placenta. By studying the data from the maternity medical record, interviews ,observations from mothers and relatives. Providing nursing care from antenatal care, labor, postpartum and discharge from the hospital, An analysis of maternity nursing with nursing procedures, including nursing problem assessment using Functional health pattern of Majorly Gordon and case management according to the CMSA (2016) guidelines. Including the determination of nursing diagnoses; providing nursing care and evaluation. The results found that the nursing guidelines for case management postpartum hemorrhage mothers with retained placenta. Nurses must be able to establish a system for the timely management of critical care for mothers and infants. And efficient Including a system for coordinating with multidisciplinary and relatives to provide comprehensive care for mothers both physically and mentally. Therefore, it is necessary to develop the skills of assessment and nursing care for women with retained placenta. for obstetrics nurse and multidisciplinary To reduce the complications and mortality rate of women in labor in Huai Thap Than Hospital.

Keywords : Postpartum hemorrhage, Retained placenta, Nursing care

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลห้วยทับทัน

บทนำ

การตกเลือดหลังคลอดเป็นภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรมที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุการตายของมารดาทั่วโลกมากที่สุดถึงร้อยละ 27.1 (WHO, 2014) โดยสาเหตุหลักของการตกเลือดที่พบมากที่สุดคือ การหดตัวของมดลูกไม่ดี รองลงมาคือ มีการฉีกขาดของช่องทางคลอดและมีเศษรก เยื่อหุ้มรก หรือรกค้าง ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลาย ประการที่ส่งเสริมให้เกิดการตกเลือดหลังคลอด พยาบาลที่ดูแลมารดาในระยะหลังคลอดต้องมีความรู้ความสามารถในการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด มีทักษะทางการพยาบาลในการดูแลมารดาหลังคลอดเพื่อป้องกัน ไม่ให้เกิดภาวะตกเลือดในระยะหลังคลอด ซึ่งในปัจจุบันนี้ยังคงพบว่ามีมารดาหลังคลอดในระยะ 24 ชั่วโมงแรกเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรง เช่น ภาวะช็อก (WHO, 2012) ส่วนประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบอัตราการตายของมารดา 140 ต่อการเกิดมีชีวิตสมบูรณ์ (WHO, 2014) ประเทศไทยพบอัตราการตายของมารดาทั่วประเทศ พ.ศ. 2558 – 2562 เท่ากับ 24.6, 26.6, 21.8, 19.9 และ 19.8 ต่อการเกิดมีชีวิตสมบูรณ์ ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) โดยสาเหตุการตายของมารดาปีงบประมาณ 2562 พบว่ามารดาเสียชีวิตจากสาเหตุทางตรง ร้อยละ 58 สาเหตุทางอ้อม ร้อยละ 34 และไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ ร้อยละ 9 ซึ่งสาเหตุทางตรง (Direct Cause) ที่พบมากที่สุด คือ การตกเลือดหลังคลอด รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง (กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

โรงพยาบาลห้วยทับทัน เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ตั้งอยู่ในจังหวัดศรีสะเกษ ห่างจากโรงพยาบาลจังหวัด 40 กิโลเมตร ไม่มีสูติแพทย์ มีจำนวนผู้คลอด ในปี พ.ศ. 2561-2565 จำนวน 78,78,58, 46 และ 19 ราย ตามลำดับ ห้องคลอดมีแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการตกเลือดหลังคลอด แต่ยังมีอุบัติการณ์การเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง พบว่าอัตราการตกเลือดหลังคลอด ในปี พ.ศ. 2561-2665 พบร้อยละ 3.85, 1.49, 1.72, 0 และ 10.53 ตามลำดับ (ข้อมูลทะเบียนคลอดโรงพยาบาลห้วยทับทัน, ปี พ.ศ. 2565) โดยเมื่อวิเคราะห์สาเหตุพบว่าสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากมดลูกหดตัวไม่ดีคิดเป็นร้อยละ 57.14 และรกค้างคิดเป็นร้อยละ 28.57 ด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Practices trigger) เตรียมความพร้อมของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการป้องกัน การตกเลือดหลังคลอดในระยะแรกโดยการทำให้ Active

Management of Third of Labor ด้านองค์ความรู้ (knowledge trigger) พบว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ ในขั้นตอนการประเมิน วางแผน การปฏิบัติ การประสานงาน การติดตาม และประเมินผลลัพธ์ตัวเลือกบริการที่มีความจำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล โดยมีลักษณะ เพื่อ การสนับสนุน การสื่อสาร (communication) และช่องทางการจัดการ (resource management) และเพิ่มคุณภาพของการบริการ ซึ่งการจัดการรายกรณีเป็นลักษณะการจัดระบบบริการการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญซึ่งจะสามารถนำมาพัฒนาการดูแลทั้งในบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วย มารดาหลังคลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจากภาวะรกค้าง เพิ่มความพึงพอใจบริการพยาบาลที่สูงขึ้นและการดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Commission for Case Manager Certification, 2005) ตลอดจนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้ศึกษามีความเชื่อว่าการพยาบาลโดยใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีจะเป็นรูปแบบการพยาบาลที่สามารถพัฒนาแนวทางการพยาบาลแก่บุคลากรทางการแพทย์ ในการดูแลมารดาหลังคลอดที่มีภาวะรกค้างและการตกเลือดได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาและวิเคราะห์การพยาบาลผู้คลอดโดยใช้กระบวนการจัดการรายกรณี ที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดในโรงพยาบาลห้วยทับทันจังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลห้องคลอดโรงพยาบาลห้วยทับทัน

การศึกษครั้งนี้ใช้รูปแบบการดูแลตามกระบวนการพยาบาลร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณีของสมาคมผู้จัดการรายกรณีแห่งประเทศไทย (CMSA, 2016) ซึ่งเป็นรูปแบบการปฏิบัติงานที่เน้นความร่วมมือกันระหว่างคนไข้ พยาบาล แพทย์ นักวิชาชีพอื่นๆ เป็นกระบวนการที่ครอบคลุมการติดต่อสื่อสารและการอำนวยความสะดวกในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผ่านการประสานทรัพยากรที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพและผู้ป่วยมีสิทธิในการตัดสินใจในบริการด้วยตนเอง เพื่อการบรรลุภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ โดยมีการคัดเลือกกรณีศึกษาผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดจำนวน 1 ราย ที่เข้ารับบริการคลอดในโรงพยาบาลห้วยทับทัน จังหวัดศรีสะเกษ ในช่วงเดือนสิงหาคม 2565 รวบรวมข้อมูลผู้ป่วยจากแบบบันทึก

ข้อมูล จากเวชระเบียนการสัมภาษณ์ผู้คลอดและญาติและการสังเกตอาการและการแสดง นำข้อมูลมาวิเคราะห์เปรียบเทียบในประเด็นข้อมูลที่ได้จากการประเมิน ด้วยแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพอาการและการแสดง และการรักษา พยาธิสภาพ การรักษาและการพยาบาลที่สำคัญ

ภาวะตกเลือดหลังคลอด (postpartum hemorrhage: PPH) หมายถึงการเสียเลือดทันทีมากกว่า 500 มิลลิลิตร หลังการคลอดทางช่องคลอด หรือมากกว่า 1000 มิลลิลิตร หลังการผ่าตัดคลอด หรือระดับhematocrit ลดลงมากกว่า 10% ของระดับ hematocrit ก่อนคลอด (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข,2558)

สาเหตุของการตกเลือด และแนวทางการประเมินการตกเลือดหลังคลอดใช้หลัก 4T เพื่อหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอด (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2562-2564 , สุภานัน ชัยราช,2560)

1. Tone การหดตัวของมดลูก (Uterine atony) โดย **การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด** โดยใช้กระบวนการ TIME (ตริภพ เลิศบรรณพงษ์,2561)

1. การดูแลรักษาด้วยทีมที่มีประสิทธิภาพ (Team) สมาชิกในทีมต้องมีสมรรถนะ ทั้งทางด้าน Non-technical skills และทักษะการสื่อสารในทีมที่ดี

2. การเตรียมช่วยชีวิตขั้นต้น (Initial resuscitation and investigation) ซึ่งจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างรวดเร็ว ได้แก่ การนวดมดลูกให้ออกซิเจน ให้สารน้ำชนิด crystalloid อย่างรวดเร็วด้วยเข็ม ขนาดใหญ่ อย่างน้อย 2 เส้น และแนะนำให้เจาะเลือดเพื่อจ้องเลือดและส่งตรวจ PPH blood test แนะนำให้ใส่สายสวนปัสสาวะเพื่อประเมินพลังไหลเวียนเลือด

3. การให้ยาเพื่อรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอด เฝือกปล้น (Medication treatment) ยาที่มีใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ Oxytocin , Methylergonovine , Tranexamic acid , Misoprostol , Sulprostone

4. การหยุดเลือด (End of bleeding) หากการใช้ยาเพื่อกระตุ้นการหดตัวของมดลูกไม่ได้ผล จำเป็นต้องหยุดเลือด ด้วยกระบวนการผ่าตัด ได้แก่ การใช้บอลูน การผ่าตัดด้วยวิธี B-Lynch การผ่าตัดผูกหลอดเลือดของมดลูก และการตัดมดลูก

7. ถ้ามีเลือดออก เนื่องจากมีเศษรกค้างอยู่ในโพรงมดลูก ต้องรายงานแพทย์เตรียมอุปกรณ์ในการขูดมดลูก

8. ถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอด เนื่องจากมีการฉีกขาดของช่องทางคลอดร่วมด้วย เย็บแผลที่ฉีกขาดเพื่อให้อุบัติหยุด

หลังจากนั้นผู้ศึกษานำข้อมูลมาวางแผนและให้การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดโดยใช้แบบบันทึกทางการพยาบาล การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล

อาจเกิดจากภาวะรกเกาะต่ำ มดลูกขนาดใหญ่ เช่นทารกตัวโต ครรภ์แฝดน้ำ เคยตกเลือดหลังคลอดมาก่อน

2. Tissue การตรวจรก (Placental tissue) เช่น รกหรือเศษรกค้าง รกติดแน่น (Placenta accreta)

3. Trauma การบาดเจ็บของช่องทางคลอด (Genital tract trauma) ปัจจัยเสี่ยง เช่น ผ่าท้องคลอด การตัดแผลฝีเย็บ คลอดทารกน้ำหนักมากกว่า 4 กิโลกรัม

4. Thrombosis การแข็งตัวของเลือดผิดปกติ (Abnormal thrombin clotting time) โดยพบได้ในมารดาที่มีภาวะ preeclampsia รกลอกตัวก่อนกำหนด มีประวัติหรือโรคประจำตัวเกี่ยวกับ bleeding disorder

การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด (สุภานัน ชัยราช,2560)

1. ประเมินสัญญาณชีพ ประเมินการหดตัวของมดลูก และประเมินอาการแสดงของภาวะช็อก ได้แก่ ชีพจรเบาเร็ว ความดันโลหิตลดลง เหงื่อออก ตัวเย็น หน้ามืด ใจสั่น ซีด กระสับกระส่าย มีเลือดออกทางช่องคลอดปริมาณมาก ระบายงานแพทย์ พร้อมหาทีมการพยาบาลช่วยเหลือเพิ่มโดยด่วน และจัดให้ทีมคลั่งมดลูกตลอดเวลา

2. ให้ออกซิเจนทางหน้ากาก 10 L/min เพื่อป้องกันการขาดออกซิเจน

3. ดูแลให้สารน้ำ ด้วยเข็มขนาดใหญ่ อย่างน้อย 2 เส้น ให้ยากระตุ้นการหดตัวของมดลูกตามแผนการรักษา เช่น Oxytocin Methylergonometrine

4. ใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่างและประเมินปริมาณปัสสาวะที่ออก

5. ติดตามสัญญาณชีพทุก 15 นาที ใน 1 ชั่วโมงแรกหรือบ่อยกว่านี้ พร้อมประเมินการหดตัวของมดลูกและการเสียเลือด เพื่อประเมินภาวะ Shock

6. ดูแลจัดให้นอนหงายราบ เพื่อให้เลือดจากส่วนต่างๆของร่างกายไหลกลับเข้าสู่หัวใจได้มากขึ้น เลือดจะไปเลี้ยงสมอง และอวัยวะส่วนต่างๆได้ง่าย

ไว้ให้พร้อม และดูแลอาการอย่างใกล้ชิด ขณะแพทย์ทำการขูดมดลูก และภายหลังขูดมดลูกแล้ว

9. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม สำหรับการหยุดเลือดด้วย Condom balloon tamponade

10. ประเมินผลค่า hematocrit และติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

11. บันทึกปริมาณน้ำเข้าและออกจากร่างกายตลอด 24 ชั่วโมง ตามแผนการรักษา เพื่อประเมินการเสียเลือดและการขาดน้ำ

12. ดูแลความสะอาดสบายทั่วๆไป ให้ความอบอุ่นและป้องกันการสูญเสียความร้อนของร่างกาย

13. ดูแลทางด้านจิตใจ โดยให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือ แจ้งผู้คลอดและญาติให้ เข้าใจ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระดับความรุนแรงและแนวทางการรักษา

14. งดอาหารและน้ำทางปาก เตรียมความพร้อมกรณีจำเป็นต้องได้รับการผ่าตัดมดลูก

ข้อมูลกรณีศึกษา

ผู้คลอดอายุ 23 ปี ข้อมูลการตั้งครรภ์ G1P0A0L0 อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 2 วัน LMP 11 พฤศจิกายน 2564 EDC 18 สิงหาคม 2565 ฝากครรภ์ที่คลินิก อำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง 9 ครั้ง โรงพยาบาลห้วยทับทัน 4 ครั้ง ฝากครรภ์ครั้งแรกอายุครรภ์ 11 สัปดาห์ 3 วัน พบแพทย์คุณภาพ 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 อายุครรภ์ 19 สัปดาห์ ครั้งที่ 2 อายุครรภ์ 32 สัปดาห์ ฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง ตามเกณฑ์ ฉีดวัคซีนบาดทะยัก 2 ครั้ง ฉีดวัคซีนไขหวัดใหญ่ 1 ครั้งเมื่ออายุครรภ์ 23 สัปดาห์ ฉีดวัคซีนโควิด 2 เข็ม และเคยติดเชื้อโควิดเมื่อเดือน มีนาคม 2565 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ปฏิเสธโรคทางพันธุกรรมปฏิเสธการแพ้ยา แพ้อาหาร และไม่เคยได้รับการผ่าตัด ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการไม่พบความเสี่ยงในการมีบุตรเป็นธาลัสซีเมีย ค่าฮีโมโกลิน ค่าฮีมาโตคริตและความสมบูรณ์ของเลือดปกติ รับไว้ในโรงพยาบาล ห้วยทับทันแผนกห้องคลอด วันที่ 13 สิงหาคม 2565 เวลา 10.00 น. ด้วยมีเลือดออกจากช่องคลอด ก่อนมา รพ. 30 นาที แรกรับมาโดยรถนั่ง ดูแลเปลี่ยนเสื้อผ้า วัดสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร 100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 142/90 มิลลิเมตรปรอท วัดความดันโลหิตซ้ำ 135/88 มิลลิเมตรปรอท ไม่มีปวดศีรษะ ไม่มี จุกแน่นหน้าอก ไม่บวม ไม่มีตาพร่ามัว ตรวจ urine albumin negative , urine sugar negative ตรวจภายใน Cervix dilate 1 centimeter effacement soft Membrane intact station -2 Uterine contraction Interval 10' Duration 20" Pain score 3 รายงานแพทย์ทราบรับไว้ในนอนโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการ ให้ข้อมูลผู้คลอดและ

ญาติทราบแนวทางการดูแลรักษาพร้อมแนวทางส่งต่อเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้คลอดและญาติรับทราบยินยอมนอน รพ.เพื่อรับการดูแลรักษาและรอคลอด ผู้คลอดอยู่ในระยะ Laten phase ทำ non stress test ผลปกติ ให้นอนพักเพื่อสังเกตอาการมีการประเมินการเจ็บครรภ์ การหดตัวของมดลูกและประเมินหัวใจทารกในครรภ์ ทุก 1-2 ชั่วโมง ผลการประเมิน วันที่ 13 สิงหาคม 2565 อุณหภูมิ 36.3-37.1 องศาเซลเซียส ชีพจร 84-100 ครั้ง/นาที หายใจ 18-20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 126/78-138/88 มิลลิเมตรปรอท หัวใจทารกเต้น 148-156 ครั้ง/นาที ดันดี Uterine contraction Interval 10-15' Duration 20-40" Pain score 3-4 คะแนน ปากมดลูกไม่เปิดเพิ่ม มีมูกเลือดออกจากช่องคลอดเล็กน้อยตรวจความเข้มข้นของโลหิต (hematocrit) แรกรับ 40 %

วันที่ 14 สิงหาคม 2565 เวลา 00.00 – 18.00 น. อุณหภูมิ 36.5-36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 74-88 ครั้ง/นาที หายใจ 16- 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 130/89-137/82 มิลลิเมตรปรอท หัวใจทารกเต้น 130-154 ครั้ง/นาที เด็กดันดี Uterine contraction Interval 5-6' Duration 30-45" Pain score 5-7 คะแนน Cervix dilate 2 centimeter effacement 80% Membrane intact station -1 ดูแลให้นอนตะแคงซ้าย ปวดหลังปวดหลังให้สังเกตอาการต่อ

เวลา 20.00 น.เจ็บครรภ์ถี่ขึ้น ตรวจภายใน Cervix dilate 3 centimeter effacement 100% Membrane intact station -1 Uterine contraction Interval 5' Duration 40" Pain score 6 คะแนน หัวใจทารกเต้น 150 ครั้ง/นาที ดันดี แจ้งข้อมูลความก้าวหน้าของการคลอดและนำลูกหน้าท้องเพื่อบรรเทาความเจ็บปวด

เวลา 22.15 น.มีน้ำใสไหลออกจากช่องคลอด ตรวจภายใน Cervix dilate 8 centimeter effacement 100% station -1 Spontaneous Rupture of Membrane Amniotic Fluid clear Uterine contraction Interval 4' Duration 45" Pain score 8 คะแนน หัวใจทารกเต้น 148 ครั้ง/นาที ดูแลให้นั่งดื่มน้ำอาหาร ให้สารน้ำ 5%DN/2 1000 ml.IV. Drip 80 ml./hr แนะนำการหายใจเพื่อบรรเทาอาการปวด สัญญาณชีพ อุณหภูมิร่างกาย 36.7 องศาเซลเซียส ชีพจร 88 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/84 มิลลิเมตรปรอท

เวลา 22.45 น.เจ็บถี่ขึ้นอยากเบ่งคลอด ตรวจภายใน Cervix dilate 10 centimeter effacement 100% station 0 Uterine contraction Interval 3' Duration 45" Pain score 9

คะแนนหัวใจทารกเต้น 148 ครั้ง/นาที แนะนำวิธีการแบ่งคลอด
ย้ายเข้าห้องคลอดเพื่อทำคลอดอย่างปลอดภัย เครื่องมือ
และทีมพร้อม เวลา 23.02 น. พยาบาลสวนปัสสาวะทิ้ง
ได้น้ำปัสสาวะสีใสจำนวน 150 ซีซี ในระยะคลอดตัดฝี
เย็บด้านขวาช่วยคลอดขณะไหล่หน้าคลอดได้รับยา
Oxytocin 10 unit IM. ทารกคลอดปกติเวลา 23.39 น.
เพศชาย น้ำหนัก 3,282 กรัม Apgar score 9-10-10
ประเมินการลอกตัวของรก ขณะรอกคลอดมีเลือดไหล
ออกจากช่องคลอดในถุงตวงจำนวน 300 ซีซี เรียกทีม
ช่วยเหลือดูแลให้ได้รับยา Oxytocin 20 unit ใน
5%DN/2 1000 ml. IV drip 120 ml/hour เปิดให้สาร
น้ำอีกเส้นเป็น NSS 1000 ml. IV. Drip 100 ml/hour
คลึงมดลูกพบมดลูกหดตัวไม่มีเลือดออกในถุงตวง
เพิ่มขึ้นเป็น 600 ซีซี ชีพจร 111 ครั้ง/นาที หายใจ 20
ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 152/93 มิลลิเมตรปรอท ความ
เข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 100% รายงานแพทย์ปรับ
อัตราการไหลของสารน้ำเป็น Free flow ให้ออกซิเจน
nasal canular 5 ltr/min ไม่มีอาการเวียนศีรษะหน้า
มืด แพทย์ทำการล้างรก รกคลอดเวลา 00.14 น. มี
เลือดออกในถุงตวงเพิ่มเป็น 800 ซีซี ชีพจร 108 ครั้ง/
นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 166/90
มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด
100% คลึงมดลูกต่อเนื่องหดตัวเป็นพักๆ ตรวจสอบ
แผลไม่มีฉีกขาดเพิ่มไม่มี Active bleed จากแผล เย็บ
ซ่อมแซมฝีเย็บ Retained Foley Catheter urine ออก
10 ml. เวลา 00.20 น. ให้ Transamine 1gm+NSS 100
ml. IV. drip in 1 hour เวลา 00.27 น. มดลูกเริ่มหด
ตัวดีขึ้น Total Blood Loss 1200 ml. ชีพจร 100 ครั้ง/
นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 141/80
มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด
100% เจาะเลือดส่งตรวจ CBC ความเข้มข้นของเลือด
32 % จำนวนปัสสาวะออกทั้งหมด 110 ซีซี ประสานส่ง
ต่อโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัย โดยแพทย์ประสานข้อมูลกับ
สูติแพทย์เวร พยาบาลประสานข้อมูลกับพยาบาลห้อง
คลอดด้วยสาเหตุตกเลือดหลังคลอดจากภาวะรกค้างและ
แนะนำแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยและญาติก่อนการส่งต่อ
แพทย์เวรแจ้งข้อมูลผู้คลอดและญาติให้ทราบปัญหาว่ามี
ภาวะตกเลือดจากสาเหตุรกค้างและมดลูกหดตัวไม่ดี
จำเป็นต้องส่งต่อเพื่อความปลอดภัยของผู้คลอดและส่ง
เชื้อโควิด-19 เดือน มีนาคม 2565; วัคซีนป้องกัน
บาดทะยัก 2 เข็ม คัดกรองเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ ผลปกติ

บุตรไปพร้อมกันเพื่อสะดวกในการดูแล ผู้คลอดและญาติ
รับทราบและให้ความร่วมมือในการรักษา มีพยาบาล
นำส่ง 2 คน เพื่อให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่องและความ
ช่วยเหลืออย่างทันที่ขณะที่ขณะอยู่บนรถ รถออกจาก รพ.
เวลา 01.05 น. ขณะอยู่บนรถดูแลคลึงมดลูก มดลูกหด
รัดตัวดีขึ้น ไม่มี Active bleed สัญญาณชีพชีพจร 82-
90 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 117-
133/69-89 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจน
ในเลือด 99-100% ผู้คลอดพักรักษาที่โรงพยาบาล
อุทุมพรพิสัย ไม่มีเลือดออกเพิ่ม ได้ Cytotec เหน็บทวาร
ได้รับเลือด 2 unit ไม่มีอาการแพ้เลือด น้ำนมไหลดี ผู้
คลอดได้รับการดูแลพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
อาการดีขึ้นตามลำดับนอนรักษาที่โรงพยาบาลอุทุมพร
พิสัยระยะเวลา 2 วัน จำหน่ายกลับบ้านได้ในวันที่ 17
สิงหาคม 2565 ดูแลติดตามเยี่ยมบ้านพบว่า ช่วยเหลือ
ตนเองได้ดี น้ำนมไหลดีกระตุ้นให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ แผล
ฝีเย็บไม่บวมแผลดีดี ทารกปกติไม่มีภาวะแทรกซ้อน แนะนำการ
ปฏิบัติตัวหลังคลอด และให้กำลังใจมารดาหลังคลอดและ
ครอบครัว

การตรวจร่างกายและการประเมินแรกรับ

ผู้คลอดหญิงไทย อายุ 23 ปี G1P0A0L0 อายุครรภ์
39 สัปดาห์ 2 วัน แรกรับ รู้สึกตัวดี สีน้ามมีความวิตก
กังวล สัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.3 องศาเซลเซียส ชีพจร
100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต
142/90 mmHg น้ำหนัก 89 กิโลกรัม สูง 170 เซนติเมตร
ประวัติการฝากครรภ์ ฝากครรภ์ 12 ครั้ง ที่คลินิก
ที่ อ.ปลวกแดง จ.ระยอง 9 ครั้ง รพ. ห้วยทับทัน 3 ครั้ง
ฝากครั้งแรกอายุครรภ์ 11 สัปดาห์ ได้รับวัคซีนไข้หวัด
ใหญ่ 1 เข็ม , วัคซีนป้องกันโควิด-19 2 เข็มและเคยติด

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ

ผลการตรวจทางโลหิตวิทยา
ผลเลือดครั้งที่ 1 VDRL non reactive Anti HIV
Negative HBsAg Negative Hct1 37% MCV =76
DCIP=negative Blood gr. A , Rh positive
ผลเลือดครั้งที่ 2 VDRL non reactive Anti HIV
Negative Hct2 33%
ผลตรวจปัสสาวะ Albumin strip Negative, Sugar
strip Negative

วิเคราะห์กรณีศึกษาและการพยาบาล (CMSA,2016)

กระบวนการจัดการรายกรณี	วัตถุประสงค์	กิจกรรม
1.การคัดเลือกและคัดกรองผู้คลอด (Client identification and selection)	1.เพื่อตรวจคัดกรองสุขภาพและ ภาวะเสี่ยงจากการคลอด 2.เพื่อวางแผนการให้การดูแลและ ประเมินภาวะเสี่ยงของหญิงรคลอด	1.กำหนดผู้รับผิดชอบและกิจกรรม 2.ให้ข้อมูลผู้คลอดเพื่อให้ความ ยินยอมและร่วมมือในการเข้าสู่ ระบบการจัดการรายกรณี
2.การประเมินและกำหนดปัญหาหรือความ ต้องการของผู้คลอด (Assessment and problem/opportunity identification)	1 เพื่อนำข้อมูลไปการวางแผน การจัดการรายกรณีตาม ปัญหาและความต้องการ 2. เพื่อทบทวนความจำเป็นในการ ใช้ทรัพยากรและเทคโนโลยี	1.ประเมินภาวะสุขภาพของผู้คลอด โดยละเอียดและครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้น 2.ตรวจคัดกรองและค้นหาปัญหาที่ มีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นบ่อย ๆ 3.ประเมินบุคลากรและทรัพยากรที่มี อยู่ และที่จำเป็นต้องใช้
3.การจัดทำแผนการดูแล (Development of the case manage plan)	เพื่อพัฒนาแผนการดูแลรายกรณี (care plan) ให้สอดคล้องกับ สภาพปัญหาและความต้องการ ของผู้คลอด	1.กำหนดเป้าหมายในการดูแล 2. ลำดับความสำคัญในการดูแลตาม ความต้องการของผู้คลอด 3. กำหนดประเภทของการบริการและ ทรัพยากรที่มีอยู่เพื่อจัดการปัญหา
4.การปฏิบัติตามแผน (Implementation and coordination of care activity)	1. เพื่อให้ผู้คลอดได้รับการ ดูแลตามแผนที่วางไว้อย่าง เหมาะสมและสอดคล้องกับ ความต้องการ 2.ลดความสูญเสียและให้ผู้คลอด ได้เข้าถึงบริการสุขภาพด้วยความ คุ้มค่าคุ้มทุน	1.จัดการรายกรณีตามมาตรฐาน บริการสุขภาพประกอบด้วย การเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการจัดการ ระบบบริการการดูแลที่ครบวงจรทั้ง ระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิ การให้บริการเชิงรุกเพื่อจัดหาสิ่ง สนับสนุนและทรัพยากรตามความจำเป็น 2.การประสานการจัดการรายกรณี ผู้คลอดเพื่อการส่งต่อการดูแลที่ต่อเนื่อง ทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย ตามระดับความจำเป็นของปัญหา สุขภาพและความต้องการของผู้คลอด
5.การประเมินตามแผนการดูแลและการ ติดตามผล (Evaluation of the case management plan and follow-up)	เพื่อควบคุมคุณภาพการบริการ และนำผลการประเมินมาปรับปรุง การบริการ	1.ประเมินผลลัพธ์ของระบบการ จัดการรายกรณีทั้งในเรื่องคุณภาพ การบริการคุณภาพสิ่งสนับสนุนและ ความพอใจเพียงของทรัพยากร 2.การกำหนดตัวชี้วัดและค่า เป้าหมายที่ต้องการบรรลุรวมทั้งการ บรรลุเป้าหมาย 3.นำเสนอผลลัพธ์ของการจัดการ รายกรณีและคุณภาพการบริการสุขภาพ
6.การสิ้นสุดกรณีศึกษา (Termination of the case management)	เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ เหมาะสมเมื่อผู้รับบริการได้รับ การดูแลจนถึงระดับที่ความ ต้องการการดูแลเปลี่ยนไป	1.ประชุมทีมผู้ดูแลเพื่อตัดสินใจและ กำหนดทางการสิ้นสุดกรณีศึกษา 2.สื่อสารกับผู้คลอดถึงเหตุผลและ แนวทางการสิ้นสุดการบริการ

ซึ่งกรณีศึกษามารดาตกเลือดหลังคลอดที่มีภาวะ
รक्त้าง ผู้ศึกษาได้ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับแนวคิด
การจัดการรายกรณีในการดูแลที่ประกอบด้วย
ประเมินผู้คลอด การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล
และการประเมินผลการพยาบาลตั้งแต่แรกรับ รอคคลอด
ระยะคลอด หลังคลอดโดยเฉพาะในระยะที่ผู้คลอดที่มี
ปัญหาตกเลือดหลังคลอดต้องประเมินผู้คลอดที่มีความ
เสี่ยงต่อภาวะตกเลือดและให้การช่วยเหลือดูแลอย่าง
รวดเร็ว รวมทั้งขณะที่ผู้คลอดถูกส่งต่อไป โรงพยาบาล
อุทุมพรพิสัยได้มีการติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง
ระยะเวลาที่ศึกษาผู้คลอด พบว่าผู้คลอดมีภาวะตกเลือดหลัง
คลอดโดยมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลในระยะตกเลือดหลังคลอด
ดังนี้

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 วิตกกังวล
เกี่ยวกับการคลอดเนื่องจากขาดประสบการณ์การคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ไม่สุขสบายจาก
การเจ็บครรภ์คลอด เนื่องจากมดลูกมีการหดตัว

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ส่งเสริมการเบ่ง
คลอดอย่างถูกวิธี ในระยะที่ 2 ของการคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 มีภาวะตกเลือด
หลังคลอด มดลูกหดตัวไม่ดีจากรक्त้าง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 อ่อนเพลีย
เนื่องจากเสียพลังงานจากการคลอดและสูญเสียเลือดจาก
การคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 มารดาและ
ครอบครัวมีความวิตกกังวล/กลัวเนื่องจากมีภาวะตกเลือด
หลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 ส่งเสริมการเลี้ยง
ลูกด้วยนมแม่ให้ครบ 6 เดือน

จากสถานการณ์ปัญหาสุขภาพของกรณีศึกษา
ดังกล่าว เพื่อให้เกิดรูปธรรมและคุณภาพในการดูแลผู้
ศึกษาจึงได้นำแนวคิดการจัดการผู้ป่วยรายกรณีซึ่งเป็น
แนวคิดที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าเป็นการ
จัดการด้านสุขภาพที่มีคุณภาพ ซึ่งประกอบด้วย
กระบวนการ ประเมิน (assessment) วางแผน
(planning) การอำนวยความสะดวก (facilitation) การ
ประสานงานการดูแล (care coordination) การ
ประเมินผล (evaluation) และการพิทักษ์สิทธิ์
(advocacy) เพื่อการตอบสนองความต้องการด้าน
สุขภาพของแต่ละบุคคล ความต้องการของครอบครัว

โดยผ่านการสื่อสาร ช่องทางของทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่าง
มีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพและ
ประสิทธิภาพ (CMSA, 2010) ซึ่งผู้ศึกษาคาดหวังว่า การ
ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการประยุกต์ใช้รูปแบบ
การจัดการรายกรณีจะสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มี
ความซับซ้อนและยากแก่การจัดการนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีใน
การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการตกเลือดหลัง
คลอดให้เกิดความปลอดภัย ดังนี้

**ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 วิตกกังวลเกี่ยวกับการ
คลอดเนื่องจากขาดประสบการณ์การคลอด**

ข้อมูลสนับสนุน

1.ผู้คลอดท้องแรก G1P0A0L0 อายุครรภ์ 39
สัปดาห์ 2 วัน

2.สีหน้ากังวล สอบถามบ่อยเรื่องมีเลือดออก
ทางช่องคลอด และระยะเวลาคลอด

เกณฑ์การประเมิน

1.สีหน้าวิตกกังวลลดลง

2.ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา

กิจกรรมพยาบาล

1.กล่าวทักทายต้อนรับผู้คลอดด้วยความเป็น
กันเองสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้คลอดและครอบครัว พูด
ด้วยเสียงนุ่มนวล

2.อธิบายขั้นตอนการให้บริการขณะรอคลอด
ขณะคลอด หลังคลอด และแนวทางการช่วยเหลือหรือส่ง
ต่อเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน เช่นคลอดไม่ได้ การคลอดไม่
ก้าวหน้า ตกเลือดหลังคลอดเพื่อให้เกิดความร่วมมือ

3.อธิบายกลไกการคลอดคร่าวๆให้รับรู้เพื่อ
การเตรียมพร้อมเข้าสู่ระยะคลอด

4.เปิดโอกาสให้ผู้คลอดและญาติมีส่วนร่วมใน
การดูแลรักษาและซักถามข้อสงสัย

5.ส่งเสริมให้ญาติอยู่กับผู้คลอดในระยะรอ
คลอดเพื่อให้กำลังใจและคลายความกังวล

6.แจ้งผลการตรวจประเมินความก้าวหน้าของ
การคลอดให้ผู้คลอดและญาติทราบทุกครั้ง

7.ให้การพยาบาลอย่างใกล้ชิด สร้างเสริม
กำลังใจให้ผู้คลอดและญาติ

ผลการประเมิน

ผู้คลอดและญาติรับทราบให้ความร่วมมือใน
การรักษพยาบาล สีหน้าวิตกกังวลลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 ไม่สุขสบายจากการเจ็บ ครรภ์คลอด เนื่องจากมดลูกมีการหดตัว

ข้อมูลสนับสนุน

1. เมื่อมดลูกหดตัว ทำหน้า่วิวขวมวด แม่
ริมฝีปาก กระสับกระส่าย บอกว่า “เจ็บ”
2. มดลูกหดตัวนาน 30-40 วินาที ทุก 5-10
นาที ความรุนแรงระดับปานกลาง Pain score = 5
คะแนน

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้คลอดมีการปรับตัวต่อความเจ็บปวดได้
อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. เมื่อมีการหดตัวของมดลูก มารดาหายใจ
เข้า – ออกได้ถูกวิธี
2. สามารถเผชิญกับการเจ็บครรภ์ได้ เข้าใจและ
ปฏิบัติตามคำแนะนำได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายเพื่อทบทวนให้ผู้คลอดเข้าใจเกี่ยวกับ
กระบวนการคลอด รวมทั้งแผนการรักษาและการ
พยาบาล เพื่อให้เกิดความมั่นใจ และความรู้สึกปลอดภัย
ในการคลอด
2. แนะนำให้มารดาหายใจเข้าทางจมูกลึกๆ
แล้วผ่อนลมหายใจออกทางปากช้าๆ เพื่อลดอาการเจ็บ
ครรภ์
3. นวดบริเวณบั้นเอว โดยกำมือแล้วใช้มีมนวด
ในลักษณะเป็นเลขแปด เพื่อลดอาการเจ็บครรภ์
4. ดูแลความสุขสบายทั่วไป เช่น เช็ดหน้าด้วย
ผ้าเย็น เพื่อให้มารดารู้สึกสดชื่น และลดอาการเจ็บครรภ์
5. ดูแลให้ดื่มน้ำ งดอาหาร ตามแผนการรักษา
เมื่อเข้าสู่ระยะ Active phase
6. ให้นอนตะแคงซ้าย เพื่อช่วยให้เลือด
ไหลเวียนไปที่มดลูกได้ดีขึ้น
7. ดูแลให้ได้รับสารน้ำ 5%DN/2 1000 ml IV.
Drip 80 cc./hr.
8. อธิบายให้กำลังใจว่าการเจ็บครรภ์นั้นเป็น
ปกติของผู้คลอดเพื่อเป็นการขับทารกออกมามนอดลูก
ภายหลังที่ทารกคลอดแล้วอาการเจ็บครรภ์เหล่านี้จะ
หายไป เพื่อคลายความวิตกกังวลลง
9. ตรวจและบันทึกการหดตัวของมดลูกทุก
1-2 ชั่วโมงเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการคลอดให้
เป็นไปอย่างสม่ำเสมอ

10. ประคับประคองทางด้านจิตใจ โดยอยู่
ใกล้ชิดให้กำลังใจผู้คลอดด้วยการพูดปลอบโยนแสดง
ความเห็นใจในความเจ็บปวดที่กำลังเผชิญอยู่ เพื่อให้ผู้
คลอดเกิดกำลังใจที่จะต่อสู้กับความเจ็บปวด

ผลการประเมิน

- เมื่อมดลูกมีการหดตัว มารดาจะเริ่มหายใจ
เข้า-ออกได้อย่างถูกวิธี
- พักผ่อนได้บ้างเมื่อมดลูกคลายตัว ให้ความ
ร่วมมือและปฏิบัติตามคำแนะนำ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 ส่งเสริมการเบ่งคลอด อย่างถูกวิธี ในระยะที่ 2 ของการคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้คลอดเจ็บครรภ์ถี่ขึ้นอยากเบ่งคลอด
2. ปากมดลูกเปิด 10 เซนติเมตร ผู้คลอดมีลม
เบ่งคลอด บิดตัวไปมาแสดงความเจ็บปวด

วัตถุประสงค์

1. มารดาเผชิญความเจ็บปวดได้อย่างเหมาะสม
2. เบ่งคลอดได้ถูกวิธี

เกณฑ์การประเมินผล

1. มารดาให้ความร่วมมือ ไม่ดิ้นไปมา ควบคุม
การหายใจและเบ่งได้ถูกวิธี ขณะที่มดลูก
หดตัว
2. ส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำขณะเบ่ง ระยะที่
สองของการคลอดไม่เกิน 60 นาที

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหดตัวของมดลูกทุก 5 นาที
พร้อมทั้งประเมินความเจ็บปวดจากการหดตัวของ
มดลูกและความสามารถในการควบคุมความเจ็บปวด
เพื่อให้การช่วยเหลือได้อย่างถูกต้อง
2. ให้คำแนะนำและดูแลให้มารดาหายใจและ
เบ่งอย่างถูกวิธีขณะมดลูกหดตัว เพื่อบรรเทาอาการ
ปวด และทารกสามารถคลอดได้อย่างปลอดภัย และ
ชมเชยในการเบ่งที่ถูกต้อง
3. แจ้งให้ทราบถึงความก้าวหน้าของการคลอด
รวมทั้งแผนการช่วยเหลือการคลอด พร้อมให้กำลังใจใน
การเบ่งคลอด เพื่อลดความวิตกกังวลและความกลัวต่อ
การคลอดลง
4. พูดปลอบโยนและแสดงความเห็นใจในความ
เจ็บปวดที่มารดากำลังเผชิญ เพื่อให้ผ่อนคลายด้านจิตใจ
เกิดความอบอุ่นและมีกำลังใจ

ผลการประเมิน

- มารดาให้ความร่วมมือ ไม่ร้องดิ้นไปมา สามารถทำตามคำแนะนำได้ และสามารถแบ่งได้อย่างถูกต้องวิธีขณะมดลูกหดตัวในช่วง 15 นาทีก่อนทารกคลอด

- ส่วนนำของทารกเคลื่อนต่ำลงมาขณะเบ่ง ระยะที่สองของการคลอดใช้เวลา 54 นาที

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 เสี่ยงต่อภาวะช็อก
เนื่องจากมีภาวะตกเลือดหลังคลอด มดลูกหดตัวไม่ดี
จากรกค้าง

ข้อมูลสนับสนุน

- 1.มดลูกนิ่มหดตัวไม่ดี
- 2.มีเลือดออกทางช่องคลอด 1,200 มิลลิลิตร
- 3.ชีพจรเบาเร็ว = 108 ครั้ง/นาที
- 4.ระยะเวลาคลอดรก 35 นาที

วัตถุประสงค์

รกคลอดได้ตามปกติ มดลูกหดตัวดี มีเลือดออกทางช่องคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะช็อก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ความดันโลหิต 100/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท
2. อัตราการเต้นของชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที
3. มดลูกหดตัวกลมแข็ง
4. เลือดออกทางช่องคลอดน้อยกว่า 50 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

กิจกรรมการพยาบาล (สุภานัน ชัยราช,2560)

1. ขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. ประเมินระดับความรู้สึกตัวและสัญญาณชีพ ทุก 15 นาที และ ทุก30 นาที x 4 ครั้งและ 1 ชั่วโมง x1ครั้ง ต่อจากนั้นประเมินซ้ำ ทุก 4 ชั่วโมงจนครบ 24 ชั่วโมง (กฤษณา สารบรรณ และคณะ,2565)
3. ประเมินสัญญาณชีพทุก 15 นาทีจนมีอาการปกติหลังจากนั้นบันทึกทุก 4 ชั่วโมง สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติเช่นหน้ามืดใจสั่นเหงื่อออกตัวเย็นซีด ปลายมือปลายเท้าเขียว (Cyanosis) เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกาย ต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบการไหลเวียนเลือด และภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน
4. ประเมินการหดตัวของมดลูกและคลึงมดลูกจนหดตัวกลมแข็งและกดไล่ก้อนเลือดที่อาจค้างอยู่ในมดลูก ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้มดลูกหดตัวไม่ดี และ

สังเกตการหดตัวของมดลูกต่อไปอีกทุก15 นาที (กฤษณา สารบรรณ และคณะ,2565)

5. ตรวจการฉีกขาดของช่องทางการคลอด ตรวจความสมบูรณ์ของรกซักรวมทั้งสังเกตลักษณะและจำนวนเลือดที่ออก ทางช่องคลอดโดยสังเกตจากการชุ่มผ้าอนามัย ประเมินปริมาณการเสียเลือดโดยใช้ถุงตวงเลือด

6. ดูแลให้สารน้ำ RLS ปริมาณ1,000 ซีซีอัตราการหยด 100 ซีซีต่อชั่วโมง และ 5% dextrose in N/2 1,000 ซีซีที่ผสมยา อ็อกซิโตซิน 20 ยูนิต อัตราการหยด 120 ซีซีต่อชั่วโมง ตามแผนการรักษา

7. จัดทำให้ผู้คลอดนอนราบตะแคงหน้าและดูแลให้ออกซิเจน nasal cannula 5 Lite/min

8. ดูแลให้กระเพาะปัสสาวะว่างโดยใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้เพื่อไม่ให้ขัดขวางการหดตัวของมดลูกและบันทึกปริมาณปัสสาวะทุก 1 ชั่วโมง เพื่อดูการทำงานของไตถ้าเกิดภาวะช็อกปัสสาวะจะออกน้อยกว่า 30 มิลลิลิตรต่อชั่วโมง

9. เจาะเลือดดูค่าฮีมาโตคริตเพื่อประเมินค่าปริมาณเม็ดเลือดแดงอัดแน่น ตามแผนการรักษา

10. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ซีด เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือด

11. ดูแลทางด้านจิตใจ ให้กำลังใจ สร้างความมั่นใจในการดูแลรักษา

ผลการประเมิน

หลังจากทารกคลอดได้ 20 นาที รกยังไม่คลอด มีเลือดออกทางช่องคลอด 600 มิลลิลิตร ชีพจร 111 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต152/93 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 100% แพทย์สั่งรอกอกรวมเวลารกคลอดทั้งหมด 35 นาทีเสียเลือดเพิ่มเป็นทั้งหมด 1,200 ml.ชีพจร 100 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต141/80 มิลลิเมตรปรอท ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด100%ไม่มีวิงเวียนหน้ามืดหรือใจสั่น เหนื่อยเพลีย ค่าปริมาณเม็ด เลือดแดงอัดแน่นฮีมาโตคริตลดลงจาก 40% เหลือ 32 % พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยเพื่อให้สูติแพทย์รักษาต่อเนื่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 อ่อนเพลียเนื่องจากเสียพลังงานจากการคลอดและสูญเสียเลือดจากการคลอด
ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาหลังคลอดสีหน้าเหนื่อยเพลีย ง่วงนอน
2. มีเลือดออก 1200 ซีซี
3. มารดาหลังคลอดกระหายน้ำ

วัตถุประสงค์

1. มารดาหลังคลอดอ่อนเพลียลดลง
2. มารดาหลังคลอดไม่มีเวียนหน้ามืด

เกณฑ์การประเมิน

1. สีหน้าสดชื่นขึ้น
2. อ่อนเพลียลดลง

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลให้ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ NSS 1000 ml. IV. 120 ml/hour
2. เช็ดหน้าด้วยผ้าเย็นเพื่อให้ผู้คลอดรู้สึกสดชื่น
3. แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์
4. สังเกตระดับความรู้สึกตัวและอาการผิดปกติ เช่น หน้ามืด ใจสั่น เหงื่อออก ตัวเย็น ชีต เพื่อประเมินการตอบสนองของร่างกายต่อปริมาณเลือดที่ลดลงในระบบไหลเวียนเลือด
5. ดูแลให้ดื่มเครื่องดื่มที่อุ่นๆ เช่น นม โอวัลติน เพื่อกระตุ้นระบบไหลเวียน
6. ดูแลให้ได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ

ผลการประเมิน

สีหน้าสดชื่นขึ้น อ่อนเพลียลดลง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 6 ครอบคลุมมีความวิตกกังวล/กลัวเนื่องจากมีภาวะตกเลือดหลังคลอด

ข้อมูลสนับสนุน

1. ญาติผู้ป่วยสอบถาม “คนไข้จะเป็นอะไรมากมายคะ”
2. สีหน้าผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวล

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้คลายความวิตกกังวล
- เพื่อความร่วมมือในการรักษา

เกณฑ์การประเมิน

- สีหน้าคลายความวิตกกังวล
- ให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. อธิบายให้มารดาและครอบครัวเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนให้การช่วยเหลือ เพื่อให้มารดาให้

ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และคลายความวิตกกังวล

2. ให้การพยาบาลด้วยท่าที่ที่เป็นมิตร และเต็มใจช่วยเหลือเพื่อให้มารดาเกิดความมั่นใจ

3. เปิดโอกาสให้มารดาและครอบครัวซักถามข้อสงสัย ระบายความรู้สึก และรับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อประเมินระดับความวิตกกังวลหรือกลัว

4. อธิบายให้ทราบถึงสาเหตุที่ต้องส่งตัวไปรักษาต่อ

ผลการประเมิน

- สีหน้าคลายกังวลลง ให้ความร่วมมือในการรักษา

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 7 ส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ครบ 6 เดือน

ข้อมูลสนับสนุน

1. มารดาคลอดบุตรคนแรก ยังขาดประสบการณ์
2. ท่าทางให้นมบุตรยังไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้มารดาปฏิบัติตัวหลังคลอดได้ถูกต้อง
2. สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานอย่างน้อยครบ 6 เดือน

เกณฑ์การประเมินผล

สามารถให้นมลูกได้ถูกวิธี เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้นานที่สุดหรืออย่างน้อย 6 เดือน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินเต้านม หัวนม การไหลของน้ำนม ทักษะการให้นม
2. อธิบายและแนะนำการให้นมแม่ที่ถูกต้องวิธีด้วยหลัก 3 ด คือ ดูดเร็ว ดูดบ่อย ดูดถูกวิธี หรือดูดตามความต้องการ ดูดให้เกลี้ยงเต้า และเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวอย่างน้อย 6 เดือน
3. สอนและสาธิตท่าให้นมบุตรที่ถูกต้องวิธี เช่น ทำนอนขวางตัก ทำนอนขวางตักแบบประยุกต์ ทำอุ้มลูกฟุตบอล และทำนอนให้นมลูก
4. แนะนำประโยชน์ของนมแม่ที่มีต่อลูก เช่น มีภูมิคุ้มกันป้องกันโรคภูมิแพ้ ส่งเสริมการพัฒนาสมอง ร่างกายและจิตใจ และประโยชน์ที่มีต่อแม่หลังคลอด เช่น ลดความเสี่ยงการเกิดโรคซึมเศร้า ช่วยคุมกำเนิด รูปร่างดีขึ้นไม่สะสมไขมัน และประหยัด

5. แนะนำการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ 5 หมู่ งดอาหารหมักดอง และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนม

6. แนะนำวิธีบีบเก็บน้ำนมก่อนไปทำงาน

7. ส่งเสริมครอบครัวให้กำลังใจมารดาให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ครบ 6 เดือน

ผลการประเมิน

1. สามารถอุ้มให้ลูกดูดนมได้ดีขึ้น น้ำนมไหลดี ไม่คัดตึง

2. มารดาแจ้งว่าจะเลี้ยงลูกด้วยตนเองให้ครบ 3 เดือนเพราะต้องไปทำงานต่างจังหวัด

สรุปกรณีศึกษา

ผู้คลอดอายุ 23 ปี G1P0A0LO GA 39⁺2 weeks by ultrasound เมื่อรับผู้คลอดเข้าไว้ในโรงพยาบาลผู้ศึกษาได้ใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับแนวคิดการจัดการรายกรณีในการดูแล ที่ประกอบด้วยการประเมินผู้คลอด การกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาลตั้งแต่แรกเริ่ม รอคคลอด ระยะคลอด หลังคลอด ในระยะหลังคลอด แพทย์พิจารณาส่งต่อโรงพยาบาล อุทุมพรพิสัยที่มีศักยภาพสูงกว่า เพื่อให้การรักษาเพิ่มเติม เมื่อติดตามการรักษาพบว่ากรณีศึกษาได้รับการรักษาด้วยการให้โพรสตาแกลนดิน (PRC) 2 ยูนิต และได้รับยา กลุ่ม Prostaglandin ซึ่งกลไกการออกฤทธิ์ของยาในกลุ่ม prostaglandins นั้นคล้ายกับ oxytocin ยาในกลุ่ม prostaglandins เพิ่มความเข้มข้นของแคลเซียมในเซลล์กล้ามเนื้อมดลูกจึงเพิ่มการทำงานของ myosin light chain kinase กระตุ้นให้เกิดการหดตัวของกล้ามเนื้อมดลูกและยังออกฤทธิ์ทางอ้อมคือ prostaglandins เพิ่มระดับของ oxytocin ในร่างกายด้วยเพื่อส่งเสริมการหดตัวของมดลูกจากการพยาบาลพบปัญหาทางการพยาบาลทั้งหมด 7 ข้อ ซึ่งได้รับการจัดการทั้งหมดโดยบรรลุเป้าหมายของการพยาบาลทั้ง 7 ข้อ ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวได้รับการพยาบาลจนดีขึ้นตามลำดับและจำหน่ายกลับบ้าน วันที่ 17 สิงหาคม 2565 เวลา 12.00 น. รวมระยะเวลาการรักษาตั้งแต่ admit โรงพยาบาลห้วยทับทันและโรงพยาบาลอุทุมพรพิสัยทั้งหมด 4 วัน 2 ชั่วโมง พยาบาลติดตามเยี่ยมบ้านมารดาหลังคลอดเพื่อติดตามอาการและให้กำลังใจมารดาหลังคลอดและครอบครัว การประยุกต์ใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนอันตรายหรือคุกคามต่อชีวิตของมารดา

หลังคลอด พบว่ารูปแบบการจัดการรายกรณีเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างสหวิชาชีพ ในขั้นตอนการประเมินวางแผน การปฏิบัติ การประสานงาน การติดตาม และประเมินผลลัพธ์ตัวเลือกบริการที่มีความจำเป็นเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของบุคคล โดยมีลักษณะเพื่อการสนับสนุนการสื่อสาร (communication) ช่องทางการจัดการ (resource management) และเพิ่มคุณภาพของการบริการสอดคล้องกับ ทิพวรรณ เอี่ยมเจริญ (2560), เพียว บุญทิ (2564) ซึ่งได้มีการกำหนดแนวทางการดูแลรักษามารดาที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ดังนี้ (1) มีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเกี่ยวกับภาวะเลือดออกทางสูติกรรมที่เป็นมาตรฐาน (2) มีการพัฒนาคู่มือหรือแนวทาง ขั้นตอน และวิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดที่ชัดเจน (3) มีความร่วมมือกันอยู่ดีระหว่างหน่วยงานกับคลังเลือด เพื่อให้การเข้าถึงการใช้เลือดอย่างรวดเร็ว (4) หน่วยงานมั่นใจได้ว่าสามารถเข้าถึงยาที่ใช้ในการรักษาภาวะตกเลือดได้โดยเร็วเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินขึ้น (5) มีการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการเรียนรู้ร่วมกันเป็นทีม และฝึกซ้อมทักษะที่จำเป็นในการดูแลมารดาที่ตกเลือดหลังคลอดและ (6) ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอดตั้งแต่ระยะฝากครรภ์ ระยะแรกเริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะคลอด (7) ใช้วิธีการจัดการในระยะที่ 3 ของการคลอดโดยเร็ว (Active Management of Third Stage of Labor: AMTSL) ในระยะคลอด (8) ทำการประเมินการสูญเสียเลือดสะสมตั้งแต่ระยะคลอด ระยะ 2 ชั่วโมงหลังคลอดและ (9) สร้างวัฒนธรรมของการบอกเล่าหรือการสนทนาเกี่ยวกับเหตุการณ์ หรือประเด็นสำคัญในการดูแลมารดาตกเลือดหลังคลอดที่ควรต้องพัฒนาเมื่อเกิดภาวะตกเลือด ซึ่งการจัดการรายกรณีเป็นลักษณะการจัดระบบบริการการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยเป็นสำคัญ ซึ่งจะสามารถนำมาพัฒนาการดูแลทั้งในบทบาทของผู้ดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด ผลลัพธ์คือสามารถจัดการและให้การพยาบาลในขณะเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดอันเป็นปัญหาที่เร่งด่วนในการจัดการทางการพยาบาลได้บรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาลได้ เพิ่มความพึงพอใจบริการพยาบาลที่สูงขึ้นและการดูแลรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Commission for Case Manager Certification, 2005) ตลอดจนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ซึ่งจะเห็นได้ว่าการใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการประสานงานอย่างต่อเนื่อง การยึดผู้คลอดเป็นศูนย์กลาง ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ

ประเมิน (assessment) วางแผน (planning) การอำนวยความสะดวก (facilitation) การประสานงานการดูแล (care coordination) การประเมินผล (evaluation) และการพิทักษ์สิทธิ (advocacy) เพื่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ความต้องการของครอบครัว โดยผ่านการสื่อสาร ช่องทางของทรัพยากรที่มีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ (CMSA, 2010)การจัดการรายกรณี เป็นรูปแบบการปฏิบัติงานที่เน้นความร่วมมือกันระหว่างคนไข้ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ แพทย์ นักวิชาชีพอื่นๆ ผู้ดูแล และชุมชน กระบวนการจัดการรายกรณีเป็นกระบวนการที่ครอบคลุมการติดต่อสื่อสาร และการอำนวยความสะดวกในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผ่านการประสานทรัพยากรที่เกี่ยวข้องอย่างมีประสิทธิภาพ จุดมุ่งหมายของการจัดการรายกรณีรวมถึงการทำให้เกิดสมดุลระหว่าง การบรรลุภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การใช้ทรัพยากรอย่างเหมาะสมกับสิทธิของผู้ป่วยในการตัดสินใจด้วยตนเอง (อนุสร การะเกษ และ นางลักษณ เมธากาญจนศักดิ์, 2560)

ข้อเสนอแนะ

ด้านการบริหารทางการพยาบาล 1) มีการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรพยาบาลควรได้รับการอบรมความรู้ ทางวิชาการเกี่ยวกับการดูแลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอด 2) มีระบบการพิทักษ์สิทธิด้านกฎหมาย แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบ เช่น การป้องกันการฟ้องร้องหรือข้อร้องเรียน การเจรจาไกล่เกลี่ย โดยการจัดตั้งคณะกรรมการด้านกฎหมาย 3) กำหนดแนว

ปฏิบัติการดูแลผู้คลอดที่ได้มาตรฐานมีระบบกลไกสร้างต้นแบบในการดูแลแก่โรงพยาบาลชุมชนในเครือข่าย เพื่อให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานได้มีแนวทางในการดูแลเพื่อการรักษาพยาบาลผู้คลอดได้ถูกต้อง เหมาะสม ทันทั่วถึง และมีแบบแผนที่ดีมีคุณภาพ ส่งผลให้ผู้คลอดได้รับการช่วยเหลือดูแลอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพจากทีมสหสาขา ประกอบด้วยแพทย์และพยาบาลตั้งแต่แรกรับ โดยการประเมิน สภาพทั่วไป และอาการเปลี่ยนแปลงของผู้คลอด มีระบบการรายงานแพทย์ที่รวดเร็ว การเตรียมความพร้อมในการให้ความช่วยเหลือผู้คลอด เช่น การเตรียมอุปกรณ์เครื่องมือในการช่วย คลอด การเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยชีวิตมารดาและ ทารก การเตรียมยาฉุกเฉินที่จำเป็นไว้พร้อมใช้รวมทั้งระบบการส่งต่อผู้คลอดไปโรงพยาบาลแม่ข่าย รวมถึงการวางแผนจำหน่ายโดยการเตรียมตัวมารดาหลังคลอดและญาติร่วมกับการส่งต่อข้อมูลสู่ทีมสุขภาพในชุมชนด้วย

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรมีการส่งเสริมสมรรถนะพยาบาล ทบทุนกระบวนการดูแลมารดาเสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด มารดาตกเลือดหลังคลอดตลอดจนการพัฒนาแนวทางและสมรรถนะทางการพยาบาลในการดูแลมารดาที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการคลอด (ส่งเสริมการนำการจัดการรายกรณีมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย)

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อแสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ชัดเจน ควรมีการศึกษาวิจัยประสิทธิผลการใช้แนวคิดการจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยตกเลือดหลังคลอดเพิ่มเติม อันจะเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). คู่มือเวชปฏิบัติการคลอดมาตรฐาน. กลุ่มงานพัฒนานโยบายและ ยุทธศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข (2562).กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ISSN 0857 – 3093
- กฤษณา สารบรรณ และคณะ (2565). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการตกเลือดในระยะ 2-24 ชั่วโมง หลังคลอด หอผู้ป่วยสูติรีเวชกรรม โรงพยาบาลหนองคาย. วารสารโรงพยาบาลหนองคาย Y2022-14
- ตรีภาพ เลิศบรรณพงษ์ (2561).การดูแลรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดเฉียบพลันจากมดลูกหดตัวไม่ตีด้วยกระบวนการ TIME. ใน วิบูลย์ เรืองชัยนิคม และคณะ (บ.ก), เวชศาสตร์มารดาและทารกในครรภ์ 4.0 เพื่อสุขภาพที่ดีของครอบครัวไทย (น.59-67) กรุงเทพฯ : บริษัทนาเพลส จำกัด
- บุษยรัตน์ วงศ์วิริยะเวช, ญัฎฐพร จันทรแสนโรจน์, และชุตินา เทียนชัยทัศน์.(2561).การศึกษาปัจจัยส่งผลการตกเลือดหลังคลอดระยะแรก โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี.วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี พเยาว์ บุญที (2564). การพยาบาลมารดาหลังคลอดที่ตกเลือด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ ปีที่ 44 ฉบับที่ 2 เมษายน-มิถุนายน 2564

- ทิพวรรณ ศรีเจริญ.(2560).การตกเลือดหลังคลอด:บทบาทสำคัญของพยาบาลในการป้องกันสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม-ธันวาคม 2560
- ราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2562-2564. แนวทางเวชปฏิบัติของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย เรื่องการป้องกันและรักษาภาวะตกเลือดหลังคลอดจากมดลูกหดตัวไม่มีดี RTCOG Clinical Practice Guideline Prevention and Management of Atonic Postpartum Hemorrhage ใน รัตยา โพธิ์ผลิ ภาพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและภาวะช็อก. Trat Hospital Publication 30 พฤศจิกายน 2563.
- โรงพยาบาลห้วยทับทัน. (2565). ข้อมูลทะเบียนคลอดโรงพยาบาลห้วยทับทันประจำปี 2565 โรงพยาบาลห้วยทับทัน. มปท สุภานัน ชัยราช.(2560) Nursing role : Saving Mothers from Massive Management in Postpartum Hemorrhage. ใน รัตยา โพธิ์ผลิ การพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะตกเลือดหลังคลอดและมีภาวะช็อก. Trat Hospital Publication 30 พฤศจิกายน 2563.
- อนุสร การเกษ,และนางลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2560). ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ต่อผลลัพธ์ที่คัดสรรในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่2 ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ณ แผนก อุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน. วารสารการพยาบาลและการดูแล สุขภาพ, 35(1), 119-127.
- Case Management Society of America.(2010)Standards of practice for case management. Retrieved January15,2016.
- Gordon, M. (1994). Nursing diagnosis: Process and Application. New York: McGraw-Hill.
- Murray, S.S. and McKinney, E.S. 2014. Pain management during childbirth. In Foundation of Maternal-Newborn and Women's Health Nursing. 6th ed.,(pp. 278-282). United States of America : Saunders Elsevier.
- Perry E, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Winson D. Postpartum complications. In: Maternal child nursing care. 4 th ed. Maryland Heights, Mo.: Mosby Elsevier; 2010
- Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guidelines Program. 2012. Primary postpartum hemorrhage. Queensland Maternity and Neonatal Clinical Guideline.
- World Health Organization. 2009. WHO guidelines for the management of postpartum hemorrhage and retained placenta.France: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data
- World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage. Italy: WHO; 2012
- World Health Organization, UNICEF, UNFPA, and the United Nation Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Switzerland: WHO; 2014

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมองค์ความรู้และการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริม
ทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัย ในจังหวัดศรีสะเกษ

The effect of Knowledge promotion program and organizing activities of
early childhood teachers for developing the Executive Function skill
of early childhood in Sisaket Province

ปิยะพร มงคลศิริ^{1*}
Piyaporn Mongkonsiri^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมองค์ความรู้และการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัย ในจังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูหรือครูพี่เลี้ยงในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนาร่องจังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 80 คน และกลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยอายุระหว่าง 3-6 ปี ที่มีครูหรือครูพี่เลี้ยงเข้ารับการอบรมส่งเสริมองค์ความรู้และการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัย ในจังหวัดศรีสะเกษ ครบถ้วน 2 วันและมีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก จำนวน 41 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติบรรยาย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และใช้สถิติอนุมาน ได้แก่ Mc Nemar test และ Paired sample t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างครูเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.0 มีอายุเฉลี่ย 37.32 (S.D.=8.285 ปี) มีประสบการณ์ในการสอนเฉลี่ย 9.56 (S.D.=7.271 ปี) ก่อนการอบรมส่วนใหญ่ครูมีความรู้ทักษะสมองการคิดเชิงบริหารสำหรับเด็กปฐมวัยในระดับน้อย และ ปานกลาง ร้อยละ 61.4 คะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจทักษะการคิดเชิงบริหารของครูปฐมวัย หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) คะแนนเฉลี่ยทักษะสมองการคิดเชิงบริหาร (EF) ของเด็กปฐมวัยทั้งรายด้าน การยับยั้งชั่งใจ ด้านการคิดยืดหยุ่น ด้านการควบคุมอารมณ์ ด้านความจำขณะทำงาน ด้านการวางแผนจัดการ และภาพรวม หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารมีพัฒนาการอยู่ในระดับสมวัยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองจาก 37 คน (ร้อยละ 90.2) เป็น 40 คน (ร้อยละ 97.6) และมีพัฒนาการอยู่ในระดับสงสัยล่าช้าลดลงจาก 4 คน (ร้อยละ 9.8) เป็น 1 คน (ร้อยละ 2.4) แต่ไม่แตกต่างกันัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} > 0.05$) ครูปฐมวัยที่เข้าร่วมโปรแกรมสามารถจัดกิจกรรมและส่งผลให้เกิดการส่งเสริมพัฒนาทักษะการคิดเชิงบริหารทั้งรายด้าน และภาพรวม รวมไปถึงยังช่วยส่งเสริมพัฒนาการของเด็กปฐมวัยให้ดีขึ้นได้

คำสำคัญ: โปรแกรม, ความรู้, ครูปฐมวัย, ทักษะการคิดเชิงบริหาร, เด็กปฐมวัย

Abstract

This quasi-experimental research aims to study the effect of knowledge promotion program and activities of early childhood teachers for developing the Executive Function skill of early childhood in Sisaket Province. A total of 80 participations were early childhood teachers and teacher assistants at a prototype school in Sisaket Province. And the samples were 41 early childhood aged 3-6 years old by early childhood teachers and teacher assistants who attended a knowledge promotion program and organized activities of early childhood teachers for developing the Executive Function skill completed two days and had a high-level score. The data were analyzed using descriptive statistics: percentage, mean, and standard deviation. Inferential statistics, including the McNemar test and paired sample t-test, at a significance level of 0.05. The results showed that 100.0 % were female, aged 37.32 (8.285 years old), with teaching experience of 9.56 (7.271 years). Before the training, most of the participations (61.4 %) had a medium and low level of knowledge promotion program and organizing activities of early childhood teachers for developing the Executive Function skill of early childhood. The average score on the knowledge of the Executive Function skill of early childhood teachers was higher than before the training with a significant

level at $p < 0.05$. Moreover, the average executive function of early childhood is high in both aspects—the side of restraint, inhibitory control, emotional control, working memory, plan and organization and overall higher than before the training with a significant level at $p < 0.05$. Early childhood that attended the program has child development level than before the test from 37 people (90.2%), 40 people (97.6%), and slow down the development 4 people (9.8%) 1 person (2.4%). However, there are no significant differences ($p\text{-value} > 0.05$). The early childhood teachers that have attended the program could organize activities for early childhood. The effects of program promotion could develop in both aspects—the side of restraint, inhibitory control, emotional control, working memory, plan and organization, and the overall include helping to promote the development of early childhood.

KEYWORDS: Program, Knowledge, Early childhood teacher, Executive function, Early childhood

^{1*} กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

Email: Mongkon2679@hotmail.co.th

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 เริ่มตั้งแต่ปลายปี พ.ศ.2562 เป็นต้นมา ส่งผลทำให้ประเทศไทยประกาศ พก. ถูกเดินเพื่อเป็นการป้องกันโรคติดต่อ โดยการจำกัดการเดินทาง มีการหยุดเรียน หยุดทำงานเพื่อให้มีการเดินทางน้อยที่สุด(สสส., 2564) สำหรับเด็กปฐมวัย การปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กส่งผลเสียต่อสุขภาพและพัฒนาการของเด็กเป็นอย่างมาก เพราะเด็กขาดโอกาสได้รับการทางด้านโภชนาการและกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการ โดยเฉพาะเด็กในกลุ่มเปราะบางที่ต้องพึ่งอาหารกลางวัน ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและโรงเรียน (unicef Thailand,2564) ถึงแม้ว่าการที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปิดจะทำให้พ่อแม่ ผู้ปกครองมีเวลาอยู่กับลูกมากขึ้น แต่เด็กก็ขาดกิจกรรมหรือของเล่นที่ช่วยเสริมสร้างพัฒนาการ และการที่พ่อแม่ ผู้ปกครองกังวลว่าเด็กจะติดโควิดจึงไม่ค่อยให้เด็กออกนอกบ้าน เด็กจึงต้องอยู่ในห้องแคบจึงดูโทรทัศน์หรือเล่นมือถือมากขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมก้าวร้าว เอาแต่ใจตัวเอง ขาดระเบียบวินัย (จิราภรณ์ แผลงประพันธ์ และสมชัย จิตสุชล, 2563) การปิดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กทั่วประเทศเป็นการผลกระทบการดูแลเด็กปฐมวัยให้กลับไปหน่วยครอบครัว พ่อแม่ ผู้ปกครองจำเป็นต้องแบกรับภาระในการเลี้ยงดูบุตรหลานและหารายได้เลี้ยงชีพ ในขณะที่โครงสร้างเศรษฐกิจในปัจจุบันทำให้พ่อแม่ ผู้ปกครองสูญเสียทักษะความสามารถในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอย่างมีคุณภาพ พ่อแม่ ผู้ปกครองมีความยุ่งยากลำบากที่จะต้องหากิจกรรมหรือเป็นเพื่อนเล่นกับเด็กและไม่มีวิธีการจัดการกับเด็กเมื่ออยู่ที่บ้าน ไม่รู้ว่าจะชวนเด็กทำอะไร เนื่องจากพ่อแม่ ผู้ปกครองหลายคนไม่มีความพร้อมในการปรับบทบาทของ

ตนเองมาเป็นครูสอนเด็กในการฝึกทักษะทางการเรียนรู้¹ ดังนั้นเมื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปิดตัวลงจึงทำให้สถาบันครอบครัวรับภาระหนักมากขึ้นและมีผลทำให้พัฒนาการด้านการเรียนรู้ของเด็กก็ด้อยลงด้วย

ข้อมูลสถานการณ์พัฒนาการเด็กไทยจากฐานข้อมูล Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2563 บ่งชี้ว่าพัฒนาการของเด็กไทยมีแนวโน้มล่าช้าลง ผลการดำเนินงาน คัดกรองพัฒนาการลดลงจึงทำให้ค้นพบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าได้น้อยลง และผลการติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าก็สามารถดำเนินการได้น้อยลงเช่นกัน ซึ่งได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ทำให้การติดตามเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าเพื่อให้ได้รับการกระตุ้นอย่างเหมาะสมภายใน 30 วันเป็นไปได้ยาก และพบเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยลดลง (กรมอนามัย,ม.ป.ป.) ปีงบประมาณ 2564 (ตุลาคม 2563- มิถุนายน 2564) พบว่า ความครอบคลุมของการคัดกรองพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 88.90 ลดลงจากปี 2563 ในช่วงเวลาเดียวกัน เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 28.00 และเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ารอกระตุ้นและติดตามภายใน 30 วัน ร้อยละ 90.70 จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 มีผลทำให้เด็กไม่สามารถเข้ามารับบริการได้ตามวันเวลาที่นัดหมาย โดยเด็กที่มีพัฒนาการทางภาษาล่าช้า ทั้งการใช้ภาษาและการเข้าใจภาษา มีแนวโน้มมากขึ้น สำหรับการติดตามเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการล่าช้าได้รับการคัดกรองด้วย TIDA4I หรือเครื่องมือมาตรฐานอื่น พบว่า เด็กกลุ่มดังกล่าวได้รับการกระตุ้นพัฒนาการ ร้อยละ 69.90 ใกล้เคียงค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (กรมอนามัย,2563) สถานการณ์พัฒนาการเด็กของจังหวัดศรีสะเกษ

ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ด้วยเช่นกัน ข้อมูลจาก Health Data Center (HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข ณ เดือนกรกฎาคม ย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2561-2564 สะท้อนว่าผลการดำเนินงานคัดกรองพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี ตามกลุ่มอายุ 9 18 30 42 และ 60 เดือน ปีงบประมาณ 2561 มีค่าต่ำกว่าปีอื่นๆ ทั้งร้อยละความครอบคลุมของการคัดกรองพัฒนาการเด็ก ร้อยละเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ารอกระตุ้นและติดตามภายใน 30 วัน และร้อยละเด็กมีพัฒนาการสมวัย ขณะที่ปีงบประมาณ 2563-2564 มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับปีงบประมาณ 2562 ได้แก่ ความครอบคลุมของการคัดกรองพัฒนาการเด็ก ในปี 2563-2564 ลดลงจาก ร้อยละ 92.85 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 90.60 และ ร้อยละ 86.06 ตามลำดับ ส่วนเด็กที่มีพัฒนาการสมวัยในปี 2563-2564 ลดลงจาก ร้อยละ 90.38 ในปี 2562 เป็นร้อยละ 88.43 และ 83.35 ตามลำดับ (กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ, 2565)

จากปัญหาสถานการณ์พัฒนาการของเด็กปฐมวัย ที่กล่าวไปแล้วข้างต้น พบว่า มีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของสมองโดยเฉพาะสมองชั้นสูงส่วนการรู้คิดและบริหารจัดการ (Executive Function in the Brain: EF) เป็นการทำงานของสมองส่วนหน้า (Prefrontal cortex) ซึ่งเป็น CEO หัวหน้าที่สำคัญของสมอง มีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ การเรียนรู้ การทำงาน (Working Memory) การควบคุมตนเอง ยับยั้งชั่งใจ (Inhibitory Control) และมีความยืดหยุ่น ปรับตัวแก้ปัญหาได้เอง (Cognitive Flexibility) ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นสำหรับเด็กไทยในศตวรรษที่ 21 ในโลกที่ผันผวนเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วรุนแรงและซับซ้อน โดยจากการศึกษาของ Adele Diamond (2013) พบว่า เด็กที่ได้รับการส่งเสริมประสบการณ์การเรียนรู้ ตั้งแต่ปฐมวัยผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ดนตรี ศิลปะ หรือ กิจกรรมประจำวันที่ทำให้เด็กได้สนุกกับการเรียนรู้ ช่วยพัฒนากล้ามเนื้อมัดเล็ก กล้ามเนื้อมัดใหญ่ ทักษะภาษา และทักษะสังคม ทำให้ร่างกายแข็งแรง มีจิตอาสา มีความมั่นใจและภูมิใจในตนเองจะนำไปสู่การพัฒนาทักษะ EF ทั้ง 3 ด้าน ในการสร้างทักษะ EF นั้นเด็กต้องมีสมาธิ จดจ่อในสิ่งที่ทำ มีวินัย สามารถจดจำและวางแผนการทำงานเป็นลำดับขั้นตอนและปรับตัวได้อย่างรวดเร็วในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นรากฐานสำคัญที่ช่วยให้เด็กมีพฤติกรรมพัฒนาการสมวัยทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ทำให้เด็กมีความพร้อมที่จะเรียนและประสบความสำเร็จในการศึกษา จึงกล่าวได้ว่า การพัฒนา

สมองและส่งเสริมพัฒนาการของเด็กตั้งแต่ปฐมวัยจึงเป็นปัจจัยที่กำหนดศักยภาพและคุณภาพของคนตลอดชีวิต

นอกจากนี้ การพัฒนาทักษะ EF ในช่วงอายุ 1 ปี มีการพัฒนาทักษะ EF ด้าน working memory ในช่วงอายุ 3 – 3.5 ปี เด็กสามารถยับยั้งชั่งใจได้ ช่วงอายุ 4 – 4.5 ปี สามารถยืดหยุ่นความคิดได้ หากเด็กมีทักษะ EF ทั้ง 3 ด้านดี จะทำให้เด็กสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดีเมื่ออายุ 5 – 6 ปี และส่งผลทำให้เด็กมีทักษะการวางแผนจัดการมีเหตุผล เริ่มลงมือทำด้วยตนเอง ทักษะการติดตามและประเมินตนเอง และปรับเปลี่ยนการแก้ปัญหาด้วยวิธีการใหม่ ๆ (problem solving) เด็กที่มี EF ดี มีความสามารถที่จะมีความจำขณะทำงานได้ดี ทำได้หลายอย่างโดยไม่สับสน (multi-tasking) ยับยั้งควบคุมตนเองได้ในสภาวะต่าง ๆ ทำสิ่งที่ซับซ้อนได้ตามลำดับขั้นตอนแม้ในยามที่ถูกรบกวน/ขัดจังหวะ จดจ่อทำสิ่งที่กำลังทำอยู่ต่อไปจนสำเร็จ แม้มีสิ่งอื่นมากระตุ้นความสนใจ รู้จักคิดยืดหยุ่น คิดนอกกรอบในการแก้ปัญหา และปรับตัวง่าย (Adele Diamond, 2013) ในทางกลับกันหากเด็กมีความบกพร่องในทักษะ EF มักมีพฤติกรรมที่ไม่ถูกกาลเทศะ พุดแทรก ทำเรื่องเล็กให้เป็นเรื่องใหญ่ ต่อต้านการเปลี่ยนแปลง ถูกกระตุ้นง่าย และสงบนายก ทำโดยไม่ยั้งคิด ขาดทักษะการแก้ไขปัญหา ดังนั้น การส่งเสริมเด็กตั้งแต่นั้น ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญและควรพัฒนาให้สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กในแต่ละช่วงวัย ดังนั้นจากความสัมพันธ์เชื่อมโยงกันของทักษะสมอง การคิดเชิงบริหารขั้นสูงและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น ซึ่งนับได้ว่าทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงเป็นกุญแจดอกสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในด้านต่าง ๆ โดยเฉพาะจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ที่ส่งผลให้ผลกระทบต่อการดำเนินงานด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของจังหวัดศรีสะเกษ ทางออกของปัญหานี้จำเป็นต้องได้รับความจากความร่วมมือจากครูปฐมวัยและผู้ดูแลเด็กที่มีความรู้ ประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญเฉพาะทางวิชาการในการให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่เป็ช่องว่างในการยกระดับองค์ความรู้ด้านทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงเพื่อเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการให้แก่เด็กปฐมวัย ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จึงได้ดำเนินโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมองค์ความรู้และการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัย ในจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อพัฒนาให้ความรู้เสริมสร้างสมรรถนะครู เกี่ยวกับทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูง ทั้งในส่วนของการความรู้ เข้าใจ EF และใช้

ทักษะ EF เป็นเพื่อส่งเสริม สนับสนุน และยกระดับศักยภาพของศูนย์เด็กเล็กและโรงเรียนให้มีขีดความสามารถในการดูแลและส่งเสริมพัฒนาการให้แก่เด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการล่าช้าให้ได้รับการพัฒนาและมีการขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมทุกระดับตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ และจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กให้เป็นวาระของจังหวัดและมีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่ปีงบประมาณ 2565 เป็นต้นไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมองค์ความรู้และการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัย ในจังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้ความเข้าใจของครูปฐมวัย ทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูง และระดับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรม

นิยามศัพท์เฉพาะ

เด็กปฐมวัย หมายถึง เด็กชั้นอนุบาล 1 – 3 ที่มีอายุระหว่าง 3-6 ปี กำลังเรียนอยู่ในโรงเรียนตดอบวิทยา และโรงเรียนโนนสำนั จังหวัดศรีสะเกษ

โปรแกรมการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัย หมายถึง ชุดกิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้ครูปฐมวัยนำไปส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหาร (EF) ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดแนวทางการฝึกฝนทักษะการคิดเชิงบริหารของศูนย์พัฒนาเด็ก มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (2012) ด้วยรูปแบบกิจกรรมในสถานการณ์ที่อาศัยครูในการส่งเสริม พัฒนาทักษะ EF 5 ด้าน ได้แก่ การยับยั้งชั่งใจ ด้านการคิดยืดหยุ่น ด้านการควบคุมอารมณ์ ด้านความจำขณะทำงาน ด้านการวางแผนจัดการ

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง The One Group Pretest-Posttest Design

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ เด็กปฐมวัยที่มีอายุระหว่าง 3 – 6 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนาร่องจังหวัดศรีสะเกษ และ ครู (รวมครูพี่เลี้ยง) ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กนาร่อง จังหวัดศรีสะเกษ

2. กลุ่มตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1.กลุ่มตัวอย่างครู (รวมครูพี่เลี้ยง) เป็นครูประจำชั้นใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ศูนย์ละ 2 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง รวมทั้งสิ้น จำนวน 80 คน **เกณฑ์การคัดเลือก** ครู (รวมครูพี่เลี้ยง) เป็นครูประจำชั้นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และมีระยะเวลาการอบรมครบ 2 วัน **เกณฑ์การคัดออก** ครู (รวมครูพี่เลี้ยง) เป็นครูประจำชั้นในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีระยะเวลาอยู่กับเด็กปฐมวัยน้อยกว่า 3 เดือนและ 2.เด็กปฐมวัยที่มีอายุระหว่าง 3-6 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตพื้นที่จังหวัดศรีสะเกษ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ทางสถิติ (Power Analysis) ของ Cohen (1988) โดยการกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญ (Significant Level) ที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Level of Power) เท่ากับ 0.80 หาขนาดอิทธิพลค่าความแตกต่าง (effect size) ของงานวิจัยที่ผ่านมา Behavior Research Methods (Faul, Erdfelder, Lang, and Buchner, 2007) ซึ่งได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 34 คน เพื่อให้ขนาดกลุ่มตัวอย่างครอบคลุมเกณฑ์หากกลุ่มตัวอย่างมีการสูญหาย (drop out) ระหว่างดำเนินการทดลอง ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเกณฑ์ที่กำหนดไว้ในการศึกษาทั้งหมด จำนวน 41 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยไม่ใช้ความน่าจะเป็น (Nonprobability sampling) การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติ **เกณฑ์การคัดเลือก** เด็กปฐมวัยที่ผู้ปกครองมีความสมัครใจเต็มใจให้เด็กทำกิจกรรม และมีครูหรือผู้ดูแลเด็กปฐมวัยเข้ารับการอบรมส่งเสริมองค์ความรู้และการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัย ในจังหวัดศรีสะเกษ ครบถ้วน 2 วัน มีคะแนนอยู่ในระดับดีมาก มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีสื่อสารได้ เช่น Zoom และสามารถอยู่กับเด็กและลงกิจกรรมไปอย่างต่อเนื่องหลังการอบรมเป็นระยะเวลา 3 เดือน หรือ 8 สัปดาห์ขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก โรงเรียนที่ครูปฐมวัยติดภารกิจในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลดำเนินการตามแบบแผนโปรแกรม และมีการเจ็บป่วยรุนแรงหรือกะทันหัน ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล ดำเนินการตามแบบแผนโปรแกรม ทำให้

ไม่สามารถเข้าถึงการจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหาร หรือให้ข้อมูลได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 6 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของครู คือ ข้อคำถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์ในการสอน ระดับการศึกษา จบการศึกษาด้านสาขา รายได้ สถานภาพสมรส และข้อมูลการเรียนการสอน โดยให้ตอบแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (Close ended question)

ส่วนที่ 2 แบบวัดระดับความรู้ ความเข้าใจ ใน ความหมาย ความสำคัญ หลักการทฤษฎีพื้นฐานของ พัฒนาการสมองด้านการคิดเชิงบริหาร (Executive Function: EF) ในเด็กปฐมวัยของครู ในจังหวัดศรีสะเกษ

เป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง โดยแบบวัดด้านความรู้จะเป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับความหมาย องค์ประกอบของทักษะ EF ความสำคัญของ EF ส่วนด้านความเข้าใจและทักษะจะเป็นข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับหลักการส่งเสริมทักษะ EF ในเด็กปฐมวัย ตัวอย่างกิจกรรมในห้องเรียนที่ช่วยส่งเสริม EF คิดเชื่อมโยงทักษะ EF กับเนื้อหาที่สอน ข้อคำถามลักษณะแบบเลือกตอบถูกผิด ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน ประกอบไปด้วย 25 ข้อคำถาม โดยกำหนดเกณฑ์ระดับความรู้ในแต่ละด้านดังต่อไปนี้ ระดับความรู้ดีมาก คะแนน เท่ากับ 20 คะแนน ,ระดับความรู้ปานกลาง คะแนน เท่ากับ 15-19 คะแนน และระดับความรู้น้อย คะแนน น้อยกว่า 15 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดทักษะการคิดเชิงบริหาร

แบบวัดทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยด้วยแบบประเมิน MU.EF-101 เป็นแบบประเมินพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ในเด็กวัยก่อนเรียน (แบบ MU.EF-101) ผู้ที่ใช้แบบประเมินตามเครื่องมือ คือ ครูประจำชั้น ที่เป็นบุคคลที่รู้จักคุ้นเคยพฤติกรรมเด็ก เป็นอย่างดี และต้องสอนหรือดูแลเด็กที่ถูกประเมินมาแล้ว อย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 3 เดือน แบบประเมิน พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (EF) ในเด็กวัยก่อนเรียน (แบบ MU.EF-101) จำนวน 32 ข้อ แบ่งเป็น 5 ตัวบ่งชี้ ประกอบด้วย ตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม จำนวน 10 ข้อ ตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านการเปลี่ยน/ความคิดยืดหยุ่นในการคิด จำนวน 5 ข้อ ตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านการควบคุมอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านความจำขณะทำงาน จำนวน 6 ข้อ และตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านการวางแผนจัดการ จำนวน 6 ข้อ เป็นการประเมินว่าเด็กมีพฤติกรรมเหล่านี้บ่อยแค่ไหนในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา

โดยมีสเกลการประเมินอยู่ที่ 5 ระดับ และการแปลผลคะแนน ดังนี้ ไม่เคย ได้ 0 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/เดือน ได้ 1 คะแนน ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ได้ 2 คะแนน ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ได้ 3 คะแนน ปฏิบัติ ทุกวัน ได้ 4 คะแนน

การแปลผลแบบประเมิน

เมื่อได้คะแนนรวมแต่ละด้านของเด็กแต่ละคน จะนำมาเทียบกับตารางสรุปผลการประเมิน พัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร โดยตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านการหยุด การยับยั้งพฤติกรรม คะแนนเต็ม 40 คะแนน ตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านการเปลี่ยน/ความคิดยืดหยุ่นในการคิด คะแนนเต็ม 20 คะแนน ตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านการควบคุมอารมณ์ คะแนนเต็ม 20 คะแนน ตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านความจำขณะทำงาน คะแนนเต็ม 24 คะแนน ตัวบ่งชี้ พัฒนาการด้านการวางแผนจัดการ คะแนนเต็ม 24 คะแนน และคะแนน พัฒนาการโดยรวม คะแนนเต็ม 128 คะแนน โดยในแต่ละตัวบ่งชี้จะมีการแบ่งระดับคะแนนรวมออกมา ตามค่า T-Score เป็น 5 ระดับ จากนั้นก็จะนำมาเทียบกับกราฟตามเพศ และอายุ ในพัฒนาการแต่ละด้าน โดย T-Score คือคะแนนที่มีคะแนนเฉลี่ย 50 และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10 เกณฑ์การแปลความหมาย คะแนน T-Score ของแบบประเมิน MU.EF-101 มีดังนี้ T-Score >60 หมายถึง สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก (ดีมาก) ,T-Score 56-60 หมายถึง สูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย (ดี) ,T-Score 45-55 หมายถึง เกณฑ์เฉลี่ย (ปานกลาง),T-Score 40-44 หมายถึง ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยเล็กน้อย (ควรพัฒนา) ,T-Score <40 หมายถึง ต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมาก (ควรปรับปรุง)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินพัฒนาการเด็ก DSPM

เครื่องมือที่พัฒนาโดย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข คู่มือการเฝ้าระวังระว่างและ พัฒนาการเด็กปฐมวัย” (Developmental Surveillance and Promotion Manual: DSPM) คัดกรองพัฒนาการไม่สมวัยทั้งของทักษะ 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor, GM) ,ทักษะด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor, FM) ทักษะด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language, RL) ทักษะด้านการใช้ภาษา (Expressive Language, EL) และทักษะด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (Personal and Social, PS) แปลผลสงสัยว่าล่าช้า กรณีไม่ผ่านข้อใดข้อหนึ่งในการทดสอบแต่ละด้าน ประเมินโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมคุณภาพระดับตำบล

ส่วนที่ 5 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ลักษณะของเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัย ในจังหวัดศรีสะเกษ ที่ประยุกต์มาจากความรู้ความเข้าใจ หลังจากที่ได้รับการอบรมส่งเสริมองค์ความรู้ โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที โดยครูประจำชั้น รวมทั้งหมด 24 ครั้ง โดยมีกิจกรรมจำนวน 7 กิจกรรมโดยครูปฐมวัยซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นและปรับตามแผนการเรียนการสอนแต่มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการให้เกิดการพัฒนาทักษะสมองการคิดเชิงบริหาร ตามแนวคิดของศูนย์พัฒนาเด็ก มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด (2012) ได้แก่ 1.กิจกรรมเคลื่อนไหวและจังหวะ 2. กิจกรรมครอบครัวของฉัน 3.กิจกรรมบ้านเรือนเคียงกัน 4. กิจกรรมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของฉัน 5.กิจกรรมชุมชนน่าอยู่ 6.กิจกรรมจังหวัดของเรา 7. กิจกรรมอาชีพในฝัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบวัดระดับความรู้ความเข้าใจ ในความหมาย ความสำคัญ หลักการทฤษฎีพื้นฐานของพัฒนาการสมองด้านการคิดเชิงบริหาร (Executive Function: EF) เด็กปฐมวัย ของครูในจังหวัดศรีสะเกษ ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และโปรแกรมการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัย ในจังหวัดศรีสะเกษ ตรวจสอบความเหมาะสมของโปรแกรมจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน โดยแบบสอบถามวัดระดับความรู้ ความเข้าใจของครู มีค่า IOC เท่ากับ 0.98 และโปรแกรมการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะ EF ได้ค่า IOC เท่ากับ 1.00 ในทุกกิจกรรม เมื่อนำแบบวัดความรู้ ความเข้าใจของครูไปทดลองกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน โดยใช้การหาค่าความเชื่อมั่นของคูเดอร์-ริชาร์ด 20 (Kuder-Richardson 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.796 ซึ่งอยู่ในระดับสูง (Kuder & Richardson, 1973) แล้วจึงนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2565 ถึง เดือน พฤศจิกายน 2565

ระยะก่อนการทดลอง (สิงหาคม 2565) ประเมินทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยด้วยแบบประเมิน MU.EF-101 โดยครูประจำชั้น และประเมินพัฒนาการเด็กด้วย DSPM คัดกรองพัฒนาการไม่สมวัยทั้งของทักษะ 5

ด้าน ได้แก่ ทักษะด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor, GM) ,ทักษะด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor, FM) ทักษะด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language, RL) ทักษะด้านการใช้ภาษา (Expressive Language, EL) และทักษะด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (Personal and Social, PS) ในเด็กปฐมวัย ก่อนการเข้ารับโปรแกรม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมคุณภาพระดับตำบล

ระยะทดลอง (สัปดาห์ที่ 1 - สัปดาห์ที่ 8)

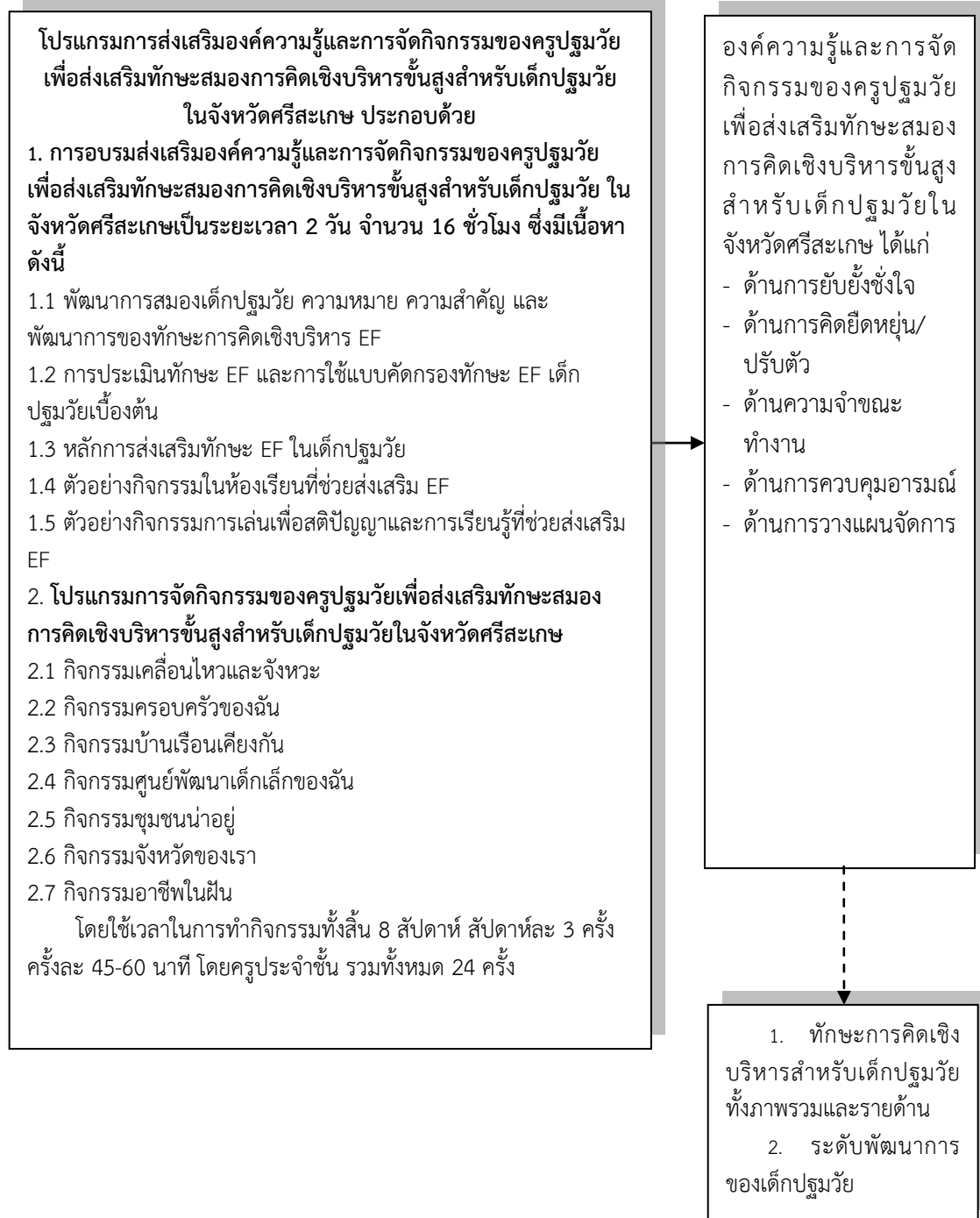
(สิงหาคม - ตุลาคม 2565) โปรแกรมการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัย ในจังหวัดศรีสะเกษ ที่ประยุกต์มาจากความรู้ความเข้าใจ หลังจากที่ได้รับการอบรมส่งเสริมองค์ความรู้ โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที โดยครูประจำชั้น รวมทั้งหมด 24 ครั้ง โดยมีกิจกรรมจำนวน 7 กิจกรรมโดยครูปฐมวัยซึ่งเป็นกิจกรรมตามแผนการเรียนการสอนแต่มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการให้เกิดการพัฒนาทักษะสมองการคิดเชิงบริหาร ได้แก่ 1.กิจกรรมเคลื่อนไหวและจังหวะ 2. กิจกรรมครอบครัวของฉัน 3.กิจกรรมบ้านเรือนเคียงกัน 4. กิจกรรมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของฉัน 5.กิจกรรมชุมชนน่าอยู่ 6.กิจกรรมจังหวัดของเรา 7. กิจกรรมอาชีพในฝัน ตัวอย่างเช่น กิจกรรมเคลื่อนไหวและจังหวัด มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมทักษะ EF ด้านความจำขณะทำงาน การยับยั้งชั่งใจ และการวางแผนจัดการ โดยการเปิดเพลงบ้านและให้เด็กเคลื่อนไหวร่างกายตามอิสระในกรอบแรก รอบถัดไปมีเงื่อนไข โดยเมื่อครูตบมือ 1 ครั้งเป็นสัญญาณไปยืนรวมกันที่มุมบ้านริมหน้าต่างได้จำนวนมากที่สุด และเมื่อครูตบมือรัวๆ ให้ยืนที่ไหนก็ได้ตามอิสระ เป็นต้น

ระยะหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 9 (เดือนตุลาคม 2565)

ประเมินทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยด้วยแบบประเมิน MU.EF-101 โดยครูประจำชั้นและประเมินพัฒนาการเด็ก ด้วย DSPM คัดกรองพัฒนาการไม่สมวัยทั้งของทักษะ 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะด้านการเคลื่อนไหว (Gross Motor, GM), ทักษะด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor, FM) ทักษะด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language, RL) ทักษะด้านการใช้ภาษา (Expressive Language, EL) และทักษะด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (Personal and Social, PS) ในเด็กปฐมวัย หลังการเข้ารับโปรแกรม โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขของโรงพยาบาลส่งเสริมคุณภาพระดับตำบล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยสามารถกำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ตามภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ศึกษาเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจของครูปฐมวัย และทักษะสมองการคิดเชิง

บริหารของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการอบรม ด้วยสถิติ Paired sample t-test

3. เพื่อเปรียบเทียบระดับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการทดลองการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยด้วยสถิติ Mc Nemar test

ข้อพิจารณาทางจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เมื่อวันที่ 5 เมษายน พ.ศ.2564เอกสารหมายเลข SPPH 2021-011

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างครูเป็นเพศหญิง ร้อยละ 100.0 มีอายุเฉลี่ย 37.32 (S.D. 8.285 ปี) โดยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-40 ปี ร้อยละ 47.9 รองลงมา คือ อายุ 40 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30.1 และอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 21.9 ตามลำดับ มีประสบการณ์ในการสอนเฉลี่ย 9.56 (S.D. 7.271 ปี) ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 82.2 ในสาขาการศึกษาปฐมวัย ร้อยละ 69.9 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนเท่ากับ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 42.5 และเกือบครึ่งมีสถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 46.6 ด้านการเรียนการสอน พบว่า เมื่อเด็กดื้อดิ่งไม่ยอมทำตามที่ท่านบอก เช่น ไม่ยอมเข้านอน ไม่ตื่นนม หรือไม่รับประทานข้าว เป็นต้น ส่วนใหญ่คุณครูจะถามเหตุผล และถ้าหากมีเหตุผลที่สมควรก็ไม่ว่าอะไร ร้อยละ 82.2 กรณีเมื่อเด็กเริ่มช่วยเหลือตัวเอง และยังทำได้ไม่คล่อง เช่น ตักอาหารรับประทานเองแล้วหก แต่งตัวเองแล้วติดกระดุมติด หรือใส่รองเท้า สลับข้าง เป็นต้น ส่วนใหญ่คุณครูจะให้กำลังใจ และคอยดูแลช่วยเหลือบ้าง ร้อยละ 69.9 ส่วนเมื่อเด็กเก็บของเล่นหรือสิ่งของเครื่องใช้ของตนเข้าที่หลังจากเล่นหรือเลิกใช้แล้ว ส่วนใหญ่คุณครูจะชมเชย และช่วยสอนให้เก็บได้เรียบร้อย ร้อยละ 97.3 เมื่อเด็กทำผิดแล้วสารภาพความผิด โดยที่ท่านไม่ได้คาดคั้นหรือไต่ถาม ส่วนใหญ่คุณครูแนะนำสั่งสอนว่าควรจะทำอย่างไรต่อไปหรือไม่ทำผิดซ้ำอีก ร้อยละ 84.9 และส่วน

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ความเข้าใจของครูปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการอบรม

คะแนนความรู้ ความเข้าใจ ของครูปฐมวัย	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	95% CI of the difference		t	p-value
				Lower	Upper		
ก่อน	18.23	2.680	ปานกลาง	-5.43	-3.95	-12.728*	<0.000
หลัง	22.93	1.973	มาก				

ใหญ่คุณครูจะถามเด็กถึงความรู้สึก ความต้องการ และความคิดเห็นหรือไม่ และถามบ่อยแค่ไหน (เช่น ให้เด็กตัดสินใจเลือกของเล่น, นิทาน, การเล่น, อุปกรณ์สื่อการเรียน เป็นต้น) ทุกครั้ง ร้อยละ 63.5

ผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ความเข้าใจของครูปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการอบรม

ก่อนการอบรมส่วนใหญ่ครูมีความรู้ ความเข้าใจ และการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยในระดับปานกลาง (15-19 คะแนน) ร้อยละ 45.7 รองลงมา คือ มีความรู้อยู่ในระดับน้อย (< 15 คะแนน) ร้อยละ 15.7 และมีความรู้ระดับมาก (> 19 คะแนน) ร้อยละ 38.6 ส่วนหลังการอบรม พบว่า ส่วนใหญ่ครูมีความรู้ ความเข้าใจ และการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยในระดับมาก (>19 คะแนน) ร้อยละ 94.8 รองลงมา คือ มีความรู้ในระดับปานกลาง (15-19 คะแนน) ร้อยละ 5.2 และเมื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ความเข้าใจของครูปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการอบรม พบว่า ก่อนการอบรมคุณครูมีคะแนนความรู้ ความเข้าใจเฉลี่ยเท่ากับ 18.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.680 อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนหลังการอบรมคุณครูคะแนนความรู้ ความเข้าใจเฉลี่ยเท่ากับ 22.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.973 อยู่ในระดับมาก และเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired sample t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจทักษะการคิดเชิงบริหารของครูปฐมวัย ในศูนย์เด็กเล็กจังหวัดศรีสะเกษ ก่อน หลังการอบรม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยหลังการอบรม คุณครูมีคะแนน มากกว่า ก่อนอบรม อยู่ 4.696 คะแนน (ตารางที่ 1) แสดงว่าการจัดอบรมโปรแกรมการส่งเสริมองค์ความรู้และการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูง สำหรับเด็กปฐมวัย ในจังหวัดศรีสะเกษเป็นระยะเวลา 2 วัน จำนวน 16 ชั่วโมงสามารถพัฒนาความรู้เกี่ยวกับทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยให้กับครูปฐมวัยดีขึ้นได้

*p-value <0.05

ผลการเปรียบเทียบระดับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการทดลองการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัย

เด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารมีพัฒนาการอยู่ในระดับสมวัย เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองจาก 37 คน (ร้อยละ 90.2)

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบระดับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการทดลองการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัย ด้วยสถิติ McNemar test

ระดับพัฒนาการของเด็กปฐมวัย	การเข้ารับโปรแกรมการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารของครูปฐมวัย		P-value
	ก่อน	หลัง	
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	
สมวัย	37 (90.2)	40 (97.6)	0.250
สงสัยล่าช้า	4 (9.8)	1 (2.4)	

*p-value <0.05

ผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัย ในจังหวัดศรีสะเกษ ก่อน และ หลังการการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัย ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารที่จัดโดยครูปฐมวัย เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีระดับทักษะการคิดเชิงบริหารในภาพรวมอยู่ในระดับควรพัฒนา ร้อยละ 41.5 รองลงมา คือ ระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 26.8 และระดับปานกลาง ร้อยละ 24.4 ระดับดี ร้อยละ 7.3 ตามลำดับ ส่วนหลังการเข้ารับโปรแกรม พบว่า เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่ มีระดับทักษะการคิดเชิงบริหารในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 48.8 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.0 ระดับดี ร้อยละ 9.8 และมีเพียงเล็กน้อยที่อยู่ในระดับควรพัฒนา ร้อยละ 2.4 ซึ่งเมื่อทดสอบด้วยสถิติ Paired sample t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะสมองการคิดเชิงบริหาร (EF) ของเด็กปฐมวัยทั้ง

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจของครูปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดศรีสะเกษ ก่อนและหลังการอบรม

เป็น 40 คน (ร้อยละ 97.6) และมีพัฒนาการอยู่ในระดับสงสัยล่าช้าลดลงจาก 4 คน (ร้อยละ 9.8) เป็น 1 คน (ร้อยละ 2.4) แต่ไม่แตกต่างในนัยสำคัญทางสถิติ (p-value>0.05) (ตารางที่ 2)

รายด้าน (ด้านการยับยั้งชั่งใจ ด้านการคิดยืดหยุ่น ด้านการควบคุมอารมณ์ ด้านความจำขณะทำงาน ด้านการวางแผนจัดการ) และภาพรวม ก่อน หลังการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัย แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยหลังการเข้ารับโปรแกรม เด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการคิดเชิงบริหารในภาพรวม เพิ่มขึ้นจากก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมอยู่ 15.75 คะแนน และทุกด้าน ได้แก่ ด้านการยับยั้งชั่งใจ ด้านการคิดยืดหยุ่น ด้านการควบคุมอารมณ์ ด้านความจำขณะทำงาน ด้านการวางแผนจัดการ มีการพัฒนาที่ดีขึ้น โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเด็กปฐมวัยมีคะแนนเฉลี่ย ทักษะการคิดเชิงบริหาร รายด้านทุกด้านอยู่ในระดับควรพัฒนา หลังการเข้าร่วมโปรแกรมพบว่า มีคะแนนเฉลี่ย ทักษะการคิดเชิงบริหาร รายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดี (ตารางที่ 3)

ความเข้าใจของครูปฐมวัย ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัด

ทักษะการคิดเชิงบริหาร	ก่อนการอบรม			95% CI of the difference		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	Lower	Upper		
1.ทักษะการยับยั้งชั่งใจ				-17.39	-12.89	-13.624*	<0.000
ก่อน	44.39	5.787	ควรพัฒนา				
หลัง	59.54	8.747	ดี				
2.ทักษะการคิดยืดหยุ่น				-15.05	-10.75	-12.123*	<0.000
ก่อน	43.22	7.023	ควรพัฒนา				
หลัง	56.12	9.209	ดี				

3.ทักษะการควบคุมอารมณ์				-16.67	-12.49	-14.120*	<0.000
ก่อน	44.83	4.685	ควรพัฒนา				
หลัง	59.41	7.294	ดี				
4.ทักษะความจำขณะทำงาน				-16.18	-12.54	-15.943*	<0.000
ก่อน	44.05	5.648	ควรพัฒนา				
หลัง	58.41	7.000	ดี				
5.ทักษะการวางแผนจัดการ				-17.83	-14.41	-19.068*	<0.000
ก่อน	41.82	4.821	ควรพัฒนา				
หลัง	57.95	4.821	ดี				
6.ภาพรวม				-17.63	-16.94	-16.947*	<0.000
ก่อน	43.59	6.193	ควรพัฒนา				
หลัง	59.34	7.914	ดี				

*p-value <0.05

สรุปและอภิปรายผล

1.จากผลการวิจัย พบว่า ครูปฐมวัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจทักษะการคิดเชิงบริหารของครูปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กจังหวัดศรีสะเกษ ก่อน หลังการอบรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) โดยหลังการอบรม คุณครูมีคะแนน มากกว่า ก่อนอบรม อยู่ 4.696 คะแนน โดยก่อนการอบรมส่วนใหญ่ครูมีความรู้ ความเข้าใจ และการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัย เพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยในระดับปานกลาง (15-19 คะแนน) และ ระดับน้อย (< 15 คะแนน) ร้อยละ 61.4 และหลังการอบรม ครูมีความรู้ ความเข้าใจ ในการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัยในระดับมาก (>19 คะแนน) ร้อยละ 94.8 แสดงว่า การจัดอบรมโปรแกรมการส่งเสริมองค์ความรู้และการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัย ในจังหวัดศรีสะเกษเป็นระยะเวลา 2 วัน จำนวน 16 ชั่วโมงสามารถพัฒนาความรู้เกี่ยวกับทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยให้กับครูปฐมวัย ทำให้ครูปฐมวัยสามารถเข้าใจองค์ความรู้เกี่ยวกับทักษะการคิดเชิงบริหารที่เพิ่มขึ้นได้ โดยกระบวนการของการจัดอบรมสอดคล้องกับแนวคิดของ Caffarella (2002) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับลำดับขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรมการสอนไว้ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การประเมินผลผู้เรียน (Assessment) เป็นการประเมินผู้เรียนก่อน เข้าร่วมในโปรแกรมเพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสร้างโปรแกรม 2) การตั้งเป้าหมายและ จุดประสงค์ในการเรียนการสอน (Setting Goals and Instructional Objective) 3) การวิเคราะห์งาน (Task Analysis) เป็นการตีความทักษะและ

เนื้อหา จัดเรียงตามลำดับความยาก ง่ายเพื่อให้เหมาะกับ ผู้เรียน 4) การเลือกและใช้กลยุทธ์ในการเรียนการสอน รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ (Selection and use of Instructional Strategies, Including Materials) และ 5) การ ประเมินผลโปรแกรม (Program Evaluation) เป็นการประเมินผลผู้เรียนว่าได้เกิดพฤติกรรม หรือบรรลุเป้าหมายของโปรแกรมที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยโปรแกรมการอบรมที่สร้างขึ้นได้กระตุ้นให้ครูเห็นว่าตนมีความสำคัญในการพัฒนาเด็กปฐมวัยโดยอาศัยการสอนที่จะนำไปสู่การพัฒนาผู้เรียนอย่างแท้จริง และในการอบรมได้มีการนำกิจกรรมในห้องเรียน และกิจกรรมในชีวิตประจำวัน มีเทคนิคต่าง ๆ ที่กระตุ้นให้ครูมีส่วนร่วมในการอบรม ซึ่งเป็นกิจกรรมกลุ่ม ที่ครูได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น วิพากษ์ ยอมรับฟังเหตุผลซึ่งกันและกัน ทดลองทำ บทบาทสมมติ ทำให้เข้าใจได้ง่ายต่อการนำไปปฏิบัติ จนทำให้ครูเกิดความรู้สึกลึกซึ้งทางบวกต่อการฝึกอบรม และพร้อมที่จะพัฒนาตนเองให้ดียิ่งขึ้นเพื่อการจัดการเรียนการสอนที่ดีขึ้น ส่งผลให้ครูมีความรู้ ความเข้าใจด้านการจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็กปฐมวัยสูงขึ้น ภายหลังจากที่ครูได้เข้าร่วมกิจกรรมฝึกอบรมตามโปรแกรม

2. จากผลการวิจัยที่ พบว่า เด็กปฐมวัยที่ได้รับ การจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารมีพัฒนาการอยู่ในระดับสมวัยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง จาก 37 คน (ร้อยละ 90.2) เป็น 40 คน (ร้อยละ 97.6) และมีพัฒนาการอยู่ในระดับสงสัยล่าช้าลดลงจาก 4 คน (ร้อยละ 9.8) เป็น 1 คน (ร้อยละ 2.4) แต่ไม่แตกต่างในนัยสำคัญทางสถิติ (p-value>0.05) (ตารางที่ 2) แม้ว่าจะมีตัวเลขระดับพัฒนาการสมวัยที่เพิ่มขึ้น แต่เนื่องจากจำนวนของเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมมีจำนวนน้อยเพียงจำนวน 4 คน จึงทำให้หลัง

การเข้าร่วมโปรแกรมพบการเปลี่ยนแปลงแต่ตัวเลขมีจำนวนน้อย ทำให้ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณาลักษณะทางประชากรของเด็กกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับพัฒนาการสงสัยล่าช้าหลังการทดลอง 1 คน พบว่า เป็นเด็กเพศหญิง ผู้ปกครองเป็นผู้เลี้ยงดูหลักตัวเอง ไม่มีโรคประจำตัว รายได้ต่อเดือนของผู้ปกครอง เท่ากับ 12,000 บาท ประกอบอาชีพเกษตรกร และรับจ้างทั่วไป จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สอบถามถึงวิธีการเลี้ยงดู พบว่า ผู้ปกครองมีการเลี้ยงดูเด็กด้วยโทรศัพท์มือถือ ซึ่งก่อนเข้าร่วมกิจกรรมเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้า 2 ด้าน ได้แก่ ด้านความเข้าใจภาษา และ ด้านการใช้ภาษา แต่หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมได้มีพัฒนาการทางด้านดีขึ้น คือ ด้านความเข้าใจภาษา เหลือเพียงด้านเดียวที่ยังสงสัยล่าช้า คือ ด้านการใช้ภาษา สอดคล้องกับการศึกษาของยุทธนา ศิลปรัสมิ และคณะ (2562) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพัฒนาการสงสัยล่าช้าประกอบด้วย ความสัมพันธ์ของผู้เลี้ยงดูกับเด็ก การดูแลให้เด็กได้รับสิ่งที่ต้องการ การพูดคุยหรือ สอนเด็กให้รู้จักสิ่งต่างๆ ใกล้ตัว การปลูกฝังระเบียบวินัยและการใช้เหตุผลกับเด็ก การดูแลและทำความสะอาดร่างกายเด็ก คนในชุมชนทักทายหยอกล้อกับเด็กด้วยความเอ็นดู และคนในชุมชนเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับเด็ก และการศึกษาของศูนย์อนามัยที่ 3 (2557) ที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก คือ เด็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ กลุ่มที่แม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรู้เพียงขั้นประถมศึกษาจะมีความเสี่ยงต่อพัฒนาการเด็กล่าช้าถึง 1.7 เท่า สอดคล้องกับ นาดยา สุดจ้อย และ ธนัท กนกเทศ (2560) เนื่องจากการอบรมเลี้ยงดูจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งและผู้ที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการอบรมเลี้ยงดูเด็ก คือ พ่อแม่หรือผู้ปกครองที่มีความใกล้ชิดกับเด็ก เพราะว่าครอบครัวเป็นปัจจัยหลักด้านแรกที่จะส่งเสริมการเรียนรู้การเป็นแบบอย่างให้กับเด็ก หล่อหลอมความรู้สึก นึกคิด และจิตใจ พฤติกรรม ปลูกฝังค่านิยม ความรัก คุณค่า ประสบการณ์ชีวิตให้แก่เด็กอย่างเหมาะสม เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการ สงสัยล่าช้า มีอิทธิพลมาจากการเลี้ยงดูของพ่อแม่และผู้เลี้ยงดูเด็ก ครอบครัว ที่ไม่เล่นกับเด็กมีโอกาส เสี่ยงที่เด็กจะมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าประมาณ 1.4 เท่า เมื่อเทียบกับครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ดีและ เล่นกับเด็ก (หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด ปญญพัฒน์ไชยเมธและ สมเกียรติยศ วรเดช, 2561)

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาเพียงสัดส่วนของการเปลี่ยนแปลงจากเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าแล้วพัฒนาเป็นสมวัยเพิ่มขึ้นเป็น สมวัย 3 ใน 4 คน หรือพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นหลังจากเข้ารับการส่งเสริมกิจกรรมโดยครู

ร้อยละ 75 มีเพียง 1 คน หรือ ร้อยละ 25 ที่ยังมิพัฒนาการสงสัยล่าช้า จึงถือได้ว่าโปรแกรมการส่งเสริมองค์ความรู้และการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมอง การคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัย ในจังหวัดศรีสะเกษ มีคุณภาพเพียงพอในการกระตุ้นเสริมพัฒนาการ ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของระดับ ศรีหมื่นไวย และคณะ (2560) พบ การจัดโปรแกรมการพัฒนาครูผู้ดูแลเด็กสามารถช่วยพัฒนาความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนของครูผู้ดูแลเด็กได้ อีกนัยหนึ่งทำให้เกิดข้อค้น พบว่า หากต้องการการพัฒนาร้อยละ 100 โปรแกรมส่งเสริมในการวิจัยครั้งนี้ดำเนินการในโรงเรียนโดยอาศัยครูเป็นหลัก ซึ่งทำให้เห็นถึงความจำเป็นของการส่งเสริมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ระหว่างผู้ปกครองและโรงเรียน จึงทำให้ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับศิริพงศ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา (2558) กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย การให้ความรู้ผู้ปกครองเกี่ยวกับความสำคัญในการติดตาม ส่งเสริม กระตุ้นพัฒนาของเด็ก และแนวทางการส่งเสริมพัฒนาการลูกที่บ้าน พบว่า ทำให้เด็กที่มีปัญหาทางด้านพัฒนาการมีผลพัฒนาการที่ดีขึ้น

3. ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะสมอง การคิดเชิงบริหาร (EF) ของเด็กปฐมวัยทั้งรายด้าน (ด้านการยับยั้งชั่งใจ ด้านการคิดยืดหยุ่น ด้านการควบคุมอารมณ์ ด้านความจำขณะทำงาน ด้านการวางแผนจัดการ) และภาพรวม ก่อน หลังการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารที่จัดโดยครูปฐมวัย เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีระดับทักษะการคิดเชิงบริหารในภาพรวมอยู่ในระดับควรพัฒนา และปรับปรุงสูงถึง ร้อยละ 68.3 มีระดับทักษะการคิดเชิงบริหารในภาพรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 48.8 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 39.0 ระดับดี ร้อยละ 9.8 และมีเพียงเล็กน้อยที่อยู่ในระดับควรพัฒนา ร้อยละ 2.4 แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมโดยครู ทั้ง 7 กิจกรรมโดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที โดยครูประจำชั้น รวมทั้งหมด 24 ครั้ง โดยมีกิจกรรมจำนวน 7 กิจกรรมโดยครูปฐมวัยซึ่งเป็นกิจกรรมตามแผนการเรียนการสอนแต่มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการให้เกิดการพัฒนาทักษะสมองการคิดเชิงบริหาร ได้แก่ 1.กิจกรรมเคลื่อนไหวและจังหวะ 2. กิจกรรมครอบครัวของฉัน 3.กิจกรรมบ้านเรือนเคียงกัน 4. กิจกรรมศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของฉัน 5.กิจกรรมชุมชนน่าอยู่

6.กิจกรรมจังหวัดของเรา 7. กิจกรรมอาชีพในฝัน นั้นสามารถช่วยส่งเสริมให้เด็กได้มีทักษะการคิดเชิงบริหารสมอง โดยกิจกรรมทั้ง 7 ช่วยกระตุ้นให้เด็กเกิดกระบวนการคิด และสามารถการจดจำเรื่องราว โดยสามารถนำมาเล่าเรื่องราวให้ผู้อื่นฟังได้อย่างเหมาะสมและท้าทายให้เด็กได้ร่วมกัน วางแผนร่วมกัน มีการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน สอดคล้องกับ ประเสริฐ ผลผลิตการพิมพ์ (2561) กล่าวถึง ปฐมบทของ Executive Function ที่ไม่เพียงแต่การศึกษาในช่วงนี้ควรมุ่งเน้นไปที่เรื่องของการเล่น การเล่า และเรียนรู้ อย่างเปิดกว้างเพื่อเตรียมความพร้อมของสมองให้ครบองค์รวม ซึ่งการจะปล่อยให้เด็กสามารถกำหนดเป้าหมายชีวิตของเขาเองได้จำเป็นต้องมีการพัฒนา Executive Function ให้มั่นคงและเหมาะสมกับวัย สอดคล้องกับขุนานา รักชี (2561) พบว่า เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้โปรแกรมส่งเสริม เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงทักษะการคิดเชิงบริหารของเด็ก พบว่าระดับพัฒนาการด้านการคิดเชิงบริหาร (Executive Function) ของภาพรวม ในระดับดีมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.7 เป็นร้อยละ 70.2 และพบว่าพัฒนาการคิดเชิงบริหารด้านความจำขณะทำงานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 57.4 เป็นร้อยละ 76.6 ส่วนพัฒนาการคิดเชิงบริหารด้านการวางแผนจัดการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 52.3 เป็นร้อยละ 68.1 คณะผู้วิจัยหวังว่าการศึกษานำร่องครั้งนี้โปรแกรม MU-EF.SI จะช่วยส่งเสริมทักษะการคิดเชิงบริหารในเด็กปฐมวัย และเป็นวัคซีนการยับยั้งชั่งใจต่อไปในอนาคต และนำไปสู่การขยายผลต่อไป เนื่องจากทักษะการคิดเชิงบริหารมีความสำคัญต่อความสำเร็จในด้านการเรียน การทำงาน และความสุขในชีวิตท่ามกลางโลกในศตวรรษที่ 21

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

โปรแกรมการส่งเสริมองค์ความรู้และการจัดกิจกรรมของครูปฐมวัยเพื่อส่งเสริมทักษะสมองการคิดเชิงบริหารขั้นสูงสำหรับเด็กปฐมวัย ในจังหวัดศรีสะเกษ มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมให้คุณครูเกิดองค์ความรู้ และมีความเข้าใจการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมทักษะ EF ได้ จนสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้จากการอบรมไปพัฒนาส่งเสริมทั้งทักษะ EF และพัฒนาระดับพัฒนาการของเด็กปฐมวัยให้ดีขึ้นได้ นับว่าเป็นแนวทางในการส่งเสริมที่เกิดประสิทธิภาพ ควรนำโปรแกรมในการวิจัยนี้ไปประยุกต์ใช้ขยายผลการศึกษา และเพิ่มเติมการอบรมส่งเสริมความรู้ให้กับครอบครัว หรือผู้ดูแลหลัก เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนขยายองค์ความรู้ ส่งเสริมการบูรณาการระหว่างภาคส่วนอย่างทั่วถึง และควรขยายเครือข่ายให้ครอบคลุมมากขึ้นรวมถึงไปถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้มีบทบาทมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ควรมีการติดตามประเมินผลของการใช้โปรแกรม ในระยะเวลาที่นานขึ้น เพื่อให้เห็นพัฒนาการของเด็กที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน เช่น มีการติดตามประเมินผลเมื่อเวลาผ่านไป 6 เดือน และพัฒนาโปรแกรมให้ครอบคลุมในด้านความร่วมมือของผู้ดูแลหลักในการกำกับ กำหนดกติกาในการลดระยะเวลาการใช้โทรศัพท์มือถือของเด็ก เพื่อระดับพัฒนาการที่สมวัยของเด็กที่ยั่งยืน ร้อยละ 100 ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2564 มิถุนายน 7). การพัฒนาเด็กปฐมวัยกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19. เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2565 จาก <https://www.thaihealth.or.th/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9E%E0%B8%B1%E0%B8%92%E0%B8%99%E0%B8%B2%E0%B9%80%E0%B8%94%E0%B9%87%E0%B8%81%E0%B8%9B%E0%B8%90%E0%B8%A1%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%81%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%81/>
- Unicef Thailand. (2564 พฤษภาคม). รายงานรวบรวมผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมของการระบาดโรคโควิด-19 ต่อเด็กและเยาวชนในประเทศไทย. เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2565 จาก <https://www.unicef.org/thailand/th/reports>
- จิราภรณ์ แผลงประพันธ์ และสมชัย จิตสุชล. (2563 สิงหาคม 21). ผลกระทบของโควิด-19 ต่อครอบครัวที่มีเด็กเล็ก. เข้าถึงเมื่อ 25 มกราคม 2565 จาก <https://tdri.or.th/2020/08/covid19-impact-early-child/>

- สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย. (ม.ป.ป.). รายงานผลการวิเคราะห์การดำเนินงานด้านพัฒนาการ. เด็กปฐมวัยภายใต้สถานการณ์ระบาดของ COVID-19. เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2565 จาก https://nich.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/nich/n714_d1af4b5f0605e29afddc07787886bcac_report2563_24.pdf
- สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย. (2563 พฤศจิกายน 23). สรุปผลการขับเคลื่อนงานพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564. เข้าถึงเมื่อ 1 กันยายน 2565 จาก <https://nich.anamai.moph.go.th/th/cms-of-covid/>
- กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (2565). แผนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.
- Diamond A. (2013) Activities and Programs That Improve Children's Executive Functions. *Current Directions in Psychological Science*, 21(5), 335–341.
- Center of the developing child, Harvard University. (2012). Activities Guide: Enhancing and Practicing Executive Function Skills with Children from Infancy to Adolescence. Retrieved January 28, 2022, from <https://developingchild.harvard.edu/resources/activities-guide-enhancing-and-practicing-executive-function-skills-with-children-from-infancy-to-adolescence/>
- Cohen, J. (1988). Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191.
- Kuder, G.F., & Richardson, M.W. (1973). The theory of estimation of test reliability. *Psychometrika*, 2: 151-160
- Caffarella, R. (2002). Planning Programs for Adult Learners: A Practical Guide for Educators, Trainers, and Staff Developers. New York: Jossey-Bass
- ยุทธนา ศิลปรัสมิ์ และคณะ. (2562). การศึกษาพัฒนาการไม่สมวัยของเด็กปฐมวัยในจังหวัดนครราชสีมา. รายงานการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ประจำปี งบประมาณ 2560. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา
- ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี. (2557). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการของเด็กไทย ประจำปีงบประมาณ 2557. นนทบุรี : ศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- หนึ่งฤทัย เกื้อเอียด ปุณณพัฒน์ไชยเมธและ สมเกียรติยศ วรเดช. (2561). สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี: การทบทวนวรรณกรรม. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 5(1): 281-296
- ประดับ ศรีหมื่นไวย และคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมการพัฒนาครูผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(2), 127–143
- ศิริพงศ์ ปาลกะวงศ์ ณ อยุธยา (2558). พัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียน : การศึกษาผลกระทบของปฏิสัมพันธ์ ระหว่างบิดามารดากับบุตร. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยาลัยประชากรศาสตร์
- นุชนาฏ รักชี และคณะ. (2561). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมทักษะสมองการรู้คิดเชิงบริหาร ผ่านกิจกรรมบูรณาการประสาทสัมผัสในเด็กปฐมวัย. เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2566 จาก https://op.mahidol.ac.th/ra/2018/08/15/cf_2561-06/
- ประเสริฐ ผลผลิตการพิมพ์. (2561). เลี้ยงลูกอย่างไรให้ได้ EF. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: แพรวเพื่อนเด็ก.

แนวทางและวิธีการ ช่วยบุคลากรของหน่วยงานทำวิจัยอย่างมีความสุขและเจริญก้าวหน้า ตลอดไป
APPROACHES AND METHODS IN HELPING PERSONNEL TO CONDUCT RESEARCH
HAPPILY AND PROSPER FOREVER

รศ.นพ.สมชาติ โตรักษา^{1,*}

บทคัดย่อ

ทุกหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ต้องการผลงานวิจัย ที่จะช่วยนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าของตนและบุคลากรของหน่วยงาน อย่างรวดเร็ว มั่นคง และยั่งยืน ยิ่งๆขึ้น แนวทางและวิธีการในการพัฒนา เสนอให้นำ SOAR technique มาประยุกต์ด้วย R2R2E เชิงบูรณาการ สู่คุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้าของประชาชน และความเจริญก้าวหน้าของประเทศชาติ เป็นเป้าหมายร่วม

คำสำคัญ: วิจัย, การพัฒนาอย่างยั่งยืน, คุณภาพชีวิตที่ดีถ้วนหน้า, เทคนิค SOAR, การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย.

All departments/organizations/institutions need research that will bring them the progress of faster, more stable and more sustainably. A development approaches and methods in applying the SOAR technique with integrated R2R2E for quality of life for all and the prosperity of the country are proposed

Key words: Research, SD, HOMES.FA, SOAR technique, R2R.

บทนำ

วิจัย (Research) ช่วยให้ได้ความจริง เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ประโยชน์ คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ,2557; สมชาติ โตรักษา,2566;สมชาติ โตรักษา,2560; ราชกิจจานุเบกษา,2562;ศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน,2559) มีการดำเนินงานและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทุกหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ต้องการผลงานวิจัย ที่จะช่วยนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าของตนอย่างรวดเร็ว มั่นคง และยั่งยืน ยิ่งๆขึ้น

ปัญหา คือ ผลการดำเนินงานวิจัย ยังไม่ได้ตามที่ผู้เกี่ยวข้อง คาดหวัง/ต้องการ ทั้งในด้านปริมาณที่ทำได้น้อย คุณภาพของผลงานวิจัยที่ต่ำ ใช้เวลาและแรงงานมากเกินไป ผู้เกี่ยวข้อง (ผู้ทำวิจัย ผู้นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ผู้บริหาร) ยังไม่พึงพอใจ และ ที่สำคัญมากคือความไม่คุ้มค่ากับทรัพยากรและเวลาที่ใช้/ลงทุน ไป ที่เกิดขึ้นมาอย่างต่อเนื่องจากอดีตถึงปัจจุบัน(สมชาติ โตรักษา,2560; ราชกิจจานุเบกษา,2562;สมชาติ โตรักษา,2548 สมชาติ; โตรักษา,2558) และ มีแนวโน้มที่จะเป็นต่อไปในอนาคต เกิดเป็น Vicious Cycle ของการดำเนินงานวิจัย ที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหา ในหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ที่ต้องการผลงานวิจัยฯ มี 4 ประการ คือ

1. ตัวงานวิจัยเอง ที่มีความยุ่งและยาก (สมชาติ โตรักษา,2566;สมชาติ โตรักษา,2560) ต้องใช้บุคคลที่มีทั้งความรู้และความสามารถสูงหลายด้าน/หลายคน มาร่วมกันดำเนินงาน ซึ่งทำได้ยากมาก ใช้เวลานาน ต้องใช้วิธีการที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน ตั้งแต่การออกแบบ (Design) การเขียนและเสนอโครงการวิจัย (Proposal) การขอจริยธรรมการวิจัย (Ethical Certificate: EC) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย การเตรียมการและดำเนินงานวิจัย การเก็บข้อมูล การรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การแปลผลข้อมูล การนำเสนอข้อมูล/ผลการวิจัย รวมทั้งการเขียนผลงานวิจัย (Original Article: OA) ลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ซึ่งเห็นได้ชัดเจนในการทำวิทยานิพนธ์ของมหาวิทยาลัยทั้งหลายทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2. ตัวบุคลากรของหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ที่ต้องการผลงานวิจัยฯเอง ที่มีภารกิจมาก ยุ่ง และเร่งด่วน/เร่งรัด ตลอดเวลา ไม่สามารถจัดสรรเวลาให้กับการทำงานวิจัย ที่ต้องใช้เวลามากในการศึกษาค้นคว้าวิชาการ/ความรู้ และ การลงมือปฏิบัติงานวิจัยในแต่ละกิจกรรม ให้ต่อเนื่องกัน ที่มากพอ จนได้ผลงานที่มีคุณภาพสูงมากและน่าเชื่อถือ

3. การขาดระบบและกลไกในการดำเนินงานที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานวิจัย ที่ต้องการความรวดเร็วและความสุขของผู้ทำวิจัย ซึ่งจะช่วยให้ได้ผลงานวิจัยที่ดี และเกิดคุณประโยชน์มาก ต่อทั้งตัวผู้ทำวิจัย และต่อหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน เป็นการจัดการงานวิจัยที่สำคัญยิ่งจากระดับปฏิบัติงานขึ้นมาเป็นลำดับ

4. ขาดกลยุทธ์ เทคนิค และ วิธีการ ที่มีประสิทธิภาพสูง ในการพัฒนาให้แต่ละบุคคล มีความสุขในการทำวิจัย ชอบทำงานวิจัย เกิดความภาคภูมิใจในผลงานวิจัยของตน ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระ”

^{1*} ผู้ทรงคุณวุฒิ ในการติดตามและประเมินวิทยการหลักสูตรการพัฒนานักวิจัย โครงการฝึกอบรม “สร้างนักวิจัยรุ่นใหม่” สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

แนวทางและวิธีการในการแก้ปัญหาและพัฒนา

หน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน ทั้งหลายที่ต้องการผลงานวิจัย ที่จะช่วยนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าของตน ต่างพยายามหาแนวทางและวิธีการในการแก้ปัญหาและพัฒนางานวิจัยของตนมาตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จมากนักตามความคาดหวัง/ต้องการ ของผู้เกี่ยวข้องทั้ง 5 ด้าน (ปริมาณ คุณภาพ แรงงานและเวลาที่ใช้ ความพึงพอใจ และ ด้านเศรษฐศาสตร์) ของการดำเนินงานวิจัย จึงขอเสนอให้นำ SOAR technique มาประยุกต์ ด้วย R2R2E ราชกิจจานุเบกษา,2562;สมชาติ ไตรรักษา,2548; สมชาติ ไตรรักษา,2556; David L.et.al.2008) สู่เป้าหมายร่วมกันของบุคลากร/หน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน/ประเทศชาติ คือ การมีคุณภาพชีวิตดีถ้วนหน้า (Quality of Life for All: QOF.FA) (สมชาติ ไตรรักษา,2566;สมชาติ ไตรรักษา,2560 ;World Health Report, 2008) ของประชาชนไทยทั้งประเทศ และ ความเจริญรุ่งเรืองอย่างมั่นคงและยั่งยืนของประเทศไทย

การนำ SOAR technique มาประยุกต์ ด้วย R2R2E

SOAR Technique (Strengths, Opportunities, Aspirations, Results) เป็น Technique ที่ Stavros, Cooperrider และ Kelly ได้พัฒนาขึ้น ในปี 2005 (สมชาติ ไตรรักษา,2566;สมชาติ ไตรรักษา,2560; David L.et.al,2008) และได้มีการนำมาใช้ในกระบวนการพัฒนาองค์การ (Organization Development: OD Process) อย่างกว้างขวาง ได้ผลดีและมีประสิทธิภาพสูง

วิธีการ ในการนำมาดำเนินงานแก้ปัญหาและพัฒนางานวิจัยของหน่วยงาน/องค์การ

มี 9 ขั้นตอน ตั้งแต่เริ่มต้น ดังนี้

ขั้นที่ 1. ใช้หลักปรัชญา (Principle of Philosophy) ที่ว่า เป็นการแสวงหาความรู้และความจริงของสิ่งหนึ่งสิ่งใด อย่างมุ่งมั่นตั้งใจ ด้วยหัวใจที่เปี่ยมล้นด้วยความรักและความปรารถนาดี ต่อทุกสรรพสิ่ง เพื่อนำไปสู่ความรู้ระดับ “ปัญญา” ของสิ่งนั้น(สมชาติ ไตรรักษา,2560) เป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนา “งาน” ทั้งหลาย ของหน่วยงาน/องค์การ สู่เป้าหมายสูงสุด (Ultimate Goal) คือ HOMES.FA ของประชาชนในพื้นที่ดูแลรับผิดชอบ และ ของคนทั้งโลก ด้วยจิตใจ (Spirit) ที่ใช้ “ผู้รับบริการ (Customers)” ที่หน่วยงาน/องค์การ ดูแลรับผิดชอบ เป็นศูนย์กลาง อย่างมุ่งมั่นตั้งใจ ไม่ย่อท้อ จริใจและจริงจัง ต่อเนื่องตลอดเวลา ในขั้นนี้ ได้แก่ งานการแก้ปัญหาและพัฒนางานวิจัยของหน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน อย่างต่อเนื่อง สู่เป้าหมาย HOMES.FA ของประชาชนทุกคนที่ดูแลรับผิดชอบ

ขั้นที่ 2. กำหนดลักษณะและตัวชี้วัด เป้าหมาย HOMES.FA ของประชาชนในพื้นที่ดูแลรับผิดชอบ ของหน่วยงาน/องค์การ ➔ HOMES.FA ของคนทั้งโลก ซึ่งครอบคลุม 5 ด้าน คือ

- H = Health = ความมีสุขภาพดี
- O = Occupation = ความมีอาชีพดี
- M = Moral = ความมีคุณธรรมดี
- E = Education = ความมีการศึกษาดี
- S = Safety = ความมีความปลอดภัยดี ทั้งด้านชีวิตและทรัพย์สิน
- FA = for All = ทุกคน

ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ประเทศไทยได้มีการร่วมมือร่วมใจกัน พัฒนาตัวชี้วัดเหล่านี้ มาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่รับเอานโยบาย เป้าหมาย และ กลยุทธ์ “Health for All, 2000” ขององค์การอนามัยโลก (World Health ,2008) มาดำเนินการ ตั้งแต่ปี ค.ศ.1978 (พ.ศ. 2521) ที่ได้ประกาศปฏิญญาอัลมาอาตา (Alma-Ata Declaration) ในการประชุมนานาชาติด้านสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งถือเป็นหลักสำคัญด้านการสาธารณสุขในศตวรรษที่ 20 และระบุว่า “การสาธารณสุขมูลฐาน” เป็นกุญแจสู่การบรรลุเป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าสำหรับทุกคน มายาวนานกว่า 40 ปี มีการระบุ “คุณภาพชีวิตของประชาชน” อยู่ในนโยบายของรัฐบาลไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2524 ตัวชี้วัดดังกล่าว กรมการพัฒนชุมชน กระทรวงมหาดไทย เป็นผู้ดูแลรับผิดชอบในการบริหารจัดการจัดเก็บข้อมูล ในชื่อ “ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ)” เป็นประจำทุกปี

เป้าหมาย HOMES.FA นี้ เป็นเป้าหมายที่ร่วมกันของทุกหน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน/ภาคส่วน ของประเทศไทย ทั้งในภาพรวมและในแต่ละงาน/กิจกรรม ตามภารกิจของหน่วยงาน/องค์การ คือ การมีคุณภาพชีวิตดีถ้วนหน้า ของกลุ่มเป้าหมายทุกคน ที่หน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน ดูแลรับผิดชอบ ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม (สมชาติ ไตรรักษา,2560;สมชาติ ไตรรักษา,2547)

ขั้นที่ 3.ระบุ (Identify/Clarify) “ภารกิจ” ของหน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน ที่ต้องการผลงานวิจัย ที่จะช่วยนำมาซึ่งความเจริญก้าวหน้าของตน จำแนกตามที่สำคัญงาน ก.พ.ร. (คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ) ได้กำหนดภารกิจของแต่ละส่วนราชการ (กรม หรือเทียบเท่า) ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มภารกิจหลัก และ กลุ่มภารกิจรอง (สมชาติ ไตรรักษา,2560;สมชาติ ไตรรักษา,2548)

ภารกิจหลัก (Core function) คือ งานตามกฎหมาย/นโยบาย หรืองานที่หากไม่ดำเนินการจะทำให้ส่วนราชการนั้นไม่บรรลุผลตามวัตถุประสงค์การจัดตั้ง ใช้ชื่อย่อว่า C เมื่อนำมาประยุกต์กับหน่วยงาน/องค์การ ของกระทรวงสาธารณสุข ภารกิจ

หลัก คือ การสร้างเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกัน ควบคุม และรักษาโรคภัย การฟื้นฟูสมรรถภาพ ของประชาชน และ ราชการอื่นตามที่มีกฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข(ราชกิจจานุเบกษา,2545) และภารกิจหลักของกรมอนามัย คือ การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดี โดยมีการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาและถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีด้านการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ และการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี รวมทั้งการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ เพื่อบูรณาการให้ประชาชนมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชน รวมตลอดจนถึงการสนับสนุนให้หน่วยงานส่วนภูมิภาค องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดีโดยถ้วนหน้า (ราชกิจจานุเบกษา,2552)

ภารกิจรอง (Non-core function: NC) มี 2 กลุ่มย่อย คือ ภารกิจรองด้านเทคนิค และ ภารกิจรองด้านบริหาร กลุ่มภารกิจรองด้านเทคนิค (Non-core Technical Support = NC: TS) เช่น งานกฎหมายและระเบียบ งานแผนงาน งานวิจัยและพัฒนา งานเทคโนโลยีสารสนเทศ งานวิเทศสัมพันธ์ เป็นต้น เมื่อนำมาประยุกต์กับหน่วยงาน/องค์การ ของกระทรวงสาธารณสุขหรือส่วนราชการที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ เทคนิคเฉพาะที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับภารกิจหลักของส่วนราชการ (กรมหรือเทียบเท่า) นั้น

ในส่วนของกลุ่มภารกิจรองด้านบริหาร (Non-core Administrative Support = NC: AS) คือ งานสนับสนุนและอำนวยความสะดวก ให้ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานตามภารกิจทั้งหลาย เช่น งานสารบรรณ งานการเงินบัญชีและพัสดุ งานบุคลากร งานฝึกอบรม งานเลขานุการ งานประชาสัมพันธ์ เป็นต้น ในการนี้ จะเน้นเฉพาะด้านบริหารที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาและพัฒนางานวิจัยของหน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน อย่างต่อเนื่อง สู่การพัฒนาประเทศ

ขั้นที่ 4.ใช้กระบวนการ SOAR Technique มาดำเนินการในการแก้ปัญหาและพัฒนางานวิจัยของหน่วยงาน/องค์การอย่างต่อเนื่อง ครบวงจร สรุปได้ ดังภาพที่ 1 (สมชาติ ไตรรักษา,2560; สมชาติ ไตรรักษา,2548;สมชาติ ไตรรักษา,2556; David L./2008)



ภาพที่ 1 การใช้ SOAR Technique มาดำเนินการในการพัฒนาหน่วยงาน/องค์การอย่างต่อเนื่อง ครบวงจร

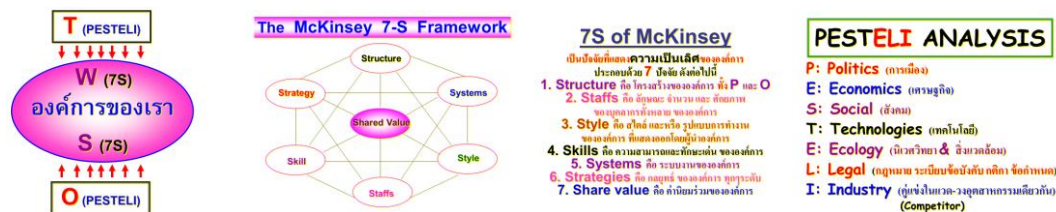
โดยดำเนินการ ดังนี้

1. รวบรวม S=Strengths (จุดแข็ง) ของหน่วยงาน/องค์การ ทั้งด้านปัจจัยและความสำเร็จ ที่หน่วยงาน/องค์การของเรา “ทำได้แล้ว” ในช่วง 3-5 ปีที่ผ่านมา ได้แก่ ผลงานเด่นที่พวกเราได้รับการยกย่องเชิดชู หรือ ผลงานที่พวกเราภาคภูมิใจ และมีความสุขเมื่อนึกถึงหรือกล่าวถึง เน้นผลงานตามภารกิจหลักของหน่วยงาน/องค์การ ที่พวกเรายังคงทำอยู่ในปัจจุบัน นำผลงานเหล่านั้นแต่ละเรื่อง มาเรียงร้อยพอเป็นสังเขปในตารางง่าย ๆ ให้แต่ละคนที่ทำ เขียนเองก่อน แล้วนำมารวมกัน จากทีมที่ทำงาน กลุ่มงาน ชุมชน/กลุ่มชุมชน ในพื้นที่ (หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ) อย่างมีความสุข สร้างสรรค์ เสริมสร้าง ซึ่งกันและกัน ดังนี้

ที่	วันที่บันทึก	ผลงาน	วันที่เริ่มทำ	สิ่งที่ภาคภูมิใจและมีความสุขเมื่อนึกถึงหรือกล่าวถึง	รางวัล/การยกย่องเชิดชู ที่ได้รับ วันที่ได้รับ
1					
2					

กำหนด สิ่งที่หน่วยงาน/องค์การของเรา “ต้องการทำ” พร้อมเป้าหมายที่ต้องการ ในอนาคต (ไม่น้อยกว่า 3 ปี) ตามภารกิจของหน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน ที่ได้จากขั้นที่ 3. ขอเสนอให้ใช้ A-I-C Technique (Appreciative-Influence-Control) ซึ่งขอแปลว่า รวบรวมพลังสร้างอนาคต(สมชาติ ไตรรักษา,2560;สมชาติ ไตรรักษา,2548;สมชาติ ไตรรักษา,2556) ในการช่วยกันกำหนด ให้ได้วิสัยทัศน์ (Vision) พันธกิจ (Mission) และ เป้าหมาย (Goal) ของหน่วยงาน/องค์การ เรา ในอนาคต

2.) วิเคราะห์ O=Opportunities ของหน่วยงาน/องค์กร เรา ว่า มีปัจจัยและสิ่งสนับสนุนอะไรบ้าง ที่สามารถก่อให้เกิดประโยชน์กับหน่วยงาน/องค์กรของเรา ในการนำไปสู่ความสำเร็จ ของสิ่งที่ต้องการในอนาคต ทั้งปัจจัยที่อยู่ใน และ ปัจจัยที่อยู่ภายนอกหน่วยงาน/องค์กร โดยเสนอให้ใช้ 7S of McKensy และ PESTELI ในการวิเคราะห์ ดังภาพที่ 2 (สมชาติ ไตรรักษา,2560;สมชาติ ไตรรักษา,2548;สมชาติ ไตรรักษา,2548;สมชาติ ไตรรักษา,2556)



ภาพที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยและสิ่งสนับสนุนของหน่วยงาน/องค์กร ในการนำไปสู่ความสำเร็จในอนาคต

3.) สร้าง A=Aspirations ของหน่วยงาน/องค์กร เรา ด้วยการเชื่อมโยง วิสัยทัศน์ พันธกิจ และ เป้าหมายในอนาคต ของหน่วยงาน/องค์กร ให้เป็นเป้าหมายที่ทุกคนในหน่วยงาน/องค์กร และผู้เกี่ยวข้อง ต้องการให้เกิดขึ้น เป็นการจัดทำให้เป็นแรงบันดาลใจร่วม (Aspirative Power) ที่ทรงพลัง ใช้ A-I-C Technique ที่ครบวงจร (Complete cycle) อย่างต่อเนื่องเช่นกัน พร้อมแผนพัฒนา 5 ปี ของหน่วยงาน/องค์กร เราที่มั่นใจว่าทำได้ และ “ทำ” จริง ตาม A+C และ แผนพัฒนานั้น

4.) ดำเนินการให้ได้ R=Results และ Reports คือ ผลลัพธ์ และ รายงานผลการดำเนินงาน ตามแผนพัฒนาและแผนปฏิบัติการของหน่วยงาน/องค์กร สู่เป้าหมายที่ได้ตั้งไว้ ซึ่งวัด/แสดง ได้อย่างเป็นรูปธรรม ด้วยแนวคิด หลักการ และ วิธีการ ของการบริหารแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์ (Management by Results: MBR) (สมชาติ ไตรรักษา,2560; สมชาติ ไตรรักษา,2548;สมชาติ ไตรรักษา,2556; Drucker PF,1994) โดยจัดทำให้เป็นเอกสาร (Documentation) ที่เป็น Knowledge Asset: KA ในงานนี้ ผลงานเด่นที่หน่วยงาน/องค์กร ได้รับการยกย่องเชิดชู เช่น ได้รางวัลระดับอำเภอ/จังหวัด/เขต ระดับชาติ และ ระดับนานาชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่ได้พัฒนาเป็น Original Article ลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ถือเป็นตัวอย่างที่ดี ของ Results รวมทั้งการรายงานผลการดำเนินงานเชิงสร้างสรรค์ (Positive & Empowerment Reports) ที่ช่วยสร้างขวัญ-กำลังใจ จากการมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีม ของบุคลากรในหน่วยงาน/องค์กร ให้ดีขึ้นด้วย จึงเป็นการนำสิ่งที่ทุกคนอยากได้อย่างเห็น มาแสดงอย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม

ขั้นที่ 5.ถอดบทเรียน (Lesson-learned) จากผลการดำเนินงาน ของงานตามภารกิจหลักของหน่วยงาน/องค์กร ที่พวกเรา “ได้ทำแล้ว” ในช่วง 3-5 ปีที่ผ่านมา และยังคงทำอยู่ ในทุกงาน ทั้งผลงานที่พวกเราทำได้ดี และ ยังทำได้ไม่ดี โดยนำผลงานเหล่านั้น มาเรียบเรียงเป็นบทความวิชาการ ใน Style “ผลงานวิจัย” ที่หน่วยงาน/องค์กร เรา ต้องการพัฒนา; ในระยะแรกๆ ขอแนะนำให้นำผลงานที่ประสบความสำเร็จ มาถอดบทเรียนก่อน โดยเป็นผลการดำเนินงานที่มีลักษณะของ R2R แท้และดี (R2R2E) มา “เขียน” เป็นผลงานวิชาการในแนวทางของการเขียน Original Article: OA

R2R แท้และดี: R2R2E (Routine to Research to Excellence) หมายถึง การทำงานที่พวกเราทำอยู่ประจำ ให้เป็น “ผลงานวิจัย” อันทรงคุณค่า ที่วัดได้ทั่วโลก (สมชาติ ไตรรักษา,2569;สมชาติ ไตรรักษา,2548;สมชาติ ไตรรักษา,2558; สมชาติ ไตรรักษา,2556) มีลักษณะสำคัญ 5 ประการ คือ

1.) เป็นงานที่คณะพวกเราเป็นผู้ทำด้วยตนเอง และ เป็นความจริง (Routine & Fact) ดังนั้น ถ้าเป็นผลงานที่รู้อยู่แก่ใจว่า สิ่ง/ข้อมูล นั้น “ไม่จริง” ห้ามนำมาเขียน อย่างเด็ดขาด

2.) เกิดการพัฒนาที่มีหลักฐานยืนยัน (Evident-Based Development) โดยวัดผลที่ “ผู้รับบริการ” ด้วยข้อมูลเชิงประจักษ์ ตามหลักวิชาการของ Research Methodology ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และ ข้อมูลเชิงคุณภาพ เช่น ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่นไม่น้อยกว่า 95% ($p < 0.05$); คำนวณตาลในเลือด ลดลงจาก 185 mg% เหลือเพียง 110 mg% ($p < 0.001$) เป็นต้น ในการนี้จะไม่ใช้ “ระดับความคิดเห็น”จากแบบสอบถาม มาใช้ในการเปรียบเทียบ เนื่องจากความคิดเห็นนั้น มี Factors ที่ไม่สามารถควบคุมได้อยู่มากมาย จึงเป็นข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือต่ำ ว่าเป็นเช่นนั้นจริง

3.) ใช้ระยะเวลาดำเนินการอย่างต่อเนื่องนาน เกินกว่า 1 ปี (Longtime Continuous Implementation) โดยในการเปรียบเทียบนั้น จะนำข้อมูลเชิงประจักษ์ของผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกันของแต่ละปี มาเปรียบเทียบกับเพื่อลดความผันแปรที่อาจเกิดจากฤดูกาล (Seasonal Variation) ประกอบกับการดำเนินงานขององค์กรทั้งหลายนั้น จะใช้วงรอบ 1 ปี เป็นหลัก ซึ่งอาจเป็นปีงบประมาณ หรือ ปีปฏิทิน ก็ได้ จึงถือเป็นการควบคุมตัวแปรภายนอกของการออกแบบวิจัย

(Research Design) ที่ดีได้อย่างหนึ่ง ดังนั้น ถ้าใช้ระยะเวลาดำเนินการอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ “3 รอบปี” ขึ้นไป และนำผลการดำเนินงานในช่วงเวลาเดียวกันของแต่ละปี มาเปรียบเทียบกับ ก็จะเป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบ One group Pre-test Post-test Time series Design ที่มีคุณภาพดีกว่า One group Pre-test Post-test Design ธรรมดา

4.) เป็นผลงานวิจัย ที่มีคุณค่าต่อทุกฝ่าย (Valuable Research for All) โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เกิดประโยชน์ และคุณค่าต่อผู้มารับบริการ ผู้ป่วย ประชาชน ต่อหน่วยงาน/องค์การผู้ให้บริการหรือผู้รับผิดชอบ และ ต่อประเทศชาติ อย่างชัดเจนมากกว่างานวิจัยทั่วไป ที่มักจะเกิดประโยชน์กับผู้วิจัยหรือคณะผู้วิจัย เป็นส่วนใหญ่ เท่านั้น

5.) ถูกต้องตามหลักวิชาการของวิทยาการวิจัย (Correct in Research Methodology) เนื่องจากผลงานที่ได้จากการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยที่เรียกว่า R2R นั้น เป็น “วิจัย (Research)” จึงต้องทำให้ถูกต้องตามหลักวิชาการวิจัย ซึ่งในที่นี้ เน้นที่ “การทำและการเขียน” เป็นหลัก โดยต้องทำเป็น วิจัย แล้วนำมาเขียนให้กระชับ ถูกต้อง ครบถ้วน ชัดเจน และ สั้นที่สุดเท่าที่จำเป็น โดยใช้กลยุทธ์ ST (Strength-Threat Strategy) คือ การนำจุดแข็งของการวิจัยชนิดนี้ ที่มีข้อมูลเชิงประจักษ์อย่างชัดเจนว่า “เกิดผลดีจริง” ต่อผู้มารับบริการและประเทศชาติ มาปกป้องภาวะคุกคามจากนักวิชาการ บางส่วน/บางกลุ่ม ที่มุ่งเน้นที่ Research Methodology

R2R2E เป็นการทำงานประจำ (ตามภารกิจหลัก) ให้เป็นผลงานวิจัยสู่ความเป็นเลิศ นับเป็นกระบวนการในการพัฒนางานที่ทำให้เป็นผลงานวิจัยอย่างต่อเนื่อง และทำให้ผลงานนั้นได้รับการยอมรับว่า เป็นผลงานทางวิชาการชั้นเยี่ยม ที่กำลังพัฒนาสู่ความยั่งยืน เป็นหนึ่งในวิธีการพัฒนางาน ที่ผู้ปฏิบัติงานทุกคน “สามารถทำได้” โดยไม่ยุ่งและไม่ยาก เป็นสิ่งที่ “ผสมผสาน” การทำงาน (Working), R2R, และ การจัดการความรู้ [Knowledge Management: KM (ที่ประกอบด้วย Knowledge Vision: KV, Knowledge Sharing: KS และ Knowledge Asset: KA)] ทั้ง 3 อย่างนี้ เข้าด้วยกัน อย่างกลมกลืน มีประสิทธิภาพ และ เปี่ยมไปด้วยคุณประโยชน์ทั้งตงนามภาคภูมิใจ (สมชาติ โตรักษา,2569;สมชาติ โตรักษา,2548;สมชาติ โตรักษา,2558; สมชาติ โตรักษา,2556)โดยใช้กลยุทธ์การพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ตามแนวคิด หลักการ และ วิธีการของ R&D for CSWI (Continuous and Sustainable Working Improvement) ➔ ผลงานวิจัยอันทรงคุณค่าที่อวดได้ทั่วโลก

R&D for CSWI นั้น เป็นการทำงานหนึ่งงานใด อย่างต่อเนื่อง ยาวนานมากกว่า 5 ปี โดยมีหลักฐานยืนยันที่เชื่อถือได้แน่นอน และ ปัจจุบันยังดำเนินการอยู่ ด้วยการพึ่งพิงตนเองได้ จากความหมายนี้ สามารถจำแนก Key words ได้ 7 คำ คือ งาน การพัฒนา อย่างต่อเนื่อง ยั่งยืน ปัจจุบันยังดำเนินการอยู่ หลักฐานยืนยันที่เชื่อถือได้แน่นอน และ พึ่งพิงตนเองได้ ซึ่งขอให้ความหมายโดยย่อ ของแต่ละคำ ดังนี้

- 1.) งาน (Task) หมายถึง สิ่งที่ต้องกระทำตามภารกิจ/หน้าที่ ขององค์การ
- 2.) การพัฒนา (Development / Improvement) = การเปลี่ยนแปลงที่ดีกว่าเดิม
- 3.) อย่างต่อเนื่อง (Continuous) หมายถึง ทุกปี โดยไม่เว้นว่าง
- 4.) ยั่งยืน (Sustainable) = มีการดำเนินงานมานานกว่า 5 ปี และ เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องด้วยตัวผู้ปฏิบัติงานและทีมงานเอง จนถึงปัจจุบัน และ มั่นใจได้ว่าจะยังคงทำต่อไปในอนาคต
- 5.) ปัจจุบันยังดำเนินการอยู่ (Active) หมายถึง ยังเป็นภารกิจขององค์การในปัจจุบัน
- 6.) หลักฐานยืนยันที่เชื่อถือได้แน่นอน (Evidence-based) = มีสิ่งที่สามารถยืนยัน “ความเป็นจริง (Reality)”ของสิ่งที่เกี่ยวข้องแต่ละอย่าง ตามหลักวิชาปรัชญา (Principles of Philosophy) ที่วงการวิชาการในเรื่องนั้น ให้ ความเชื่อถือ เช่น ผลงานวิจัย เป็นต้น
- 7.) พึ่งพิงตนเองได้ (Self-reliance) หมายถึง สามารถดำเนินการได้ด้วยตัวผู้ปฏิบัติงานและทีมงานเอง แม้ จะไม่มีการช่วยเหลือสนับสนุนใดๆจากบุคคลหรือหน่วยงาน ภายนอกงาน/องค์การ

การเขียน “วิชาการ/ผลงานวิจัย” จาก R2R2E นั้น ใน “เรื่องแรก” ที่ทำ จะใช้เวลาประมาณ 6 เดือน – 1 ปี โดยเวลาที่ใช้ในการจัดทำผลงานนั้น จะต้องใช้มากในขั้นตอนการลงตีพิมพ์ในวารสาร ซึ่งอยู่นอกเหนืออำนาจการควบคุมของผู้ทำ จึงขอเสนอให้ลงตีพิมพ์ไปก่อน ใน “หนังสือรายงานผลงานวิชาการ/ผลงานวิจัยประจำปี” ของหน่วยงาน/องค์การ เช่น รายงาน วิชาการ/ผลงานวิจัยประจำปีของหน่วยงาน/องค์การเรา, ของเครือข่ายเรา, ของเครือข่ายที่มาทำงานร่วมกับหน่วยงาน/องค์การเรา เช่น คณะ/มหาวิทยาลัย ต่างๆ, ของหน่วยงาน/ส่วนราชการ หรือองค์การและเครือข่าย ที่มาทำงานร่วมกับหน่วยงาน/องค์การเรา ฯลฯ ซึ่งแต่ละหน่วยงาน/องค์การ สามารถจัดทำได้เอง และใช้อ้างอิงเป็นผลงานวิชาการ/ผลงานวิจัย ของผู้ทำ และ หน่วยงาน ได้ ตามอำนาจหน้าที่ ชื่อเสียง ความน่าเชื่อถือ

ขั้นที่ 6. เขียนผลงานวิชาการ/ผลงานวิจัย จากผลงานที่มีลักษณะเป็น R2R แท้และดี: R2R2E เรื่องต่อมา (เรื่องที่ 2) โดยจะใช้เวลาลดลงประมาณครึ่งหนึ่ง เหลือเพียง ~ 4-6 เดือน และ เรื่องที่ 3 ก็จะใช้เวลาลดลงไปอีก โดยดำเนินการเช่นเดียวกันกับเรื่องแรก

เมื่อได้เขียน “ผลงานวิชาการ/ผลงานวิจัย” มาอย่างต่อเนื่องจนถึงเรื่องที่ 5 จะพบว่า ใช้เวลาในแต่ละเรื่องเพียงประมาณ 2-3 เดือน ซึ่งถือว่าผู้นั้น เป็น “ผู้นำ” ด้านการเขียนผลงานวิชาการ/ผลงานวิจัย ชนิด/ลักษณะ นี้ ในวงการของพวกเรา

ขั้นที่ 7. เขียน “ผลงานวิชาการ/ผลงานวิจัย” เป็นภาษาสากล เช่น ภาษาอังกฤษ เพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการนานาชาติ ซึ่งจะพัฒนาจากผลงานที่มีลักษณะเป็น R2R ธรรมดา/ทั่วไป สู่ R2E (Routine to Excellence) คือ การทำงานตามภารกิจของหน่วยงาน/องค์กรเรา ให้เป็นผลงานวิชาการ/ผลงานวิจัย ที่สามารถวัดได้ทั่วโลก แม้จะไม่ง่าย แต่พวกเราสามารถ “ช่วยกัน” ทำได้ แน่นนอน (ร่วมกับที่ปรึกษา)

ขั้นที่ 8. เขียน “ผลงานวิชาการ/ผลงานวิจัย” จากผลการดำเนินงานของงานตามภารกิจของหน่วยงาน/องค์กรเรา ที่มีลักษณะเป็นผลการดำเนินงานที่ “ยังไม่ดี” คือ ยังไม่เกิดการพัฒนาหรือยังไม่สำเร็จดีมากนัก ด้วยการแสดงและวิเคราะห์ความไม่สำเร็จ ซึ่งมักจะพบว่า มีประโยชน์มากกว่าผลงานที่สำเร็จ แต่ยังไม่ค่อยมีผู้เขียนผลงานฯ ในลักษณะนี้ เพราะขาดความภาคภูมิใจ (ความสุข) นั่นเอง

ขั้นที่ 9. จัดทำ “โครงการ” พัฒนางานตามภารกิจของหน่วยงาน/องค์กรเรา สู่งานวิจัย อย่างต่อเนื่อง โดยจัดทำเป็น Research Proposal เพื่อขอใบรับรองจริยธรรมการทำวิจัย (Ethical Certificate: EC) เพื่อคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้วิจัย และกลุ่มตัวอย่าง (ในมนุษย์และสัตว์) ที่เป็นมาตรฐานสากล เริ่มจากงานตามภารกิจหลักของหน่วยงาน/องค์กรเรา แล้วขยายไปจนครอบคลุม “ทุกงาน” ที่หน่วยงาน/องค์กรเรา “ทำ”

ในขั้นที่ 9 นี้ ถ้าทำได้ดีจะพบว่า “ทุกคน” ในหน่วยงาน/องค์กรเรา สามารถเขียนผลงานวิชาการ/ผลงานวิจัย ในแต่ละงานที่แต่ละคนทำหรือช่วยทำ ได้ปีละมากกว่า 1 เรื่อง ทุกปี ซึ่งทุกหน่วยงาน/องค์กร สามารถจัดทำได้ โดยไม่ยุ่งยาก ด้วยการพัฒนาให้เกิด “ระบบและกลไก” (System and Mechanism) ที่ชัดเจน และ เอื้ออำนวย พร้อมทั้งมีการดำเนินงานอย่างจริงจัง เข้มแข็ง และ ต่อเนื่อง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน อย่างเป็นรูปธรรม ในการนี้ จำเป็นต้องมี “แกนกลาง” ในการดูแล บริหาร/จัดการ ประสาน ส่งเสริม สนับสนุน ให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น และมีประสิทธิภาพ ตลอดเวลา โดยหน่วยงาน/องค์กร

อภิปราย และ สรุป

การนำ SOAR technique มาประยุกต์ ด้วย R2R2E สู่เป้าหมายร่วมกันของบุคลากร/หน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน/ประเทศชาติ คือ การมีคุณภาพชีวิตดีถ้วนหน้า (Quality of Life for All: QOL.FA) ของประชาชนไทยทั่วประเทศ และ ความเจริญรุ่งเรืองอย่างมั่นคงและยั่งยืนของประเทศไทย ทั้ง 9 ขั้นตอน ที่นำเสนอมานี้ เป็นแนวทางและวิธีการเชิงบูรณาการ ในการแก้ปัญหาและพัฒนางานวิจัยของหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่ความเจริญก้าวหน้าของทั้งตัวบุคลากรเอง หน่วยงาน องค์กร สถาบัน และ ประเทศชาติ อย่างมั่นคงและยั่งยืน ยิ่งๆขึ้น ตลอดไป หน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ทั้งหลายที่ต้องการพัฒนาผลงานวิจัยฯ สามารถนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนางานวิจัยของตนให้ประสบความสำเร็จมากขึ้นได้

ปัญหาอุปสรรค (Obstacles = สิ่งที่จะมาขัดขวางการดำเนินงาน) ของการนำ SOAR technique มาประยุกต์ ด้วย R2R2E คือ **Man** ได้แก่ ผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหลาย (ผู้ปฏิบัติงาน ผู้บริหารทุกระดับ) ของหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ตามหลักของการต่อต้านการเปลี่ยนแปลง (Resistant to Change) ซึ่งเป็นธรรมชาติของมนุษย์((สมชาติ โตรักษา,2569;สมชาติ โตรักษา ,2548;สมชาติ โตรักษา,2558; สมชาติ โตรักษา,2556)แนวทางในการแก้ปัญหาที่ดี คือ การป้องกันปัญหา(สมชาติ โตรักษา ,2569;สมชาติ โตรักษา,2548;สมชาติ โตรักษา,2558; สมชาติ โตรักษา,2556; Drucker PF,1994) ด้วยการนำหลักการจูงใจ (Principles of Motivation) และหลักการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์ (Principles of Human Behavior Modification)(สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต,2565)มาประยุกต์อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพสูงยิ่งขึ้น อย่างเหมาะสม รวดเร็ว และ ทันเวลา ตามกาละ เทศะ บุคคล และสถานการณ์

Man ที่สำคัญมาก ได้แก่ ผู้บริหารหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ที่ต้องการพัฒนาผลงานวิจัยฯ จะต้องมาดำเนินการพัฒนาให้มีระบบและกลไกในการ “ทำวิจัย” ที่ดี กระทั่งมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพสูง สามารถช่วยพัฒนาการทำงานวิจัยทั้งของบุคลากรของตนเอง/หน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ที่ตนดูแล และ ผู้มาใช้บริการจากหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน อื่น รวมทั้งประชาชนทั่วไป ให้ดียิ่งๆขึ้น เน้นให้บุคลากรและผู้เกี่ยวข้องกับการทำวิจัย มีความสุขตลอดเวลา รวมทั้งตัวผู้บริหารเอง

ด้วย และสามารถพัฒนาให้เกิด Self-Improvement: SI ซึ่งบ่งบอกความเป็นบุคคลคุณภาพ; สิ่งทีกล่าวมานี้ คือ การพัฒนา Management (การจัดการ) (สมชาติ โตรักษา,2569;สมชาติ โตรักษา,2548) งานวิจัยของหน่วยงาน/องค์การ ให้ชัดเจน และเอื้ออำนวย พร้อมทั้งมีการดำเนินงานอย่างจริงจัง เข้มแข็ง และ ต่อเนื่อง ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน อย่างเป็นรูปธรรม โดยมี “ทีมผู้รับผิดชอบ” ในการดูแล บริหาร/จัดการ ประสาน ส่งเสริม สนับสนุน ให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น มีประสิทธิภาพ ยิ่งๆขึ้นตลอดเวลา และสามารถทนทานต่อการเปลี่ยนแปลงตัวบุคคลที่มีอยู่ตลอดเวลา

ขอแนะนำ/ยกตัวอย่าง โปรแกรมการนำ SOAR technique มาประยุกต์ ด้วย R2R2E สู่เป้าหมายร่วมกันของบุคลากร/หน่วยงาน ให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า (เป็นการพัฒนาทั้งงานตามภารกิจ งานวิจัย และ การพัฒนานักวิจัย) ในหน่วยงาน โดยใช้การจัดฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ (Workshop Training) เป็นระยะ ๆ รุ่นละ 5-10 ทีม ทีมละมากกว่า 2 คน (มาเรียนรู้และร่วมกันทำ) ใช้เวลารุ่นละ ~ 36 ชั่วโมงอบรม (Training-hour) ติดต่อกัน ใน 8 ช่วงเวลา (ครั้ง) ห่างกันช่วงเวลาละ 2-3 สัปดาห์ รวมเวลาไม่เกินรุ่นละ 6 เดือน เสนอให้ฝึกอบรมนอกเวลาทำการหรือวันหยุด ตามความสมัครใจและนำเวลามาทดแทนเวลาทำการ/วันหยุด ได้

ช่วงเวลา	หัวข้อ/กิจกรรม	ผลงาน	การบ้าน	คำอธิบาย
ก่อนอบรม	เตรียมผลงานที่ภาคภูมิใจ	ผลงาน หัวเรื่องเบื้องต้น	ช่วยกันหา <u>SO</u> (ใน SOAR)	ตามบริบท
อบรม 1	แนวคิด หลักการ วิธีการ (Intro.) การเขียนผลงานหลัก (ฉบับย่อ)	ผลงาน (ฉบับย่อ)	ช่วยกันจัดทำผลงานหลัก 20 slides	„
อบรม 2	นำเสนอผลงานหลัก 20 slides	ผลงานฉบับนำเสนอเบื้องต้น	ช่วยกันจัดทำ OA	„
อบรม 3	นำเสนอ OA ver.1	ผลงาน OA เบื้องต้น	ช่วยกันปรับปรุง OA	„
อบรม 4	นำเสนอ OA ver.2	ผลงาน OA ที่ปรับปรุง	ช่วยกันจัดทำ Proposal เพื่อขอ EC	„
อบรม 5	นำเสนอ Proposal เพื่อขอ EC	Proposal เพื่อขอ EC เบื้องต้น	ช่วยกันจัดทำแผนการพัฒนาสู่ SD	„
อบรม 6	นำเสนอแผนการพัฒนาสู่ SD	แผนการพัฒนาสู่ SD ที่ปรับปรุง	ช่วยกันพัฒนา AR (ใน SOAR)	„
หลังอบรม	KS ผลการพัฒนา AR	ผลการพัฒนา AR	ช่วยกันพัฒนา AR อย่างต่อเนื่องจนสำเร็จ	„

จำนวนครั้งและจำนวนเวลาในแต่ละครั้งของการฝึกอบรม สามารถจัดได้หลายแบบ ตามบริบท (Context) ข้อจำกัด (Limitation) สิ่งสนับสนุนและเอื้ออำนวย (Availability) ของทั้งหน่วยงานที่จัดฝึกอบรม หน่วยงานของบุคลากร/กลุ่มเป้าหมาย ที่ต้องการเข้ารับการอบรม และผู้ที่ต้องการเข้ารับการอบรม โดยการจัดฝึกอบรมนั้น เน้นการไม่เกิดผลเสียต่องานบริการประชาชน (ตามภารกิจหลัก) ให้ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง (ไม่ใช่การบรรยายอย่างเดียว) มีการบ้านที่ช่วยส่งเสริมความสามารถในการทำวิจัย (ที่ไม่ยุ่งยาก พร้อมทั้งปรึกษาที่มีเพียงพอทั้งจำนวน เวลา และใจ) มีเพื่อน (กัลยาณมิตร ที่เข้าอบรมด้วยกัน) มีการแข่งขัน (ทำความดี) อย่างมีความสุข และได้ผลงาน/ได้รับผลประโยชน์ ทันทิ อย่างน่าชื่นชม เช่น จัดฝึกอบรมทุกวันพุธ เวลา 16-18 น, จัดฝึกอบรมทุกวันพฤหัสบดี เวลา 14-16 น, จัดฝึกอบรมทุกวันเสาร์ เวลา 9-12 น เป็นต้น ได้ขุมความรู้ (Knowledge Asset: KA) ที่ได้จัดทำให้เป็นเอกสาร (Documents) ทั้งที่เป็นชื่อเรื่อง (ให้แนวคิด-แนวทาง),สาระสำคัญโดยสรุป, สไลด์นำเสนอผลงานวิชาการแบบ Oral Presentation, Original Article ที่พร้อมลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ หรือ ผลงานจากการพัฒนางานตามภารกิจของหน่วยงาน ที่ใช้ในการฝึกอบรม ที่สามารถนำไปใช้ส่งเสริมความสุขและนำไปสู่ความเจริญก้าวหน้าของผู้เข้าอบรมเองได้ทันที รวมทั้งผลลัพธ์และรายงานผลการดำเนินงาน ตามกิจกรรม/แผนงาน/แผนปฏิบัติการ และ เอกสารเผยแพร่ ของหน่วยงาน/องค์การ สู่สาธารณะ/สื่อ ต่างๆ ทั้ง On-site และ On-line รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้/ความรู้ (Knowledge Sharing: KS) การเยี่ยมชม ศึกษาดูงาน ฯลฯ ตลอดจนการ Download เอกสารเผยแพร่/ผลงาน ของงาน/หน่วยงาน/องค์การ การไปร่วมประชุมสัมมนา กับหน่วยงานอื่น การได้รับเชิญไปบรรยาย/ร่วมประชุมสัมมนา รวมทั้งการรายงานผลการดำเนินงานที่สร้างสรรค์ ช่วยสร้างขวัญ-กำลังใจ จากการมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีมของบุคลากรในหน่วยงาน/องค์การ อย่างน่าภาคภูมิใจ และ การนำไปขยายผล/ต่อยอด ให้ได้รับผลประโยชน์ต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง ฯลฯ

ความคาดหวังหรือความตั้งใจให้แต่ละทีมได้รับการอบรม คือ

1. ได้รับทันที จากการอบรม คือ ได้ Knowledge Asset: KA ตามที่กล่าวมาข้างต้น (หลายเรื่อง)
2. ได้รับหลังจากการอบรมภายใน 1 ปีแรก
 - 2.1 ผลงานวิชาการ (>5 เรื่อง)
 - 2.2 ผลงานวิจัย
 - 2.3 รูปแบบการดำเนินงาน (Working Model) เบื้องต้น ของงานตามภารกิจหลักของเรา
 - 2.4 ตัวอย่าง (Example) ของการดำเนินงานพัฒนางานตามภารกิจหลักของหน่วยงานเรา
 - 2.5 โครงร่างวิจัย (Research Proposal) เพื่อขอ EC ของหน่วยงานเรา เป็นชุดโครงการวิจัย (Research Program) ส่งกรมมีคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน โดยนําระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 (ราชกิจจานุเบกษา, 2561) มาประยุกต์
 - 2.6 เครือข่ายวิจัย (Research Networks)
 - 2.7 แผนพัฒนางานวิจัย (Research Development Plan) สู่ความยั่งยืน ของหน่วยงานเรา
3. ได้รับหลังจากการอบรมแล้ว 1 ปี อย่างต่อเนื่อง
 - 3.1 ได้ผลงานวิชาการ และ/หรือ ผลงานวิจัย ลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ เพิ่มขึ้นไม่น้อยกว่า จำนวนสมาชิกทีม ทุกปี
 - 3.2 ได้ Working Model ของงานตามภารกิจหลักของหน่วยงานเราที่สามารถเป็นวิธีปฏิบัติที่ดี (Good Practice) ของการดำเนินงานตามภารกิจหลักของหน่วยงาน/องค์การ เรา ได้อย่างมั่นใจ
 - 3.3 ได้ตัวแบบสาธิต (Role/Demonstrate Model) ของการดำเนินงานพัฒนางานตามภารกิจหลักของหน่วยงาน/องค์การเรา อย่างต่อเนื่อง ที่สามารถทำได้จริง สามารถนำไปประยุกต์/ใช้ ในหน่วยงานอื่นๆ ขององค์การเรา และองค์การอื่น ได้โดยสะดวก อย่างมั่นใจ พร้อมคำแนะนำหรือคำอธิบายที่ชัดเจนถึงวิธีปฏิบัติ ที่เน้นการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ทั้ง Primary Prevention, Secondary Prevention, และ Tertiary Prevention รวมทั้งวิธีการในการแก้ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น อย่างเหมาะสม สร้างสรรค์ ครอบคลุม มีประสิทธิภาพสูง และ ครบวงจร สามารถพัฒนาไปเป็นต้นแบบ (Prototype Model) ของหน่วยงานลักษณะนี้ของประเทศไทย อย่างต่อเนื่องสู่ความยั่งยืนได้
 - 3.4 ได้ EC ในโครงร่างวิจัยแบบชุดโครงการวิจัยในพื้นที่ ที่มีบูรณาการจากทุกภาคส่วน

การนำ SOAR technique มาประยุกต์ ด้วย R2R2E ที่ได้นำเสนอมานี้ เป็นตัวอย่างหนึ่ง ของแนวทางและวิธีการเชิงบูรณาการ ที่สามารถนำมาใช้ในการแก้ปัญหาและพัฒนางานวิจัยของหน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน อย่างต่อเนื่อง สู่ความเจริญก้าวหน้าของทั้งบุคลากรเอง หน่วยงาน องค์การ สถาบัน และ ประเทศชาติ อย่างมั่นคงและยั่งยืน ยิ่งๆขึ้น ตลอดไป ได้อย่างมั่นใจ; ทุกหน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน สามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนแก้ปัญหาและพัฒนางานวิจัยของตนให้ประสบความสำเร็จมากขึ้น อย่างเป็นระบบ ช่วยให้การดำเนินงานวิจัยของแต่ละหน่วยงาน/องค์การ เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนได้ อยู่ในวิสัยที่สามารถ “ทำได้” โดยมีตัวอย่างผลงานวิจัยในการบริหาร พัฒนา และ แก้ปัญหา ที่ได้ดำเนินการมาแล้ว มากกว่า 50 เรื่องขอยกตัวอย่างที่เป็นวิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการบริหารโรงพยาบาล ของมหาวิทยาลัยมหิดล มา 5 เรื่อง (Ngamnithipom et al., 2001; Uthachut, B. 2001; Boonkantha, P. 2001; ภูมิภาค เดชาปภาพัทธ, 2556; คณัษมา สิทธิบุศย์, 2558)

สิ่งที่ตั้งใจให้ได้จากการนำ SOAR มาประยุกต์ เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนางานวิจัยของหน่วยงาน/องค์การ

1. ผู้เข้ารับจากการอบรมจะได้รับทันที คือ ได้ Knowledge Asset: KA ตามที่กล่าวมาข้างต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้ ผลงานวิชาการที่เป็น Original Article: OA ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการระดับชาติขึ้นไป ที่นำไปสู่ความก้าวหน้าของผู้เข้ารับจากการอบรมนั้น
2. หน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน ของผู้เข้ารับจากการอบรมจะได้รับ คือ ผลงานวิชาการและหรือผลงานวิจัยของงานตามภารกิจ ที่ลงตีพิมพ์/เผยแพร่ ในวารสารวิชาการหรือสื่อต่างๆ อย่างแพร่หลาย ก่อให้เกิดชื่อเสียง เกียรติยศ และสามารถนำไปสู่การพัฒนา/การใช้ประโยชน์ เพื่อการศึกษา การป้องกัน และ การแก้ปัญหาของงาน/หน่วยงาน/องค์การ/สถาบัน จะก่อประโยชน์ ทั้งที่เป็นตัวเงิน และ ไม่เป็นตัวเงิน ทั้งในระยะสั้น และ ในระยะยาว อย่างต่อเนื่อง
3. องค์การของผู้เข้ารับจากการอบรมจะได้รับ (ส่วนราชการ บริษัท) คือ ได้ Working Model ของงานตามภารกิจหลักที่เป็น Good Practice อย่างชัดเจน, ได้ตัวแบบ/ตัวอย่าง ของการดำเนินงานพัฒนางานตามภารกิจหลัก ด้วยกระบวนการที่เป็นวิชาการที่น่าเชื่อถือ, ได้โครงการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยของ หน่วยงานที่ละเอียดและชัดเจน ทั้งกิจกรรม ช่วงเวลา

และ ระยะเวลา ที่สามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบเบื้องต้น (Initial Prototype) ให้กับ หน่วยงานอื่นๆ ได้โดย สะดวก, ที่สำคัญ คือ ได้บุคลากรที่มีคุณภาพมากขึ้น

4. ประเทศชาติจะได้รับ คือ ได้ Example ของผลงานวิชาการจากหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน ของผู้เข้ารับจากการอบรมที่เป็นงานตามภารกิจและหรือโครงการพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัยที่ได้มีการดำเนินงานจริงแล้วเป็นระยะเวลาหลายปีอย่างละเอียด ชัดเจน จับต้องได้ สามารถนำไปใช้เป็นตัวอย่างให้กับหน่วยงานอื่นๆ ได้ ด้วยกระบวนการแลกเปลี่ยนความรู้ (Knowledge Sharing: KS) ที่มีการนำมาใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยเน้นการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า มากขึ้น จะก่อเกิดประโยชน์กับประเทศชาติอย่างมหาศาล ทั้งด้านการพัฒนาคน วิชาการ และ การพัฒนาประเทศ

5. ประชาชนจะได้รับ คือ **มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น** โดยมีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่เชื่อถือได้ยืนยัน ได้แก่ Documents ที่ได้รับจากการอบรม รวมทั้งการที่ได้บุคลากรที่มีคุณภาพและมีความรู้ความสามารถจริงในการบริหาร พัฒนา และแก้ปัญหาของงานที่ดูแลรับผิดชอบได้ดีขึ้น จะช่วยให้การดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน/ภาคส่วน ของประเทศไทย มีประสิทธิภาพมากขึ้น นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของประชาชนไทยทั่วประเทศ

6. วงการวิชาการ (การวิจัย ประยุกต์วิชาการในการดำเนินงานเฉพาะเรื่อง/สาขาวิชา) จะได้รับ คือ ได้ตัวแบบ/ตัวอย่างของการดำเนินงานที่มีการ “ทำในพื้นที่/สถานการณ์จริงแล้ว” นานหลายปี ที่น่าเชื่อถือ สามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบ (Prototype) ของการประยุกต์วิชาการเฉพาะเรื่อง/สาขาวิชา สู่การดำเนินงานในพื้นที่/สถานการณ์จริง ที่แต่ละประเทศ สมควรนำมาใช้ ในการนำนโยบายทั้งหลายที่ “เขียน/ประกาศ” ไว้ดีมาก สู่การปฏิบัติเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์สุขต่อประชาชนทั้งประเทศ อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าที่ทำการกันมา เกิดประโยชน์กับประเทศชาติมาก ทั้งด้านการพัฒนาคน งาน และ การพัฒนาประเทศ ไปพร้อมๆกัน

สรุปว่า ผลผลิต (Productivities) ที่พึงประสงค์ ของการนำ SOAR Technique มาประยุกต์/ใช้ ในการแก้ปัญหาและพัฒนางานวิจัยของหน่วยงาน/องค์กร/สถาบัน/ประเทศชาติ อย่างต่อเนื่อง คือ Original Articles ของงานตามภารกิจของหน่วยงาน/องค์กร ที่ลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ที่วงการวิชาการนั้นๆ ให้การยอมรับอย่างแพร่หลาย รวมทั้ง Documents ทั้งหลาย ที่มีการนำไปใช้และเกิดประโยชน์ต่อประชาชนและประเทศชาติแล้ว และ การได้นักวิจัยของหน่วยงาน/องค์กร ที่มีผลงานลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ ที่วงการวิชาการนั้นๆ ให้การยอมรับ เพิ่มขึ้นในแต่ละปี ทั้งในภาพรวม และ ในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย/สาขาวิชา

ข้อเสนอแนะ

“ทุกหน่วยงาน” ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานภาครัฐ, ภาคเอกชน, NGOs, และ หน่วยงานภาคประชาชน สามารถนำเนื้อหาที่นำเสนอนี้ ไปเป็นส่วนหนึ่งของแนวคิด หลักการ และวิธีการ ในการทำ พัฒนา และ แก้ปัญหา เกี่ยวกับการทำวิจัยของหน่วยงานตน จะสามารถช่วยส่งเสริม สนับสนุน และช่วยเหลือ ให้บุคลากรของหน่วยงาน “ทำวิจัย” อย่างมีความสุขมากขึ้น ตลอดเวลา นำไปสู่ความสำเร็จก้าวหน้าของทั้งตัวบุคลากรเอง หน่วยงาน องค์กร สถาบัน และ ประเทศชาติ อย่างรวดเร็วมั่นคงและยั่งยืนยิ่งขึ้น ด้วย Principles of R&D for CSWI (Research & Development for Continuous and Sustainable Working Improvement) (สมชาติ ไตรรักษา,2569;สมชาติ ไตรรักษา,2548;สมชาติ ไตรรักษา,2558; สมชาติ ไตรรักษา,2556) ซึ่งเป็นหลักการในการพัฒนา “งาน” อย่างต่อเนื่อง สู่ Sustainable Development: SD ช่วยให้การดำเนินงานมีคุณภาพสูงอย่างครบวงจร ต่อเนื่อง ตามแต่ละช่วงเวลาของแต่ละกิจกรรม นำไปสู่การพัฒนา ที่มั่นคง และ ยั่งยืน ของงาน/หน่วยงาน เป็นการวิจัยแบบ R&D (Research and Development) (สมชาติ ไตรรักษา,2569;สมชาติ ไตรรักษา,2548;สมชาติ ไตรรักษา,2558; สมชาติ ไตรรักษา,2556; OECD,2015; การวิจัยแห่งชาติ,2565)สู่ Innovation ที่ประเทศไทยของเราต้องการเป็นอย่างยิ่ง.

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.(2557). สำนักงาน. ตำราชุดฝึกอบรมหลักสูตร “นักวิจัย”ฉบับปรับปรุง. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2557.
- สมชาติ ไตรรักษา. กิจกรรมหลักของการวิจัย. วารสาร; 2566.
- สมชาติ ไตรรักษา.(2560).การประยุกต์หลักการบริหารเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราชกิจจานุเบกษา.(2562).พระราชบัญญัติ สถานโยบายการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ พ.ศ. 2562. หน้า 8-41 เล่ม 136 ตอนที่ 57 ก; 1 พฤษภาคม 2562.

- ศูนย์ส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหิดล.(2559). คู่มือ CITI PROGRAM สำหรับบุคลากรและนักศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมชาติ โตรักษา.(2548).หลักการบริหารโรงพยาบาล ภาคที่ 1 หลักการบริหารองค์การ และ หน่วยงาน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: บริษัท เอส.พี.เอ็น.
- สมชาติ โตรักษา.(2558). R2R: การพัฒนางานตามภารกิจหลักสู่งานวิจัย. Rajabhat Journal of Science, Humanities & Social Sciences 2558; 16(2): 142-155.
- สมชาติ โตรักษา.(2556).การทำวิจัยเพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- David L. Cooperrider, Diana Whitney, Jacqueline M. Stavros 2nd ed.(2008). Appreciative Inquiry Handbook. Ohio: Crown Custom Publishing.
- World Health Report 2008.(2008).- Primary Health Care: Now More Than Ever. Geneva: WHO.
- สมชาติ โตรักษา. ปรัชญา วิทยาศาสตร์ และ ศาสนา. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
- ราชกิจจานุเบกษา.(2545).พระราชบัญญัติ ปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545. เล่ม 119 ตอนที่ 99 ก; 2 ตุลาคม 2545.
- ราชกิจจานุเบกษา.(2552).กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2552. หน้า 95-105 เล่ม 126 ตอนที่ 98 ก; 28 ธันวาคม 2552.
- Drucker PF.(1994). Managing for the Future. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต.(2565).ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชกิจจานุเบกษา.(2561).ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. หน้า 1-7 เล่ม 135 ตอนพิเศษ 54 ง; 9 มีนาคม 2561.
- Ngamnithiporn, P. Ambulance Service Development in Ramathibodi Hospital, Thailand, 2001. [M.Sc. Thesis (Public Health)major in Hospital Administration]Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 2544 BE.
- Uthaichut, B.(2544). Dietary Service development in patient in Sawangdaendin Crown Prince Hospital, Sakonnakorn Province. [M.Sc. Thesis (Public Health) major in Hospital Administration] Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Boonkantha, P.(2547).Development of the Nursing Service for patients on a ventilator in Nakornpathom Hospital, Thailand, Fiscal year 2004 [M.Sc. Thesis (Public Health) major in Hospital Administration] Bangkok: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- นิชภา เดชาภาพัทธ.(2556). การพัฒนางานบริการบำบัดระยะสั้นผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ โรงพยาบาลรามธิบดี [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการบริหารโรงพยาบาล]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ณัฏฐา สิทธิบุศย์.(2558). การพัฒนางานจัดเก็บรายได้ สถาบันบำราศนราดูร ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงานทุกหน่วยบริการ ปีงบประมาณ 2558 [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการบริหารโรงพยาบาล]. กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- OECD.(2015). Frascati Manual 2015: Guidelines for Collecting and Reporting Data on Research and Experimental Development, The Measurement of Scientific, Technological and Innovation Activities, OECD Publishing, Paris. DOI: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264239012-en>.
- การวิจัยแห่งชาติ(วช.).(2565). สำนักงาน กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์วิจัยและนวัตกรรม. ยุทธศาสตร์องค์กร พ.ศ. 2566 – 2570, แนวทางการบริหารจัดการผลงานวิจัยและนวัตกรรมที่มีหน่วยงานอื่นของรัฐหรือหน่วยงานหรือบุคคลในภาคเอกชน ร่วมกันให้ทุนสนับสนุนการวิจัยและนวัตกรรม พ.ศ.2565. กรุงเทพฯ: สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ.

การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมด้วยกลไก 3 หมอรู้จักคุณ พื้นที่ต้นแบบ Sandbox อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Evaluation of the holistic elderly care system with a mechanism,
3 Doctors know you, Sandbox prototype area Benjalak District
Sisaket Province.

สมหวัง พิทักษ์^{1*} ณัฐฤติ แท่นศิลา^{2*} มนตรี แก้วพวง^{3*} มินนา กงล้อม^{4*}
Somwang Pitaksa^{1*} Nathawuti Tansila^{2*} Montree Kaewpuang^{3*} Minna Konglom^{4*}

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) วัตถุประสงค์เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามแนวคิด CIPP Model Evaluation การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการแบบเจาะจง (Purposive sampling) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามการประเมินผลกระทบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมด้วยกลไก 3 หมอรู้จักคุณ พื้นที่ต้นแบบ Sandbox อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จากกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 1,047 คน และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บจากคณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบลโดยแบบสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้สูงอายุ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข ผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และแก่นสาระของเนื้อหา (Thematic Analysis) ระยะเวลาการศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565 – มกราคม 2566 ผลการศึกษา พบว่า 1) การประเมินด้านบริบท มีนโยบายประเทศและเขตสุขภาพด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายคือทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงมีการเจ็บป่วย ในระดับอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่มีคุณภาพ และมีการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ทุกตำบล 2) การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า มีความพร้อมด้านบุคลากร ยังขาดความพร้อมงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสถานที่ 3) การประเมินด้านกระบวนการ มีการกำหนดแผนงานและปฏิบัติงานตามแผน โดยมีคณะทำงานและภาคีเครือข่าย ได้แก่องค์การบริหารส่วนตำบล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกำหนดบทบาท แผนการดูแลผู้สูงอายุ การคัดกรองและจัดบริการผู้สูงอายุ 4) การประเมินด้านผลผลิต พบว่า การประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL จำนวน 1,047 คน มีผลคะแนนรวม ADL ตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน ร้อยละ 3.34 มีผลคะแนนรวม ADL ตั้งแต่ 5 – 11 คะแนน ร้อยละ 36.67 และมีผลคะแนนรวม ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ร้อยละ 59.98 ดังนั้นการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ควรมีนโยบายที่ชัดเจน มีการสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสถานที่อย่างเพียงพอ มีแผนงานที่ชัดเจน และมีการทำงานเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็ง จึงจะทำให้การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและตรงตามวัตถุประสงค์ของการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, พื้นที่ต้นแบบ, การประเมินผล CIPP Model

^{1*}หัวหน้าโครงการวิจัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ^{2*}ผู้ร่วมวิจัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

^{3*}ผู้ร่วมวิจัย นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ^{4*}ผู้ร่วมวิจัย เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

E-mail: pekpek205@hotmail.co.th

Abstracts

This study was a quantitative study .Quantitative and Qualitative research. The objectives were to assess the context,inputs,process and outcomes of care for the dependent elderly according to the concept of CIPP Model Evaluation,purposive sampling. Quantitative data were collected using a holistic elderly care impact assessment questionnaire using the mechanism of 3 doctors know you, Sandbox prototype area, Benjalak District. Sisaket Province from, the elderly group of 1,047 people and Qualitative data were collected from the sub-district health care committee for the elderly through in-depth interviews from stakeholders in the elderly care President of Sub-district Administrative Organization, Deputy Sub-district Administrative Organization Director of Tambon Health Promoting, Hospital Public Health, Academician Elderly Care, Manager elderly caregiver and village public health volunteers. Quantitative data were analyzed by descriptive statistic using frequency, percentage, mean, standard deviation and qualitative data. Content analysis and thematic analysis were used for the study period from November 2022 to January 2023. The results of the study revealed that 1) the assessment of the context. There is a national and health policy on the care of elderly people of all age groups continuously. The goal is to prevent the elderly who are still healthy from getting sick. At the district level, there is a quality of life development committee at the district level and long – term care (LTC) in every sub-district. 2) Assessment of input factors Personnel readiness Lack of budget readiness Materials, equipment and locations 3) process assessment Plans are set and operations are carried out according to the plan, with working groups and network partners namely the Sub-district Administrative Organization Tambon Health Promoting, Community hospital and elderly caregivers co-determine roles elderly care plan. Screening and providing services for the elderly. 4) Evaluation of productivity : It was found that the assessment of health status of the elderly with ADL of 1,047 people had an ADL total score from 0 – 4 points, 3.34 %, had an ADL total score from 5 – 11 points, 36.67% and had an ADL total score from 12 points or more 59.98% therefore, the implementation of health care for the elderly. There should be a clear policy Sufficient resources, budgets, materials, equipment and locations are support. Have a clear plan and working as a strong network. Therefore it will make the provision of health services for the elderly more effective and meet the objectives of taking care of the elderly in the area.

Keywords: Long-Term Care for the Elderly, Model Area, Evaluation of the CIPP Model

บทนำ

การประเมินผลแบบ CIPP Model ของ Daniel I.Stufflebeam (2018) เป็นรูปแบบการประเมินที่เน้นการตัดสินใจ(Decision – Oriented Evaluation Model) เป็นรูปแบบที่มุ่งให้ได้มาซึ่งข้อมูลและข่าวสารต่าง ๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกทางเลือกต่าง ๆ ได้อย่างถูกต้อง นิยมใช้กันอย่างกว้างขวาง ซึ่งได้แบ่งประเด็นการประเมินเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1. การประเมินด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context Evaluation : C) เป็นการประเมินให้ได้ ข้อมูลสำคัญ เพื่อช่วยในการกำหนดวัตถุประสงค์ของโครงการ ความเป็นไปได้ของโครงการ 2. การประเมินปัจจัยเบื้องต้นหรือปัจจัยป้อน (Input Evaluation : I) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาถึงความเป็นไปได้ของโครงการ ความเหมาะสม และความพอเพียงของทรัพยากรที่จะใช้ในการดำเนินโครงการ 3.

การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation : P) เป็นการประเมินระหว่างการทำงาน โครงการ เพื่อหาข้อบกพร่องของการดำเนินโครงการ ที่จะใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา แก้ไข ปรับปรุง ให้การดำเนินการช่วงต่อไปมีประสิทธิภาพมากขึ้น และเป็นการตรวจสอบกิจกรรมเวลา ทรัพยากรที่ใช้ในโครงการ ภาวะผู้นำการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการ โดยมีการบันทึกไว้เป็นหลักฐานทุกขั้นตอน 4. การประเมินผลผลิต (Product Evaluation : P) เป็นการประเมินเพื่อเปรียบเทียบผลผลิตที่เกิดขึ้นกับวัตถุประสงค์ของโครงการ หรือความต้องการ/ เป้าหมายที่กำหนดไว้ รวมทั้งการพิจารณาในประเด็นของ การยุบ เลิก ขยาย หรือปรับเปลี่ยนโครงการ และการประเมินผล เรื่องผลกระทบ (Impact) และผลลัพธ์ (Outcomes) ของนโยบาย / แผนงาน / โครงการ การประเมินแบบ CIPP เป็นการประเมินที่

ครอบคลุมองค์ประกอบของระบบทั้งหมด ซึ่งผู้ประเมินจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินที่ครอบคลุมทั้ง 4 ด้าน กำหนดประเด็นของตัวแปรหรือตัวชี้วัด กำหนดแหล่งข้อมูลผู้ให้ข้อมูล กำหนดเครื่องมือการประเมิน วิธีการที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดแนวทางวิเคราะห์ข้อมูล และเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจนหากผู้ประเมินวางแผนและดำเนินการประเมินอย่างเป็นระบบและเหมาะสมก็จะทำให้การประเมินตามแผนและโครงการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินผลโครงการได้ดี ซึ่งจะครอบคลุม มิติด้านเศรษฐกิจ สังคม ด้านบริหารจัดการ ด้านทรัพยากร และด้าน สิ่งแวดล้อม เป็นต้น นอกจากนี้ยังสามารถวัดถึงความสำเร็จ และความล้มเหลวของโครงการ พัฒนาต่างๆ ของรัฐได้ ซึ่งในทางปฏิบัตินักประเมินผล จะต้องนำเกณฑ์ และตัวชี้วัดดังกล่าวมาปรับใช้ให้เหมาะสมกับลักษณะ และบริบทของโครงการด้วย (ธเนศ ขำเกิด,2552) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) คาดว่าประชากรผู้สูงอายุในปัจจุบันเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยระหว่างปี พ.ศ.2558 – 2593 พบว่าสัดส่วนของประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปีเกือบสองเท่าจากร้อยละ 12 - 22 และยังสามารถกำหนดกรอบการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีบนแนวคิดใหม่ โดยการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพจากรูปแบบการรักษาโรคไปสู่การดูแลผู้สูงอายุที่มีคนเป็นศูนย์กลางและและบูรณาการ มีการลงทุนกับผู้สูงอายุซึ่งจะมีผลให้ภาวะสังคมและเศรษฐกิจที่ดี ส่งผลทั้งในแง่ของสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในสังคมอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก ยังได้กำหนดกลยุทธ์ระดับโลกและแผนปฏิบัติการเกี่ยวกับผู้สูงอายุและสุขภาพปี พ.ศ.2559 - 2563 ที่สำคัญไว้ 5 ประการคือ 1) ประเทศ ภูมิภาคและสถาบันต่าง ๆ ต้องยึดเป็นผู้นำและความมุ่งมั่นที่จะดำเนินการตามนโยบายที่เป็นประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ 2) จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 3) มีระบบสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ 4) พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่เทียบเท่าประเทศอื่น และ 5) มีข้อมูลที่จำเป็นและการวิจัยเพื่อพัฒนา (World Health Organization (WHO,2015) ประเทศไทยตั้งอยู่ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ที่เศรษฐกิจ การเมือง และสังคมมีพลวัตสูง และกำลังพัฒนาไปสู่การเป็นประชาคมอาเซียนในปี 2558 โดยประเทศสมาชิกอาเซียนได้หารือกันถึงความร่วมมือด้านสาธารณสุขในภูมิภาคภายหลังปี ค.ศ.2015 ซึ่งประกอบด้วย 20 ประเด็นสำคัญภายใต้กลุ่มการพัฒนาสุขภาพ (Cluster) ได้แก่ (1) การส่งเสริมวิถี

ชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ (2) การตอบสนองต่อภัยคุกคามด้านสุขภาพ (3) การเสริมสร้างระบบสุขภาพและการเข้าถึงบริการ (4) การสร้างความมั่นใจด้านความปลอดภัยทางอาหาร ซึ่งการดำเนินงานในประเด็นสำคัญดังกล่าวให้ประสบผลสำเร็จ จำเป็นต้องอาศัยศักยภาพ ความพร้อมและความร่วมมือของภาคส่วนต่าง ๆ ภายในประเทศที่เข้มแข็ง ปัจจุบันสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ทำให้สังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วกว่าที่คาดประมาณเช่นกัน สาเหตุที่สำคัญคืออายุเฉลี่ยที่ยาวนานขึ้น และอัตราการเกิดลดลงส่งผลกระทบให้ผู้สูงอายุเผชิญกับความเจ็บป่วยเรื้อรังและนำมาสู่ความพิการ ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงในสังคมไทย โดยทั่วไปการดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของบุคคลในครอบครัว แต่ในปัจจุบันโครงสร้างครอบครัวไทยเปลี่ยนเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น รวมทั้งบุตรหลานต้องทำงานนอกบ้านหรือทำงานอยู่ต่างจังหวัด ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิงดังกล่าวจึงเป็นหน้าที่ของชุมชน แต่รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนที่มีอยู่ในปัจจุบัน ยังไม่สามารถแก้ปัญหาและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้ ดังนั้นการดูแลที่จัดให้จะต้องมีการบูรณาการทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม และต้องมีการจัดการอย่างเป็นระบบ ประเทศไทยจึงมีบทบัญญัติสิทธิและเสรีภาพและแนวทางแห่งรัฐที่จะให้ผู้สูงอายุผู้ด้อยโอกาส สามารถดำรงชีพได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้ถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมทั้งให้การบำบัดและฟื้นฟู (กรมกิจการผู้สูงอายุ,2562:16-19) รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ และมีนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มนี้มาอย่างต่อเนื่อง พบว่าประชากรผู้สูงอายุเพิ่มจาก 4 ล้านคน (ร้อยละ6.8) ในปี พ.ศ.2537 เป็น 10 ล้านคน (ร้อยละ14.9) ในปี พ.ศ. 2557 และคาดว่าจะเพิ่มเป็น 20.5 ล้านคน (ร้อยละ32.1) ในปี 2583 กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6,394,022 คน พบว่าเป็นกลุ่มติดสังคมประมาณ 5 ล้านคนหรือร้อยละ 79.0 และเป็นกลุ่มติดบ้านติดเตียง จำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสาธารณสุขและสังคมประมาณ 1.3 ล้านคนหรือร้อยละ 21.0 (สำนักตรวจราชการ,2561) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ระบบสุขภาพชุมชนให้เป็นรูปธรรมต่อเนื่องและยั่งยืน อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคม อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health Adjusted Life Expectancy : HALE) กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้การสร้างเสริม

สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นนโยบายที่สำคัญเร่งด่วน โดยกำหนดกิจกรรมการคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุ ตามภาวะพึ่งพิงและการผลิตผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ให้สามารถดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดสังคม รวมถึงผู้อยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ผ่านกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชนแบบมีส่วนร่วม (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย, 2563) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับปรุงแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้ดำเนินการเชิงรุกนอกสถานบริการมากขึ้น โดยครอบครัวและชุมชนควรมีบทบาทที่สำคัญในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงและโอกาสในการเป็นโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ และค้นหามาตรการและนโยบายที่มีประสิทธิภาพในการทำให้ผู้สูงอายุไทยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพิ่มสูงขึ้น การดำเนินงานตำบล LTC ของประเทศไทยปี 2565 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 578,971 คน มีแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) จำนวน 526,743 คน คิดเป็นร้อยละ 91.0 มีผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) จำนวน 16,945 คน และมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) จำนวน 99,958 คน (กรมอนามัย, 2565) ในปีงบประมาณ 2565 อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่ามีประชากร จำนวน 25,855 คน เป็นผู้สูงอายุจำนวน 3,821 คน ร้อยละ 14.78 ของประชากรทั้งหมด จากประเมิน Activity of Daily Living – ADL (คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ซึ่งในผู้สูงอายุกลุ่มนี้ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือติดบ้านติดเตียง (ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน) จำนวน 627 คน (ร้อยละ 16.41) และผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 3,194 คน (ร้อยละ 83.59) โดยมีพื้นที่เข้าร่วมตำบล Long Term Care (LTC) จำนวน 5 ตำบลซึ่งได้ดำเนินการมาตรการในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง 3 มาตรการได้แก่ 1) มาตรการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ 2) มาตรการสร้างความเข้มแข็งภาคีเครือข่าย ด้วยการร่วมวางแผนเคลื่อนศูนย์วิชาการ สปสช. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในการสนับสนุนเสริมพลัง ควบคุม กำกับ ติดตาม ประเมินผล 3) มาตรการสร้างการมีส่วนร่วมชุมชน ท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะประเมินผลระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมด้วยกลไก 3 หมอรู้จักคุณ พื้นที่ต้นแบบ Sandbox เพื่อนำผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยไปเป็นแนวทาง หรือนโยบายในการวางแผนการดำเนินการ

ดูแลผู้สูงอายุโดยให้บุคคลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้มีระบบการดูแลผู้สูงอายุในเขตอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ สามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเป็นแนวทางการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิตของการดำเนินส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ต้นแบบอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อค้นหาข้อจำกัดหรือข้อบกพร่องของการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ต้นแบบ

อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อปรับปรุงรูปแบบและแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยมีการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กรอบแนวคิด

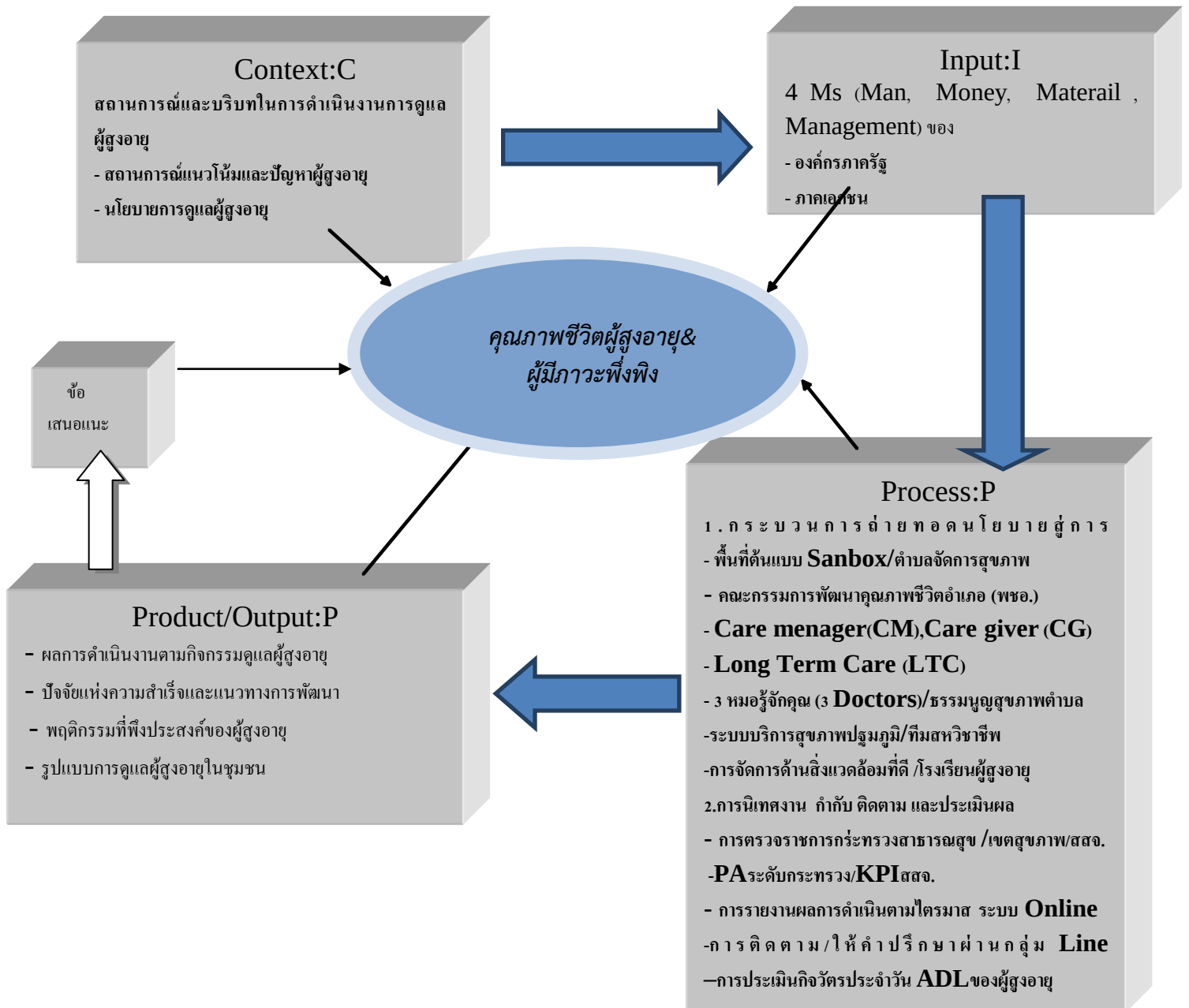
ผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม 4 ด้าน (CIPP Model ได้แก่

1.ด้านบริบท (Context :C) ได้แก่ นโยบายของประเทศและเขตสุขภาพ สถานการณ์การเข้าถึงบริการ การบริหารจัดการระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

2.ด้านปัจจัยนำเข้า (Input :I) ได้แก่ ความพร้อมและความเหมาะสมในด้านบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น จนท.สาธารณสุขจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver)

3.ด้านกระบวนการ (Process :P) ได้แก่ การจัดทำแผนงาน/โครงการ งบประมาณ การจัดบริการ การจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ

4.ด้านผลผลิต (Product/Output:P) ได้แก่ ผลการปฏิบัติงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการประเมินสุขภาพ ที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ ADL รูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน



ภาพที่ 3 การประเมินสุขภาพองค์ผู้สูงอายุแบบองค์รวม CIPP Model

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และคุณภาพ (Qualitative Research) พื้นที่ในการศึกษาโดยการสุ่มตัวอย่างง่าย (Sample sampling) และเลือกตำบลแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 1 ตำบล ได้แก่ตำบลหนองหัว อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ทำการประเมินผลระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง

2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input:I) หมายถึงการประเมินด้าน 4 Ms 1) Man:M¹ เช่น ความพร้อมของ

การรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลจากการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำแนกตามเกณฑ์การประเมินโดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model 4 ด้าน ของ Daniel I.Stufflebeam.(2018) ดังนี้

1. ด้านบริบท (Context:C) หมายถึง การประเมินด้านนโยบายประเทศและเขตสุขภาพ การบริหารจัดการระดับอำเภอ/ตำบล สถานการณ์และการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุ

ทรัพยากร บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ผู้ให้บริการ เช่น จนท.สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การ

ปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Care Giver) 2) Money:M² ความพร้อมด้านงบประมาณสนับสนุนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3) Materials:M³ เช่น ความพร้อมวัสดุอุปกรณ์ วิธีการและสถานที่ 4) Management:M⁴ เช่น การบริหารจัดการ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดการสิ่งแวดล้อมที่ดี

3. ด้านกระบวนการ (Process :P) หมายถึง การประเมินกระบวนการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติการนิเทศงาน ติดตาม และประเมินผลพื้นที่ต้นแบบ Sandbox คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) Caregiver (CG) , Long Term Care (LTC) กลไก 3 หมอรู้จักคุณ (3 Doctors) , ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ, การประเมินกิจวัตรประจำวัน ADLของผู้สูงอายุ และธรรมนูญสุขภาพตำบล

4. ด้านผลผลิต (Product/Output:P) หมายถึง การประเมินเกี่ยวกับผลการดำเนินกิจกรรม พฤติกรรมที่พึงประสงค์ผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.ประชากร (Reference population)

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ศึกษาจากกลุ่มผู้สูงอายุเพศชายและหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหนองหว้า อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 1,047 คน ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 – มกราคม 2566

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ศึกษาจากคณะกรรมการดูแลสุขภาพระดับตำบล ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนักวิชาการสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ

2.กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ระดับตำบลแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 1 ตำบล และทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Sample Random Sampling) โดยการกำหนดคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มดังนี้

1) คณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบล ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน ผู้แทนนายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น/ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากองค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 คน กรรมการท้องถิ่นได้แก่ กำนันผู้ใหญ่บ้าน แกนนำผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน

2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 1 คน

3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Care Giver) จำนวน 1 คน

4) ผู้สูงอายุในตำบลเป้าหมาย จำนวน 1,047 คน

5) ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.แบบสอบถามงานวิจัย เรื่องการประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมด้วยกลไก 3 หมอรู้จักคุณ พื้นที่ต้นแบบ Sandbox อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงาน 3 หมอประจำครอบครัว สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษณ์ โดยแบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแล จากอสม.หมอประจำบ้านและอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ปีงบประมาณ 2565

ส่วนที่ 2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2.2 ศักยภาพตามบทบาทของ อสค.ในการดูแลสุขภาพของตนเอง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 ประเด็นที่กลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีใน 4 ด้าน จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 2 ข้อ

1.ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานผู้สูงอายุ จำนวน 4 ข้อ

2.ข้อเสนอแนะ จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคัดกรอง Barthel ADL ของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

2.แบบสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth Interview)

คณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบล จำนวน 4 ข้อ โดยเครื่องมือทั้ง 2 แบบนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิเชี่ยวชาญด้านงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุในพื้นที่ต้นแบบ Sandbox อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 1,047 คน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) ลงเก็บข้อมูลในพื้นที่จริงและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview)

จากคณะกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับตำบลโดยผู้วิจัยเอง ใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละ 5 นาที เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ครบถ้วนตามวัตถุประสงค์

ระยะเวลาการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลตั้งแต่ศึกษาบริบทของพื้นที่และลงพื้นที่สัมภาษณ์เชิงลึกตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2565 – มกราคม 2566 รวมระยะเวลา 3 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลเชิงปริมาณ ประมวลผลโดยใช้โปรแกรม Microsoft Excel เสร็จแล้วใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้บรรยายคุณลักษณะของข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาจากกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ได้แก่ การสำรวจข้อมูลทั่วไป การประเมินคุณภาพชีวิตกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการดูแลจากสม.หมอประจำบ้านและอาสาสมัครประจำครอบครัว และการประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ADL (Barthel Activities of Daily Living)

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และแก่นสาระของเนื้อหา (Thematic Analysis) ได้แก่ การประเมินด้านกระบวนการ เช่น การกำหนดแผนงาน/โครงการ การจัดการ การจัดการด้านฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ชุมชน และวิเคราะห์รูปแบบ/แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการจัดหมวดหมู่และสรุปประเด็นสำคัญ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2022-073 วันที่รับรอง 18 พฤศจิกายน 2565 วันที่หมดอายุ 17 พฤศจิกายน 2566 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICHGCP) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการอธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตนและประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัยยินยอรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วม และสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยเคารพศักดิ์ศรีและความ

เป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย และข้อมูลจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้นผลการวิจัย

ตอนที่ 1 การประเมินด้านบริบท (Context :C) การประเมินด้านบริบท ประกอบด้วย การประเมินสถานการณ์และการเข้าถึงบริการ การประเมินนโยบายของประเทศและเขตสุขภาพ และการบริหารจัดการระดับอำเภอและตำบล ในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1.1 สถานการณ์และการเข้าถึงบริการ
พฤติกรรมที่พึงประสงค์ในผู้สูงอายุไทย นิยามของ “ผู้สูงอายุ” WHO (World Health Organization) และ UN (United Nation) ใช้คำว่า Older person/Elderly person โดย UN กำหนด ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป แต่ WHO ไม่ได้นิยามไว้ ขึ้นอยู่กับแต่ละประเทศ เช่น ประเทศที่พัฒนาแล้วใช้เกณฑ์อายุ 65 ปี และในประเทศญี่ปุ่นถือเป็น 75 ปี (Tokuda Y, และ Hinohara S, 2008) สำหรับประเทศไทยในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2554 หมายถึงบุคคลที่มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และได้รับใบกฎหมาย มาตรา 53 ให้มีสิทธิได้รับสวัสดิการอำนวยความสะดวก อันเป็น สาธารณะอย่างมสมศักดิ์ศรี โดยตามความสามารถในการดูแลตนเองและการเคลื่อนไหว ในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน ADL (Barthel Activities of Daily Living) ฉบับภาษาไทยที่ผ่านการประเมินความน่าเชื่อถือแล้ว (บุษกร โลหะขุน, 2551) ประกอบด้วย 10 กิจกรรม มีคะแนน 20 คะแนน แบ่งเป็น 1) กลุ่มติดสังคม สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี ADL = 12 คะแนนขึ้นไป 2) กลุ่มติดบ้าน จะช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ADL = 5-11 คะแนน และ 3) กลุ่มติดเตียง ไม่สามารถตัวเองได้เลย ADL = 0 - 4 คะแนน ในการศึกษาครั้งนี้ ได้ศึกษาในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อสร้างระบบการดูแลโดยครอบครัวและชุมชน และระบบบริการจากภาครัฐ การบริหารจัดการโดยท้องถิ่น โดยมีการติดตาม และประเมินอย่างเป็นระบบ (ราณี วงศ์คงเดช และคณะ, 2564) สถานการณ์และแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุ ในระดับโลก (WHO, 2562) ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2015 – 2060 มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นสองเท่าตัวจากร้อยละ 12 เป็นร้อยละ 22 โดยในปี ค.ศ. 2020 จะมีจำนวนมากกว่าเด็กน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 80 อยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง โดยคาดว่าจะมากถึง 2,000 ล้านคน จากที่มีอยู่ประมาณ 900 ล้านคนในปี ค.ศ. 2015 และประมาณ 125 ล้านคนอายุ 80 ปีขึ้นไป ซึ่ง WHO ได้เสนอแนะให้เตรียมการรองรับทั้งระบบบริการสุขภาพ และการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมที่ดี เช่น ให้อาสาสมัครในการเรียน การทำงาน และการให้คุณค่าของสังคม ส่วนประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเป็นลำดับที่ 2 ในประเทศอาเซียน (ร้อยละ 17)

รองจากสิงคโปร์ (ร้อยละ 20) และเวียดนาม (ร้อยละ 11) ในปี พ.ศ.2560 มีจำนวน 11 ล้านคน หรือร้อยละ 17 ของประชากร คาดประมาณว่าอีกไม่เกิน 4 ปี จะสูงถึง ร้อยละ 20 โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปจาก 1.5 ล้านคน เป็น 3.5 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า ซึ่งส่วนใหญ่จะมีปัญหาสุขภาพไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ในกิจวัตรพื้นฐาน จากโรคเรื้อรังที่พบมากได้แก่โรคความดันโลหิตสูง ไช้มนในเลือดสูง โรคเบาหวาน อัมพาต ข้อเข่าเสื่อม สมองเสื่อม เป็นต้น ซึ่งคาดการณ์ว่าจะใช้งบประมาณในการดูแลรักษาเพิ่มจาก 60,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2553 เป็น 220,000 ล้านบาท ในปี พ.ศ.2565 (ราณี วงศ์คงเดช และคณะ, 2564) สถานการณ์ในเขตสุขภาพที่ 10 มีแนวโน้มเป็นไปในทิศทางเดียวกับภาพรวมของประเทศ ในด้านการอัตราความเป็นภาระในวัยสูงอายุ (Old-age dependency ratio) ที่เพิ่มจาก 19.67 ต่อวัยแรงงาน 100 คน ในปี พ.ศ.2553 เป็น 26.23 ต่อวัยแรงงาน 100 คน ในปี พ.ศ.2560 (ธัญญรัตน์ สิทธิวงศ์, 2562) จึงควรมีการศึกษาในประเด็นในพื้นที่เพื่อความชัดเจนที่เพิ่มขึ้น นำไปสู่การวางกลยุทธ์ในการพัฒนาต่อไป

1.2 นโยบายและเขตสุขภาพการจัดตั้งเขตสุขภาพ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2562) เพื่อบริหารจัดการทรัพยากร (คน เงิน เครื่องมือแพทย์) ในการบริการสุขภาพสู่ภูมิภาคอย่างมีประสิทธิภาพ มีมาตรฐานเป็นธรรม ใกล้เคียงกัน ไร้รอยต่อ และไม่ทับซ้อนกัน โดยส่วนกลางมีบทบาทในการกำกับ ติดตามในภาพรวม มีทั้งหมด 12 เขตบริการสุขภาพ (กระทรวงปรับให้สอดคล้องกับเขตบริการของ สปสช.) เขตบริการสุขภาพที่ 10 รับผิดชอบพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร จำนวน 613 ตำบล มี 7,386 หมู่บ้าน มี 1,456,781 หลังคาเรือน และมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 757,827 คน ในสถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 10 พบว่าประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 14.76 จังหวัดอุบลราชธานี มีประชากรผู้สูงอายุมากที่สุด (ร้อยละ 15.92) รองลงมาศรีสะเกษ (ร้อยละ 14.41) ยโสธร (ร้อยละ 14.36) อำนาจเจริญ (ร้อยละ 13.85) และมุกดาหาร (ร้อยละ 12.66) และจากการประเมินค่า ADL พบว่า ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้ (ร้อยละ 96 เป็นกลุ่มติดสังคม) โดยมีกลุ่มติดเตียงติดบ้าน ร้อยละ 0.57 (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10, 2565) นโยบายการพัฒนาผู้สูงอายุของรัฐบาล จากคำแถลงนโยบายคณะรัฐมนตรี (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีแถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ในวันที่ 12 กันยายน 2557 ได้มีนโยบายที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในประเด็น ข้อ 3 คือ “การลดความ

เหลื่อมล้ำของสังคมและการสร้างโอกาสเข้าถึงบริการของรัฐ ข้อ 3.4 เตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการมีงานหรือกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อสร้างสรรค์และไม่ก่อภาระต่อสังคมในอนาคต โดยจัดเตรียมระบบการดูแลในบ้าน สถานพักฟื้นและโรงพยาบาลที่เป็นความร่วมมือของภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชนและครอบครัวผู้สูงอายุ” จากนั้นกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ปรับปรุงแผนผู้สูงอายุครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 ฉบับที่ 2 พ.ศ.2545 – 2564 โดยกำหนดมาตรการใหม่รองรับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงและสภาพปัญหาผู้สูงอายุ ได้แก่ การสร้างวินัยการออมทุกช่วงวัย การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนให้ท้องถิ่น ในการจัดกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว การสร้างเครือข่ายในระดับจังหวัดและท้องถิ่น เป็นต้น นอกจากนี้ วิสัยทัศน์นอกจากจะให้คุณค่าผู้สูงอายุที่สามารถสร้างประโยชน์ให้กับสังคมแล้ว ในกรณีที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ครอบครัวและชุมชนต้องดูแลเกื้อกูล โดยรัฐเป็นผู้จัดสวัสดิการเสริม มีการบูรณาการยุทธศาสตร์ และการประเมินอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายเพื่อดำเนินการดูแลบริการผู้สูงอายุ 2 ประเภท คือ ดูแลในสถาบัน (Institutional Care) และการดูแลโดยชุมชน (Community Care) รัฐบาลได้มุ่งมั่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ทำอย่างไรจะป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังมีสุขภาพแข็งแรง มีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และทำอย่างไรผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ดังนั้นในการพัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี ภาคีเครือข่าย และเจ้าหน้าที่มีความสุขระบบอนามัยยั่งยืน” เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านการบริการสุขภาพอย่างยั่งยืน ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพในชุมชนอย่างทั่วถึง เท่าเทียม สร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ เพื่อคนไทยมีสุขภาพที่ดี (นภค นิธิวัชรธร, 2561) ในปัจจุบันพื้นที่ตำบลทั่วประเทศมีจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 7,255 ตำบล แต่การดำเนินงานตามโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน ตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 ถึงปัจจุบันมีตำบลที่ร่วมโครงการทั้งสิ้น 4,512 ตำบล และสามารถดำเนินงานผ่านเกณฑ์ระดับตำบล LTC มีจำนวนทั้งสิ้น 3,718 ตำบล คิดเป็นร้อยละ 82.4 ซึ่งตำบลที่ร่วมโครงการมีจำนวนผู้สูงอายุเป้าหมายที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 150,000 คน และได้รับการดูแลตามโครงการ มีจำนวนทั้งสิ้น 172,078 คน คิดเป็นร้อยละ 98.63 มีการ

ผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพเข้าร่วมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ (Care giver :CG) ในระดับตำบลและชุมชน

1.3 การบริหารจัดการระดับอำเภอ ผู้บริหารสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนในเรื่องระบบสุขภาพอำเภอ โดยมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พขอ.) อย่างมีคุณภาพทุกอำเภอ จำนวนไม่เกิน 21 คน โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน 21 คน ดังนี้ 1) ผู้แทนส่วนราชการไม่เกิน 6 คน 2) ผู้แทนภาคเอกชน ไม่เกิน 6 คน 3) ผู้แทนภาคประชาชน ไม่เกิน 7 คน โดยมีนายอำเภอ เป็นประธานคณะกรรมการ และสาธารณสุขอำเภอ เป็นกรรมการและเลขานุการ ครอบคลุมทุกอำเภอ พัฒนาระบบข้อมูลพื้นฐานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว (3 หมอรู้จักคุณ) ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย เด็ก 0- 5 ปี ที่ต้องการได้รับการดูแล เป็นต้น นอกจากนี้ ระดับพื้นที่ยังสร้างความร่วมมือจากองค์กร มีภาคีเครือข่าย ส่งเสริมความร่วมมือภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่น และภาคประชาชน สร้างแรงบันดาลใจ เชื่อมโยงข้อมูล เรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกอำเภอ ระดับจังหวัด และระดับเขตสุขภาพกำหนดนโยบายสาธารณะร่วมกัน ธรรมนูญสุขภาพตำบล เผยแพร่ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผ่านสื่อในรูปแบบต่างๆอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินตนเองของคณะกรรมการ พขอ. ตามกระบวนการ UCCARE ในปีงบประมาณ 2560 มีข้อเสนอเชิงนโยบายในระดับจังหวัดให้กำกับติดตามผลลัพธ์ประเด็นปัญหาพื้นที่อย่างต่อเนื่อง โดยระยะแรกให้ประเมินบทบาทหน้าที่ การทำงานร่วมกันของคณะกรรมการ พขอ. ประเมินการทำงานร่วมกันในลักษณะ (Collaborative partnerships) และการบูรณาการงบประมาณ ในการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน อันจะส่งผลต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมในเขตสุขภาพ และระดับพื้นที่เพื่อพัฒนาระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป (ราณี วงศ์คงเดช และคณะ, 2561)

ตอนที่ 2 การประเมินปัจจัยนำเข้า(Input :I) การนำนโยบายสู่การปฏิบัติในพื้นที่ การขับเคลื่อนด้วย 4Ms (Man, Money, Materials, Management) (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2562)

2.1 การบริหารจัดการ(Management) งานพัฒนาผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข เคยได้รับการสนับสนุนโดยการ ทำวิจัยร่วมกับรัฐบาลญี่ปุ่นผ่านองค์กรไจก้า (JICA) ที่เคยประสบความสำเร็จในการพัฒนาผู้สูงอายุอย่างมาก และประสบความสำเร็จ ในการพัฒนา

ระบบการดูแล จึงต้องการสนับสนุนประเทศในแถบอาเซียนให้มีการพัฒนารูปแบบการจัดบริการระยะยาวที่ยั่งยืน สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหรือติดเตียง ที่มีปัญหาช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เพื่อการดูแลรักษา พื้นฟูและป้องกันไม่ให้อาการเจ็บป่วยแย่ลง โดยการพัฒนาศักยภาพญาติกับบุคคลภาครัฐ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2560 ในพื้นที่นำร่อง 6 แห่ง จังหวัดขอนแก่นดำเนินการที่ตำบลสะอาด อำเภอโนนพอง ซึ่งพบว่าอยู่ในระดับดี และเห็นควรพัฒนาระบบการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จึงสามารถดูแลให้ครบทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และนำผลการพัฒนาไปขยายในกลุ่มประเทศอาเซียนที่มีบริบทคล้ายกัน (ราณี วงศ์คงเดช และคณะ, 2561) ในการดำเนินงานตามนโยบาย LTC กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบหลัก ในยุทธศาสตร์ที่ 1 โดยหนึ่งในกลยุทธ์คือการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2558 เพื่อแก้ปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มวัยพึ่งพิง ที่มีข้อจำกัดของผู้ดูแลและปัญหาเศรษฐกิจ และสเปซ.ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลเพื่อมาเป็นกลไกในการขับเคลื่อนโครงการร่วมกับหน่วยงานรัฐ เอกชน ท้องถิ่น ดำเนินการพัฒนาโดยกรมอนามัยเป็นเจ้าภาพหลักในการวิจัยและพัฒนา (นภัศ นิธิวัชรธร, 2561) สเปซ.ได้รับการจัดสรรงบประมาณจากรัฐบาลจำนวน 600 ล้านบาท เพื่อดำเนินโครงการ LTC โดยเป้าหมายการพัฒนาอยู่ที่ระดับตำบลทั้ง 1,000 แห่ง ซึ่งงบประมาณจำนวน 500 ล้านบาทผ่านกองทุนสุขภาพท้องถิ่น และ 100 ล้านบาท สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ จะมีผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงได้รับการดูแลจำนวน 100,000 คนครอบคลุมทุกจังหวัด โดยดำเนินการผ่านกลไกการพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพ และเชื่อมโยงกับระบบบริหารจัดการงบประมาณผ่านกองทุนสุขภาพตำบล และสเปซ.เขต10 ได้ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมวางแผนเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน กรมอนามัย (อุดม อัครวุฒมากร, 2562) ได้รับจัดสรรงบประมาณมาดำเนินการโครงการต่อเนื่อง มีการจัดประชุมเพื่อวางแผนเสนอขอทบทวน และกำกับติดตามอย่างต่อเนื่องในแต่ละเขตสุขภาพ ซึ่งศูนย์อนามัยที่ 10 มีการดำเนินการวิจัยในพื้นที่ต้นแบบครบทุกจังหวัด จนมีการสรุปผลเรียนจากการทำโครงการ และจัดทำคู่มือการบริหารจัดการงบประมาณกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care : LTC) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 จนถึงปัจจุบัน โดยมีหลักคิดของการออกแบบระบบคือ 1) เน้นบูรณาการในระดับพื้นที่ (บริการทางการแพทย์โดย สธ.

ด้านสังคมโดย พม. และ มท.) 2) คำนึงถึงความยั่งยืนและความเป็นไปได้ในการจัดสรรงบประมาณในอนาคต และ 3) การมีส่วนร่วมให้ อปท.เป็นหน่วยงานหลักในการบริหารระบบและสนับสนุนของหน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ โดยมีโครงสร้างบุคลากรที่ชัดเจน(CM,CG) มีระบบการทำงานและการวัดผลงานเพื่อรองรับการเบิกจ่ายงบประมาณ เมื่อสังเคราะห์ความรู้และวิธีการดูแลผู้สูงอายุ ได้รูปแบบดังนี้

2.2 การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Man)

2.2.1 ผู้บริหารจัดการโครงการ (Aging

Management : AM) โดยต้องเป็นผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในระดับจังหวัดหรืออำเภอ มีบทบาทในการประสานแผนและถ่ายทอดยุทธศาสตร์ มาตรการระหว่างส่วนกลาง เขต จังหวัด อำเภอและตำบล รวมทั้งรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบ รายงานผลในระดับอำเภอ จังหวัดแบบบูรณาการโดยไม่แยกส่วน การนิเทศ กำกับติดตาม ประเมินผล ตามยุทธศาสตร์ และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2.2 ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Management :CM) ได้แก่พยาบาล/นักกายภาพบำบัด / นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ จะได้รับการอบรมทักษะการบริหารจัดการจำนวน 70 ชั่วโมง และต้องได้รับการขึ้นทะเบียน มีบทบาทในการดำเนินงานดังนี้ 1) สำรวจและจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก 2) วางแผนและออกแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุ 3) ประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมิน ADL 4) อบรมแนะนำ ดูแลและกำกับการทำงานของ CG 5) จัดทำและตรวจแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) และ Weekly plan 6) จัดทำ Care conference เพื่อเสนอและปรึกษาหารือกิจกรรมการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญ เมื่อเกิดปัญหาสุขภาพหรือภาวะฉุกเฉิน 7) ประสานการปฏิบัติงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงงาน

2.2.3 ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) จะได้รับการอบรมตามคู่มือ/หลักสูตรที่กรมอนามัยพัฒนาหรือเทียบเท่า โดยผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการ LTC อย่างน้อย 70 ชั่วโมง (ถึง 420 ชั่วโมง) และต้องได้รับการขึ้นทะเบียน โดยมีบทบาทคือ 1) การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัยเหมาะสมกับของผู้สูงอายุ 2) สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพด้านกาย จิตใจ และรายงานให้ญาติทราบ 3) การส่งเสริมสุขภาพด้านกายใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม 4) เขียนรายงานตาม

แผนการดูแล 5) ประกอบอาหารและดูแลการรับประทานอาหารให้สะอาดถูกสุขลักษณะ 6) จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยอย่างถูกต้อง 7) รายงาน CM และส่งต่อผู้สูงอายุกรณีพบว่ามีเหตุฉุกเฉินอย่างถูกต้อง โดยสัดส่วนของการบริหารจัดการเพื่อการจัดสรรงบประมาณและวางแผนการพัฒนา CM/CG ผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง เท่ากับ CM 1 คน ต่อ CG 5 - 10 คน และผู้สูงอายุ 5 - 10 คน แต่ทั้งนี้ CM จะจัดสรรผู้สูงอายุให้แก่ CG ตามศักยภาพและคละกลุ่มตามความเหมาะสม โดยแบ่งเป็น 4 กลุ่มตามความต้องการบริการด้านสาธารณสุขได้แก่ 1) กลุ่มการเคลื่อนไหวได้บ้าง แต่มีปัญหาการกิน /การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง 2) กลุ่มที่มีภาวะสับสนทางสมอง 3) กลุ่มการเคลื่อนไหวเองไม่ได้และมีปัญหาการกิน /ขับถ่าย /อาการเจ็บป่วยรุนแรง และ 4) กลุ่มมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงและอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการ LTC มีหน้าที่พิจารณาจัดหา กำหนดอัตราค่าบริการ และเห็นชอบให้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต/หน่วยบริการ/สถานบริการจัดบริการฯ ตามชุดสิทธิประโยชน์โดยให้มีองค์ประกอบอย่างน้อยดังนี้ (1) ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น /ประธานอนุกรรมการ/ผู้บริหารอื่นที่ได้รับมอบหมาย (2) ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ 2 คน (3) ผู้อำนวยการ รพ.ของรัฐในพื้นที่หรือผู้แทน 1 คน (4) สาธารณสุขอำเภอในพื้นที่หรือผู้แทน 1 คน (5) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิของรัฐในพื้นที่ 1 คน (6) CM ในพื้นที่ 1คน (7) CG ในพื้นที่ 1 คน (8) ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ได้รับมอบหมาย 1 คน (ราณี วงศ์คงเดช และคณะ,2561)

2.3 งบประมาณสนับสนุน (Money) การจัดสรรงบประมาณโครงการฯ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

LTC แบ่งเป็น 2 ส่วนได้แก่ 1) ค่าบริการสาธารณสุขที่จัดสรรให้กับหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในพื้นที่ จำนวน 100,000 บาท/แห่ง โดยจ่ายตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และสามารถปรับจ่ายเพิ่มเติมแบบขั้นบันไดตามจำนวนเป้าหมายได้ในการบริการเชิงรุกตาม Care plan 2) ค่าบริการสาธารณสุขที่จัดสรรให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพที่เข้าร่วมโครงการ จ่ายเหมาจ่ายในอัตรา 5,000 บาทต่อคนต่อปี โดยให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ (ด้านการแพทย์ทั้งการคัดกรองส่งเสริมป้องกัน พื้นฟู รักษาและทางสังคม สิ่งแวดล้อมในการทำกิจกรรมต่างๆ) ในครัวเรือน/ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน/หน่วยบริการโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือ CG และสามารถจ่ายค่าตอบแทนแก่ CM/CG ได้ใน

อัตราที่แตกต่างกันตามได้ตามที่คณะกรรมการเห็นชอบ (ราณี วงศ์คงเดช และคณะ,2561)

2.4 สถานที่ เครื่องมือ วิธีการและวัสดุอุปกรณ์ (Materials) ในชุมชนอาจมีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ(หรือชื่ออื่นๆ) ซึ่งจัดตั้งขึ้นโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือที่คณะกรรมการเห็นชอบ โดยมีโครงสร้างของบุคลากรที่ทำงานได้แก่ CM , CG ที่ผ่านการอบรมตามเกณฑ์และให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ (ราณี วงศ์คงเดช และคณะ,2561) ทั้งนี้ในพื้นที่ศึกษามีการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตำบลหนองหัว รับผิดชอบ 15 หมู่บ้าน มีผู้สูงอายุ 1.047 คน มี CM (พยาบาลเวชปฏิบัติ) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเพ็กและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองหัว จำนวน 3 คน และมี CG จำนวน 12 คน

ตอนที่ 3 การประเมินกระบวนการ (Process)

3.1 กระบวนการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยการจัดประชุมและจัดตั้งคณะทำงานจากส่วนกลางและภูมิภาคที่เกี่ยวข้องได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย เขตสุขภาพ สสจ. อปท. รวมทั้งจากพื้นที่ที่มีประสบการณ์เข้ามาร่วมสรุปบทเรียนแลกเปลี่ยนแนวคิดเพื่อสร้างคู่มือ / วิธีการบริหารจัดการเกณฑ์การประเมินคุณภาพ แนวทางในการพัฒนากำลังคน (AM,CM,CG) และระบบบริการสุขภาพและการนิเทศกำกับติดตามการทำงานในแต่ละระดับและรายไตรมาส (Small success) โดยผลผลิตสุดท้ายต้องได้คำตอบตำบลจัดการสุขภาพ LTC ซึ่งผ่านเกณฑ์การประเมิน 7 ด้านได้แก่ 1) มีระบบการประเมินคัดกรองปัญหาสุขภาพ และมีข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือระยะยาว 2) มีชมรมผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 3) มีผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ(Care manager) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ 4) มีบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านที่มีคุณภาพ (Home Health Care) จากสถานบริการสู่ชุมชนโดยบุคลากรสาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ 5) มีบริการส่งเสริมป้องกันทันตสาธารณสุขในระดับตำบล 6) มีระบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้านติดเตียงโดยท้องถิ่น ชุมชนมีส่วนร่วมและมีแผนการดูแลผู้สูงอายุ (Care plan) 7) มีคณะกรรมการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือคณะกรรมการกองทุน (ราณี วงศ์คงเดช และคณะ,2561) ทั้งนี้ในเขตอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีตำบลจัดการสุขภาพ LTC จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์ ,2565)

3.2 ระบบนิเทศกำกับและประเมินผล ผ่านระบบการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขในรายไตรมาส โดยถูกกำหนดไว้เป็นตัวชี้วัด PA ระดับกระทรวง ตั้งแต่ปีพ.ศ.2559 และของกรมอนามัยในปีพ.ศ.2561จึงมีนโยบายและการกำกับที่ชัดเจน มีคณะกรรมการระดับเขตสุขภาพเพื่อการกำกับดูแล นอกจากนี้ยังมีการกำกับติดตามผ่านไลน์กลุ่มระดับเขตและระดับกลุ่มย่อย จึงสามารถดูแลให้คำปรึกษาได้ตลอดเวลา(ราณี วงศ์คงเดช และคณะ,2561) ทั้งนี้ในพื้นที่ศึกษาโดยมีปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์ หรือผู้แทน ร่วมกับคณะกรรมการ LTC และ CM ทุกหน่วยบริการ นอกจากนี้ยังถือว่าเป็นตัวชี้วัดที่อยู่ใน ม.44 ด้วย ทุกจังหวัดต้องรายงานในระบบทุกเดือน

ตอนที่ 4 การประเมินผลผลิต/ผลลัพธ์ (Product / Out put)

4.1 การประเมินผลการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 39.3 เพศหญิง ร้อยละ 60.7 มีสัดส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเป็น 1.5 ต่อ 1 อายุเฉลี่ย 69.9 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 88.6 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 95.9 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 99.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,837.15 บาท เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 4.5 สวัสดิการด้านการรักษาพยาบาลของรัฐเป็นสิทธิผู้สูงอายุ ร้อยละ 69.2 สิทธิข้าราชการ/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 8.7 สิทธิผู้พิการ ร้อยละ 5.7 สวัสดิการด้านการดำรงชีพจากรัฐเป็นเบี้ยดำรงชีพผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.1 เบี้ยดำรงชีพผู้พิการ ร้อยละ 5.8 การช่วยเหลือตามนโยบายของรัฐเป็นบัตรสวัสดิการคนจน ร้อยละ 99.6 สภาพการดำรงชีพเป็นอาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน ร้อยละ 61.3 อาศัยอยู่บ้านตนเองตามลำพัง ร้อยละ 38.7

4.2 การประเมินศักยภาพตามบทบาทของอสม.ในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อสนับสนุนแนวทางการดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว LTC พบว่าความสามารถควบคุมอาหาร เช่น ลดหวาน มัน เค็ม ร้อยละ 100 ความสามารถดูแลตนเองเมื่อยามเจ็บป่วย เช่น กินยาเองได้ตรงเวลาและไปพบแพทย์ตามนัด ร้อยละ 100 สามารถแนะนำกลุ่มเป้าหมายในครอบครัว ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด19 อย่างน้อย 1 เข็ม และปฏิบัติตามมาตรการ DMHTT และการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล ร้อยละ 100 สามารถแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสม ร้อยละ 100 สามารถดูแลสุขภาพจิต เช่น การควบคุมความเครียด ซึมเศร้า เสียใจฆ่าตัวตาย ร้อยละ 100 สามารถจัดสภาพแวดล้อมที่

อยู่อาศัยได้เหมาะสม ร้อยละ 100 และสามารถปฏิบัติงานร่วมกับอสม.หมอบประจำบ้าน ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 100

4.3 ประเมินกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลสุขภาพชีวิตที่ดี 4 ด้าน

4.3.1 องค์ประกอบด้านร่างกาย (Physical domain) พบว่า ได้รับอาหารที่เหมาะสม (ลดหวาน มัน เค็ม) ร้อยละ 100 ได้รับยาที่ถูกต้อง (ตรงผู้ป่วย ชนิด ขนาด วิธีการ ระยะเวลา) ที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 100 มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ร้อยละ 100 มีการดูแลสุขภาพอนามัยในช่องปาก ร้อยละ 100 ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด -19 อย่างน้อย 1 เข็ม ร้อยละ 100 มีการปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคโควิด-19 แบบครบวงจร ร้อยละ 100

4.3.2 องค์ประกอบด้านจิตใจ (Psychological domain) พบว่า มีการประเมินสุขภาพจิตโดยการประเมินความเครียด (ST5) ร้อยละ 100 มีการดูแลสุขภาพจิตใจให้คำแนะนำ พยายามให้กำลังใจให้ความรู้คุณค่าและภาคภูมิใจในตัวเอง ร้อยละ 100 ได้รับคำปรึกษา แนะนำช่องทางหรือเครื่องมือในการดูแลสุขภาพจิต 1323 งานอดิเรก ดูหนัง ฟังเพลง การใช้กัญชาทางการแพทย์และสมุนไพร ร้อยละ 100

4.3.3 องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships domain) พบว่า มีเครือข่ายสุขภาพ เช่น ทีมหมอบครอบครัวหรืออสม.เยี่ยมติดตามและตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 100 ได้รับโอกาสทางสังคม และการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมที่เท่าเทียมกับคนในชุมชนที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ร้อยละ 100 และสามารถดำรงชีวิตตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ได้อย่างปกติสุข ร้อยละ 100

4.3.4 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) พบว่า มีการจัดสภาพแวดล้อมด้านกายภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยได้แก่ ราวจับ ทางลาด เตียงนอน ห้องน้ำ ร้อยละ 100 มีการกำจัดของเสียจากการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (ขยะติดเชื้อ ขยะอันตราย) ร้อยละ 100 มีการดูแลความสะอาดที่อยู่อาศัย ไม่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์โรค ร้อยละ 100 ประเมินกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลสุขภาพชีวิตที่ดี 4 ด้าน พบว่า องค์ประกอบด้านร่างกาย (Physical domain) ร้อยละ 100 องค์ประกอบด้านจิตใจ (Psychological domain) ร้อยละ 100 องค์ประกอบด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships domain) ร้อยละ 100 องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain) ร้อยละ 10

4.4 การประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL พบว่า จากการประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 1,047 คน มีผลคะแนนรวม ADL ตั้งแต่ 0 – 4 คะแนน ร้อยละ 3.34 มีผลคะแนนรวม ADL ตั้งแต่ 5 – 11 คะแนน ร้อยละ 36.67 และมีผลคะแนนรวม ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ร้อยละ 59.98

4.5 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกในการดำเนินงานดูแลสูงอายุ แบบองค์รวม โดยการเลือกเฉพาะเจาะจงผู้ที่สามารถให้ข้อมูลที่ต้องการศึกษา มีประสบการณ์และมีบทบาทในการดำเนินงานการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนร่วมกับภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนแบบมีส่วนร่วมในชุมชน เกี่ยวกับสภาพปัญหาและอุปสรรค จุดอ่อน-จุดแข็งและรูปแบบ/แนวทางการดำเนินงานการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในอดีตและปัจจุบันโดยการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลแบบเป็นกันเอง สรุปประเด็นการสัมภาษณ์ดังนี้

4.5.1. นโยบายสนับสนุนที่ชัดเจน เป็นรูปธรรม ได้แก่ 1) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.2561 และ 2) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562

4.5.2. ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบมีส่วนร่วมในชุมชนภาคีเครือข่ายต่างมีบทบาทหน้าที่ครอบคลุมในทุกมิติของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งด้านวิชาการ การส่งเสริม การรักษา การฟื้นฟูและการดูแลด้านสวัสดิการ ความมั่นคง และปลอดภัย

4.5.3.การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็ง ทั้งในด้านฐานข้อมูล ผู้สูงอายุ ความร่วมมือในการวิเคราะห์สภาพปัญหาการวางแผน ออกแบบการแก้ปัญหา ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม และความร่วมมือในการประเมินผลการดำเนินงาน ซึ่งนำไปสู่ การดำเนินการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงใน ชุมชนแบบมีส่วนร่วมที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

4.5. 4.การออกแบบกิจกรรมตามโครงการที่เหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่ นโยบายและ งบประมาณที่สนับสนุน บุคลากร วัสดุและอุปกรณ์สถานที่ ตลอดจนความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในชุมชนเพื่อความ ต่อเนื่องและยั่งยืน

สรุปและอภิปรายผล

การประเมินผลระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์ รวมด้วยกลไก 3 หมอรู้จักคุณ พื้นที่ Sandbox อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยการใช้ CIPP Model ประกอบด้วย การ ประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้ากระบวนการ และผลผลิต พบว่า นโยบายระดับประเทศเขตสุขภาพ มีการผลักดันให้มีการ ดำเนินโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว(Long Term Care :LTC) สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับตำบล ครอบคลุมทุกเขตสุขภาพ จังหวัด อำเภอและระดับตำบลมีการ พัฒนาให้ทุกตำบลผ่านเกณฑ์การดูแลผู้สูงอายุ (ตำบล LTC) โดยการสร้างความร่วมมือจากภาคีเครือข่าย ส่งเสริมความ ร่วมมือจากภาครัฐ เอกชน ท้องถิ่นและภาคประชาชน สร้าง แรงบันดาลใจเชื่อมโยงและบูรณาการข้อมูลผู้สูงอายุทุกระดับ ทั้งในระดับประเทศและระดับพื้นที่ผ่านกลไก 3 รู้จักคุณใน ระบบ Online เรียนรู้พัฒนา มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง อย่างเป็นระบบผ่านองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งการวางแผนงาน โครงการ การสร้างกระบวนการพัฒนา การจัดสรรงบประมาณ ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลโดยเขตสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คณะกรรมการพัฒนา คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และคณะกรรมการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุตำบล ทั้งนี้มีการวางโครงสร้างการทำงาน และ การขับเคลื่อนด้วยกำลังคนแบบภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่ระดับชุมชนโดยภาคประชาชน(ผู้นำชุมชน, อสม., อสค. CM/CG) ท้องถิ่น (อปท.) หน่วยงานสาธารณสุขระดับ พื้นที่ (รพ.สต.) มีบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุด้วย ทีมสหวิชาชีพ ขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) มี นายอำเภอเป็นประธาน กรรมการประกอบด้วยตัวแทนจาก ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน และมีสาธารณสุขอำเภอเป็น กรรมการและเลขานุการ ด้วยกลไก 3 หมอรู้จักคุณตำบลดูแล และผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care :LTC) มี คณะทำงานในระดับพื้นที่ได้แก่ ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager :CM) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver :CG) ที่ผ่านการ

อบรมการดูแลผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน อสม. อสค. ร่วมมือกับ บุคคลในครอบครัวและภาคีเครือข่ายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างต่อเนื่องซึ่งผู้นำตามธรรมชาติที่เป็น อาสาสมัครมีจิตอาสาทำงานเพื่อผู้สูงอายุ จะสามารถทำงานได้ อย่างมีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยอาศัยความร่วมมือจาก ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะหน่วยงานราชการ และเอกชน (บุญชิน เสาวภาภรณ์และคณะ,2557) ดังนั้นแผนผู้สูงอายุ แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545- 2564) (คณะกรรมการ ผู้สูงอายุแห่งชาติ,2553) ว่าด้วยระบบสวัสดิการและบริการ จะต้องสามารถรองรับผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่กับ ครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ คณะทำงานและภาคี เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมทำงานแผน กิจกรรม หรือมีกระบวนการจัดระบบบริการดูแลผู้สูงอายุ ตาม นโยบายและแผนแห่งชาติ ซึ่งมีผลต่อการดูแลส่งเสริมสุขภาพ แบบองค์รวม (นภัค นิธิวิจิตร,2561) ผ่านระบบการคัดกรอง โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุมีการเยี่ยมบ้าน ประเมินผลพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และประเมินสภาวะสุขภาพ ของผู้สูงอายุ ADLมีการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอย่าง ต่อเนื่อง ผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุคือบุคคล ในครอบครัว (วิภาพร สิทธิศาสตร์และสุชาติ สนวนม,2550) การประเมินผลระบบการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม มีวัตถุประสงค์เพื่อบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและ ผลผลิตดังนี้ ในเขตสุขภาพที่ 10 มีนโยบายระดับประเทศและ ระดับเขตสุขภาพ ผลักดันให้มีโครงการดูแลส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุระยะยาว(Long Term Care :LTC) ในชุมชนทุกตำบล และมีเป้าหมายให้ทุกตำบลดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุผ่านเกณฑ์ LTC พร้อมกับการบริหารจัดการระดับอำเภอโดยการผ่าน คณะกรรมการ พชอ. มีปัจจัยนำเข้าได้แก่ มีความพร้อมด้าน บุคลากร জনท.สาธารณสุขและอาสาสมัครที่ผ่านการอบรมการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) มีการดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นอย่างดี เมื่อเจ็บป่วย มีการรายงาน ผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ ภาคีเครือข่ายใน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้การสนับสนุน งบประมาณในการดำเนินงานฯ อย่างเพียงพอ และองค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนระดมทุน จากแหล่งทุนต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ผ่านกระบวนการมีการ ประชุมระดมสมองภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนและมีการจัดทำ ฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการสำรวจ ADL สำรวจ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้เป็นปัจจุบัน การเขียน แผนงานโครงการของงบประมาณจากแหล่งต่างๆโดยชมรม ผู้สูงอายุร่วมกับจนท.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข มีการกำกับ ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน อย่างสม่ำเสมอ มีการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพให้กับ

ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ มีการจัดระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยอย่างต่อเนื่อง ทำให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมีระบบการจัดบริการด้านสวัสดิการ สังคม การเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุข นอกจากการเรียนการสอนในโรงเรียนผู้สูงอายุ การประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL เป็นปัจจุบัน และมีผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในเกณฑ์ที่ดี 5 ด้าน และจากประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 1,047 คน พบว่า กลุ่มติดสังคม) มีผลคะแนนรวม BADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป ร้อยละ 59.98 กลุ่มติดบ้าน มีผลคะแนนรวม ADL ตั้งแต่ 5-11 คะแนน ร้อยละ 36.67 และกลุ่มติดเตียง มีผลคะแนนรวม ADL ตั้งแต่ 0-4 คะแนน ร้อยละ 3.34 สอดคล้องกับการศึกษาของนิสาชล นาคกุล (2561) ซึ่งศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งพบว่าการพัฒนาศักยภาพของทีมนักดูแลสาขาวิชาชีพการพัฒนาระบบการติดตามเยี่ยมบ้าน การพัฒนาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนการดูแลตนเองและการสนับสนุนทางสังคมช่วยให้กลุ่มเป้าหมายมีการรับรู้สภาวะสุขภาพและมีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ ศรีวงษ์ และคณะ(2563) ที่ศึกษาเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งพบว่าการเตรียมการตรวจคัดกรอง การจัดทำแผนการดูแล (Care Plan) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ กระบวนการจัดบริการ นโยบายการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง การช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีภาวะสุขภาพดีขึ้นทางร่างกาย จิตใจและสังคม และมีปัจจัยแห่งความสำเร็จคือมีนโยบายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาวชัดเจน ผู้บริหารให้ความสำคัญ สนับสนุนบุคลากร งบประมาณ เครื่องมือและอุปกรณ์ต่างๆ มีกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่นที่เข้มแข็งและมีการใช้หลักวิชาการและทฤษฎีมาประยุกต์ใช้ในกระบวนการดูแลผู้สูงอายุเช่น ทฤษฎีการมีส่วนร่วม และการสร้างเสริมพลังอำนาจ (บุหลัน สุขเกษม และคณะ, 2565) ซึ่งได้ศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของชุมชน ศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ดังนั้นการประเมินระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม จะสามารถนำไปใช้ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตรงตามวัตถุประสงค์ที่แท้จริงเหมาะสมกับแต่ละบริบทของพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1.ด้านบริบท ระดับพื้นที่ที่ควรมีการประสานความร่วมมือทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อระดมสมองวางแผนงาน/โครงการ ทำข้อตกลง

ร่วมกัน เพื่อให้มีความพร้อมในการจัดและใช้ทรัพยากรบุคลากรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์และสถานที่อย่างมีประสิทธิภาพ มีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน กำหนดนโยบายระดับประเทศและเขตสุขภาพที่จะต้องส่งเสริมพัฒนาให้ประชากรทุกกลุ่มวัย มีความรู้และค่านิยมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและต้องพัฒนาให้ประชาชนเกิด “Health Literacy” หรือ “ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ” หรือ “ความฉลาดทางสุขภาพ” เป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีเหมาะสมกับวัย

2.ด้านปัจจัยนำเข้า ควรมีการจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ได้แก่ บุคลากร งบประมาณ สถานที่ และวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ อย่างเป็นธรรม เท่าเทียมกัน ให้เพียงพอเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้การดำเนินงานดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน มีการสนับสนุนเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาสอย่างเสมอภาค

3.ด้านกระบวนการ สนับสนุนให้ชุมชนร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุทุกตำบลมีการพัฒนาอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวและชุมชนเพิ่มมากขึ้น อบรมฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver : CG) อย่างต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนความรู้และทักษะใหม่ๆเป็นประจำทุกปี มีการประสานงานการทำงานร่วมกัน กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)อย่างใกล้ชิด เพื่อการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคได้อย่างรวดเร็วทันเหตุการณ์ มีการกำกับติดตาม การประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอ และนาระบบสารสนเทศใหม่มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินงาน เช่นกลุ่ม Line เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร มีการใช้โทรศัพท์ Smart Phone มีระบบเครือข่าย Internet ที่มีเสถียรภาพ มีการนำ Application มาใช้ในการจัดข้อมูลผู้สูงอายุและการประมวลผลข้อมูล มาสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิภาพและมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเหมาะสมกับกลุ่มวัย

4.ด้านผลผลิต สร้างต้นแบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับครอบครัวและชุมชน พัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) ที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานและมีคุณภาพ จัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุและมีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีการประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL เป็นประจำทุกปี จัดตั้งทีมสหวิชาชีพบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่ให้เจ็บป่วยเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และการส่งต่อที่ทันสมัย ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มวัย เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1.ควรมีการศึกษารูปแบบการพัฒนาบริการปฐมภูมิภายใต้กระแสการเปลี่ยนแปลงสู่สังคมผู้สูงอายุ ให้สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO) และภูมิภาคอาเซียนและภูมิภาคอื่นๆ

2.ควรศึกษารูปแบบการพัฒนาที่ทำให้ประชาชนทุก
กลุ่มวัยเกิด “Health Literacy” หรือ “ความรู้ด้าน
สุขภาพ” หรือ “ความฉลาดทางสุขภาพ” เป็นผู้สูงอายุที่มี

คุณภาพ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข ไม่เป็น
ภาระของสังคม เพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2562).มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่อง สังคมสูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) กระทรวงการ
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.พิมพ์ครั้งที่1.กรุงเทพฯ:บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.2 (2562) :16-19.
- กรมอนามัย.(2565).Long Term Care :LTC ผู้สูงอายุ.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.เข้าถึงได้จาก
<http://ltc.anamai.moph.go.th>
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ.(2553).แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 -2564).กระทรวงพัฒนาสังคมและ
ความมั่นคงของมนุษย์:เทพเพ็ญวิสัย.กรุงเทพฯ.
- นภค นิธิจิตร.(2561).การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม.ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข.
- ณิสาชล นาคกุล.(2561).ศึกษาเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังกลุ่มติดบ้านติดเตียงในเขตเทศบาลนคร
สุราษฎร์ธานี.
- บุญชิน เสาวภาภรณ์, ศิริวัฒน์ จิระเดชประไพ,ปรีชา ดิลกภูมิสิทธิ์, และวรางค์ภรณ์ ไตรศิลาพันธ์.(2557). รูปแบบการ
ส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในจังหวัดฉะเชิงเทรา.วารสารวิจัยและพัฒนาวิจัยและพัฒนาลอยลวงกรรม ในพระ
บรมราชูปถัมภ์:2557:9(1) :47-59.
- บุหลัน สุขเกษม,มฤทัย ทองพิละ, และศิริยา ศิริปุระ.รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของ
ชุมชนศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ
ศรีสะเกษ ปีที่ 1 ฉบับที่ 1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ.2565.
- ธเนศ ขำเกิด.(2546).การประเมินทั้งระบบด้วย CIPP.วารสารเทคโนโลยี(สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยีไทย-ญี่ปุ่น).30(169)
(ม.ย.-ก.ค.46).หน้า 81-82.เข้าถึงได้ <http://www.gotoknow.org.posts>.
- ราณี วงศ์คงเดช,ดรณิ พ่วงพรพิทักษ์, และอดิสร วงศ์คงเดช.(2564) บทเรียนการดำเนินงานตามนโยบายดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 7.วารสารการวิจัย ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน 2564.คณะสาธารณสุข
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.อุบลราชธานี.
- รัตน์ บัวสนธ์.(2556)รูปแบบการประเมิน CIPP และ CIPIEST มโนทัศน์ที่คลาดเคลื่อนและถูกต้องในการใช้วารสาร
ศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย,2556 : 5(2) : 7-24.
- วิภาพร สิทธิศาสตร์,และสุชาดา สอนนุ้ม.(2550).พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบของ
สถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก.วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชิน
ราช.:25-35.
- สินศักดิ์ชื่นมื่น อุ่นพรมมี.(2561).รายงานผลการตรวจราชการระดับเขต (ตจ.2) [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพฯ:กองตรวจราชการ
กระทรวงสาธารณสุข.2561[เข้าถึงได้ 20 ม.ค.2562] เข้าถึงได้จาก : [http://bie.moph.go.th/e-
insreport/reporttk2_ch.php?nasubject_id=74&id_regroup=2&id_area=9&around=2&id_group=1&year=2561](http://bie.moph.go.th/e-insreport/reporttk2_ch.php?nasubject_id=74&id_regroup=2&id_area=9&around=2&id_group=1&year=2561)
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 10 อุบลราชธานี.(2566).ข้อมูลทั่วไปเขตสุขภาพที่10 ปีงบประมาณ 2566.สำนักงานเขตสุขภาพ
ที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์.(2565).รายงานผลการปฏิบัติงานคัดกรองผู้สูงอายุผ่านระบบ 3 หมอรู้จักคุณ
ปีงบประมาณ 2565.งานควบคุมโรคติดต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.(2556)..การคาดประมาณประชากรของประเทศไทยปี 2553-
2583.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์เดือนตุลา,2556.
- สำนักงานตรวจราชการ.(2561).คู่มือตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขกรณีปกติ ประจำปี 2560.กระทรวงสาธารณสุข.
นนทบุรี,2561.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.(2565).ข้อมูลการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term
Care) ปี 2565.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข,ที่มา DoH Dashboard กรมอนามัย (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ)

- กระทรวงสาธารณสุข:วันที่ประมวลผล 10 พฤษภาคม 2565.
- สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์,ไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล,วิชช์ เกษมทรัพย์, และบรรคม ลีระพันธ์.(2561).โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (long Term Care) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.แพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.กรุงเทพฯ : ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์. โรงพยาบาลรามาธิบดี,2561
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.(2559).กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพสุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ.2559-2563, (มปท.),2559.
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.(2553).พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ.กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พิมพ์ครั้งที่ 7 กรุงเทพฯ : เทพเพ็ญวาน,2553.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.(2561).”ตัวชี้วัดเฝ้าระวัง ร้อยละของผู้สูงอายุ มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์”.เอกสารอัดสำเนาในการประชุมชี้แจงการเฝ้าระวังส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 20 กุมภาพันธ์ 2561.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี.
- สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.(2563).หลักสูตรการฟื้นฟูผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Caregiver) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.นนทบุรี.
- อุดม อัครตมามกุล.นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุของประเทศไทย.สืบค้นจากhttp://dental2.anamai.moph.go.th/download/aticle/นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุของประเทศไทย.13_14_12_59.pdf.
- เอกชัย เพียรศรีวัชรา,สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล,วิมล บ้านพวน,ธีระ ศิริสมุด,แก้วกุล ตันตพิสิฐกุล,ผศ.ดร.ลีลียง ศรีสว่าง, ดร.นพ.ศ ตีระพัฒน์นนท์.(2556).รายงานการสำรวจผู้สูงอายุไทย.โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการและสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.กรุงเทพฯ: วัชรินทร์ พีพี.2556.
- Daniel I.Stufflebeam.(2018).The CIPP Model for Evaluation.International Hanbook of Educational Evaluation.Kalamazoo.Michigan University : The Evaluation CenterWestern;(2003) [cited 2018 Nov 29] Available form : http://link.sptinger.com/chapter/10.1007/9+78-94-010-0309-4_4
- https://3.doctor.hss.moph.go.th/main/rp_screen.
- <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/longtermcare>.
- Tokuda Y, & Hinohara S,(2008).”Geriatric Nation and Redefinting the Elderly in Japan”.International Journal of Gerontology,2(4).
- World Health Organization [WHO].(2015).Wold Report on Ageing and Health [Internet].Luxembourg:(2015) [cited 2018 Nov 29].Available from: <http://www.who.int/ageing/events/wold-report-2015-launch/en/>

การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Model of development for Primary care service by using
District health Board, Benchalak District, Sisaket Province.

สมัย ลาประวัต^{1*}

Samai Laprawat^{1*}

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 – กุมภาพันธ์ 2566 รวมระยะเวลา 16 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดระบบบริการปฐมภูมิ จำนวน 81 คน กลุ่มตัวอย่างในการประเมิน รูปแบบได้แก่ประชาชนในเขตอำเภอเบญจลักษ์จำนวน 100 คน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ McTaggart จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกต และสะท้อนผล วิเคราะห์ข้อมูลโดยการ รวบรวม การจัดหมวดหมู่ วิเคราะห์เนื้อหา และเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบโดยใช้สถิติ paired t-test ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยใช้กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือ SAMAI Model 1) Structure & Policy: มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน 2) Analysis (Situation analysis): มีการ วิเคราะห์สถานการณ์ตามสภาพความเป็นจริงของพื้นที่ 3) Management: การจัดการทรัพยากรในพื้นที่ (คน เงิน ของ) 4) Action & Refection: การลงมือปฏิบัติตามแผนและสะท้อนผลการทำงาน 5) Integration & Cooperation: บูรณาการและการประสานงานความ ร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่ จากผลการวิจัยที่พัฒนาขึ้นช่วยเพิ่มศักยภาพในการดำเนินงานการจัดระบบบริการปฐมภูมิและการ พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของพื้นที่ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

คำสำคัญ : รูปแบบ, ระบบบริการปฐมภูมิ, การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

^{1*} นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

E-mail: samailaprawat@gmail.com

Abstracts

The purpose of this research was to develop a primary care system management model using quality of life development mechanisms at the Benjalak district level. Sisaket Province between November 2022 - February 2023, a total 20 weeks. The sample group consisted of the regional health system management, totaling 81 peoples. The sample group for evaluation of the Primary care service by using District health Board was 100 peoples, The research used the quality management process (PAOR) for 2 cycle ,each cycle consisting of 4 steps; planning; action; observation and refection. Analyze data by collecting, categorizing, analyzing content and the mean difference of scores before and after the model was applied using the paired t-test.. The process model for Primary care service by using District health Board is SAMAI model consisting of 1) Structure & Policy: There is an operational committee and clearly defined roles 2) Analysis (Situation analysis): the situation is analyzed according to the actual conditions of the area. 3) Management: management of resource (man, money, material) 4) Action & Refection: action, implementation, evaluation and refection 5) Integration & Cooperation: Integration and cooperation among network, stakeholders in community. From the developed research results, it enhances the potential for the implementation of the primary care system and the development of the quality of life at the district level of the area. Benjalak District Sisaket Province achieve the set goals

Keywords : Model, Primary care service, District Health Board.

บทนำ

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 มาตรา 145 ข (5) ให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย และกำหนดให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม(สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ, 2565) ปัจจุบันมีพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช 2562 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 29 กรกฎาคม 2562 ประกอบกับมีการประกาศใช้ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พุทธศักราช 2561 ในราชกิจจานุเบกษา และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 9 มีนาคม 2561 ซึ่งให้ความสำคัญของการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งในมิติด้านสุขภาพและมิติด้านอื่นๆ ในพื้นที่ให้เป็นไปในทิศทางและยุทธศาสตร์และเป้าหมายอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ มุ่งให้มีการบูรณาการร่วมระหว่างภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชนอย่างเป็นองค์รวม มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในพื้นที่ที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง เสริมสร้างความเป็นผู้นำและเจ้าของร่วมกันในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ ตลอดจนสร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน มีสุขภาพทางกาย จิต และสังคมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีเกิดความยั่งยืน ก่อให้เกิดมีการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ขึ้นในการขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในทุกมิติ(สำนักนายกรัฐมนตรี, 2561) พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พุทธศักราช 2562 ให้สิทธิกับคนไทยทุกคนเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิ ที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและคณะผู้ให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นทีมหมอประจำครอบครัว มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิให้แล้วเสร็จภายใน 10 ปี(พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562) มุ่งเน้นการบูรณาการสร้างเสริมความเข้มแข็งการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน และภาคประชาชน ร่วมแก้ไขปัญหาตามบริบทในพื้นที่ ทั้งในมิติด้านสุขภาพและด้านอื่นๆ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและเกิดความยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับบทเรียนประสบการณ์องค์การอนามัยโลกที่แสดงให้เห็นถึงทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพในระดับนานาชาติ ที่ให้ความสำคัญของการบูรณาการระหว่างบริการ และการดูแลสุขภาพกับบริการและการดูแลทางสังคม(World Health Organization, 2015) และสอดคล้องกับพัฒนาการและการขับเคลื่อนในประเทศไทย ที่มีพัฒนาการของการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในระบบบริบทของ

ระบบสุขภาพพื้นที่และอำเภออย่างต่อเนื่อง (Pongsupap Y และคณะ, 2011)

จากผลการดำเนินงาน ปีงบประมาณ 2560-2565 พบว่า จังหวัดศรีสะเกษ มีผลการการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 78 หน่วย จากแผน 10 ปี จำนวน 143 ทีม คิดเป็นร้อยละ 54.55 และมีการบูรณาการงานระบบบริการปฐมภูมิเชิงระบบ ที่เชื่อมกับงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การดำเนินงานคนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน การพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และงานสุขภาพภาคประชาชน ซึ่งผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดรายประเด็น จังหวัดศรีสะเกษ มีผลการดำเนินผ่านเกณฑ์ชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่จากการถอดบทเรียนการพัฒนาจัดระบบบริการปฐมภูมิ และวิเคราะห์สถานการณ์ ยังพบว่าการบูรณาการจัดระบบบริการปฐมภูมิ พบปัญหาที่เป็นโอกาสพัฒนาได้ 4 สาเหตุหลัก ๆ ดังต่อไปนี้ สาเหตุแรก คณะทำงานผู้รับผิดชอบ ยังขาดความรู้และทักษะ ขาดผู้นำการพัฒนา ขาดความรับผิดชอบและ ขาดการมีส่วนร่วม แยกส่วนในการทำงาน สาเหตุที่สอง ระบบการดำเนินงาน ขาดการบูรณาการทำงานกับหน่วยงานอื่น ขาดการคืนข้อมูลสู่ชุมชน ขาดการประสานงานที่ดี รอสั่งการ และไม่ชัดเจน สาเหตุที่สาม ด้านนโยบาย เป็นนโยบายใหม่รอสั่งการจากส่วนกลางการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติล่าช้า ไม่ชัดเจน และสาเหตุสุดท้ายงบประมาณไม่เพียงพอ ใช้ไม่ตรงตามแผน และล่าช้า จากการวิเคราะห์หาสาเหตุนั้นมีข้อมูลสนับสนุนจากสรุปผลการดำเนินงานในปีที่ผ่านมา ซึ่งแต่ละสาเหตุเป็นเหตุและผลที่เชื่อมโยงกันไม่สามารถแก้ไขสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งได้ต้องแก้ไขที่กระบวนการทั้งระบบสุขภาพอำเภอ และการจัดระบบบริการปฐมภูมิในระดับตำบล หมู่บ้าน ให้สามารถขับเคลื่อนไปพร้อมกันได้ มีความจำเป็นที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังกล่าว ต้องมาร่วมกันพัฒนาระบบการดำเนินงานในการแก้ปัญหา โดยการหาเทคนิคหรือวิธีการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่องยั่งยืน ด้วยการกระตุ้นให้ชุมชนเกิดความคิด ความรู้สึกเป็นเจ้าของและอยากมีส่วนร่วมในการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหา ตามแนวทางและขั้นตอนการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.) เสนอแนะไว้ 5 ระดับ ได้แก่ 1) การร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร 2) การร่วมปรึกษาหารือ 3) การร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ 4) การร่วมดำเนินการ และ 5) การร่วมตรวจสอบและประเมินผล (วิรัตน์ ปานศิลา, 2551)

อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ มีการดำเนินการพัฒนากระบวนการปฐมภูมิ มีการบูรณาการงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) การจัดตั้งเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิจำนวน 3 ทีม การดำเนินงานคนไทยทุกคนรอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน และงานสุขภาพภาคประชาชน มีผลการดำเนินงานที่ผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของ

กระทรวงสาธารณสุข แต่จากการถอดบทเรียนการพัฒนาที่ผ่านมา พบว่า มีการดำเนินงานแบบแยกส่วน แยกประเด็นการพัฒนา ขาดการใช้ทรัพยากรในพื้นที่ร่วมกัน เพื่อเป็นการปรับทิศทางของการขับเคลื่อนระบบ ทำให้เกิดการเชื่อมโยงกันเป็นทีมและเป็นภาคีเครือข่าย ทำให้เกิดการเชื่อมและยึดโยงระหว่างระบบกับประชาชนอย่างเป็นระบบ ทั้งในระดับรายบุคคลของผู้รับบริการ ทีมผู้ให้บริการ และภาพรวมของระบบ กับรายบุคคล ครอบครัว และชุมชนเพื่อสุขภาพและสุขภาพของประชาชน ตามคุณลักษณะของระบบที่มีพื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนทุกพื้นที่และระบบสุขภาพให้มีคุณภาพอย่างยั่งยืน เกิดรูปแบบการพัฒนาที่ทำให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตได้ถูกต้อง และสร้างความเข้มแข็งของระบบบริการปฐมภูมิ ให้ตรงตามความต้องการของพื้นที่ การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มุ่งเน้นบูรณาการร่วมกับการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เพื่อให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิในทุกมิติ เกิดรูปแบบการพัฒนาที่ทำให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชนได้ถูกต้องตรงตามความต้องการของพื้นที่บรรลุวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานต่อไป

วัตถุประสงค์

1.วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิ โดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.2 เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิ โดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

2.3 เพื่อประเมินผลรูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้พัฒนารูปแบบได้แก่ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 81 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินรูปแบบได้แก่ ประชาชนในอำเภอเบญจลักษ์ จำนวน 100 คน

กรอบแนวคิด

การศึกษาวิจัยใช้กระบวนการของ Kammis and Mc Taggart (1988)(PAOR) จำนวน 2 วงรอบ โดยแต่ละวงรอบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning)วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหาการจัดระบบบริการปฐมภูมิ ซึ่งขั้นตอนนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม(Technology of Participation: TOP Model) ใช้การวางแผนปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) การจัดเวทีระดมสมอง การประชุม การบูรณาการกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการร่วมขับเคลื่อนในพื้นที่ และการเยี่ยมเสริมพลัง ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) การนิเทศ ติดตาม สนับสนุน การให้คำแนะนำ และขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) การประเมินผลการปฏิบัติการ การประเมินความรู้และทักษะ การจัดระบบบริการปฐมภูมิ การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำเสนอประเด็นปัญหาที่ได้วางแผนปฏิบัติการในวงรอบต่อไป จนได้รูปแบบที่ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในประชากรกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา

ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2565 – กุมภาพันธ์ 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถาม ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งที่เข้ามามีส่วนร่วม และประสบการณ์ในการร่วมการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ ตามนโยบายการพัฒนาการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้ของผู้เกี่ยวข้องในการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยมีลักษณะเป็นแบบปรนัย 5 ด้าน จำนวน 25 ข้อ จำแนกเป็นข้อคำถามเชิงบวก 23 ข้อ และเชิงลบ 2 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 25 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับคือ ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความพึงพอใจในการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 16 ข้อ กำหนดเกณฑ์ในการตอบคำถามเป็นมาตราประมาณค่า (Rating Scale) มี 5 ระดับแปลความหมายแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์ของ Best สรุปผล

เป็น 3 ระดับคือ มาก ปานกลาง น้อย ส่วนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย แบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) ระดับการวัดมี 5 ระดับ จำนวน 26 ข้อ

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบบันทึกภาคสนาม การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ แบบสังเกต โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แบบสัมภาษณ์เจาะลึก (In-Depth Interview) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัย ต้องการความลึก ความสมบูรณ์และความชัดเจนของปัญหา เช่น แนวความคิด บทบาท ความต้องการในการ โดยจะทำการสัมภาษณ์เจาะลึก ในประชากรทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้บริหาร 2) กลุ่มภาคประชาชน 3) กลุ่มผู้ให้บริการ

2.2 แบบบันทึกภาคสนาม (Field Note) เป็นการบันทึกปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จากการสังเกต สัมภาษณ์โดยผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลหลังการปฏิบัติการตามแผนในระยะ สังเกต (Observe) เพื่อประเมินกระบวนการขับเคลื่อนการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออุปกรณ์ช่วยในการบันทึกภาคสนาม ได้แก่ การถ่ายภาพ และการบันทึกเสียง

2.3 การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นการสนทนาร่วมกันระหว่าง คณะกรรมการ พชอ. ทีมสหวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ประชาชนชาวบ้านในตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ถึงสถานการณ์การจัดระบบบริการปฐมภูมิ

2.4 การสังเกต ใช้การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในระยะแรกของการศึกษา เพื่อสำรวจสภาพทั่วไปอำเภอด้านกายภาพ หลังจากนั้นใช้วิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลลักษณะการเข้าถึงระบบบริการปฐมภูมิ

2.5 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการใช้รูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. โดยใช้แบบสอบถามมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการเก็บข้อมูลตามลำดับ ดังนี้

1.1. ขั้นตอนเตรียมการ

1) ผู้วิจัยขอหนังสือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2) ติดต่อประสานงานกับสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และกลุ่มเป้าหมาย ในเขตพื้นที่อำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอเก็บข้อมูลในพื้นที่

3) อบรมเชิงปฏิบัติการผู้ช่วยวิจัยเพื่อให้เข้าใจเครื่องมือ และวัตถุประสงค์ของการวิจัย

4) เตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บข้อมูล

1.2 ขั้นตอนการ

1) นัดหมายกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตามแบบสอบถามที่สร้างขึ้น

2) ให้ผู้เก็บข้อมูลทำการการเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมายโดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 81 ฉบับ

3) ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลในแบบบันทึกแต่ละชุด และนำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีการทางสถิติ

2. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่และได้มีการกำหนดไว้ว่ามีระเบียบวิธีเพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสิ่งอื่นที่ทำให้รู้พฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติและเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงซึ่งการสังเกตมี 2 แบบ คือ แบบมีส่วนร่วมและไม่มีส่วนร่วมโดยผู้ศึกษาใช้การสังเกต ดังนี้

2.1.1 การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participation observation) ด้วยการสังเกตพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไก พชอ. ของผู้ร่วมกระบวนการ

2.1.2 การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation observation) ที่ผู้ศึกษาได้มีโอกาสได้สังเกตพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมในการเสนอข้อคิดเห็นในการจัดระบบบริการปฐมภูมิ โดยกลไก พชอ. โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการสร้างเครือข่ายในฐานะเป็นคณะทำงานในพื้นที่

2.1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไก พชอ. เลือกแบบเจาะจงในพื้นที่ โดยผู้ศึกษาดำเนินการขั้นตอนต่างๆ ได้แก่ ขั้นตอนการแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อทราบถึงพฤติกรรม และทัศนคติการมีส่วนร่วมในการจัดบริการปฐมภูมิโดยกลไก พชอ. และบริบทอื่น

2.1.4 การสนทนากลุ่ม (focus-group discussion) เป็นการสนทนาในประเด็นปัญหาการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไก พชอ. รวมถึงการดำเนินกิจกรรมการผ่านมโดยให้ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการ วางแผน และ เป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ โดยแบ่งกลุ่มการสนทนากลุ่มประมาณ 5-10 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกัพฤติกรรมในการร่วมการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไก พชอ. และเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมอบหมายบทบาทของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้แก่ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนทนา

การส่งเสริมบรรยากาศ ของสมาคมแก่ผู้เข้าร่วม สถานที่
ระยะเวลาและกระตุ้นการเสนอแนะของผู้เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

2.1.5 การประชุมระดมสมอง (brain storming)
ร่วมกับประชาชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยการนำเสนอข้อมูล
เกี่ยวกับการวางแผนการปฏิบัติการ การปฏิบัติการ การ
สังเกตการณ์ การสะท้อนการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในการ
จัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไก พขอ. เก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้
จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ และเปิดโอกาสให้ผู้มี
ส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยน
ความคิดเห็นซึ่งกันและกันการวิเคราะห์ข้อมูลการสร้าง
เครือข่ายเพื่อการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไก พขอ. โดยผู้
ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุนและเอื้ออำนวยในการประชุม
(facilitator) เพื่อให้เกิดรูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิ
โดยกลไก พขอ.

2.1.6 การประชุมชม โดยการจัดเวทีในการแสดง
ความคิดเห็น การการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไก พขอ.
ในระดับอำเภอ

การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถาม เมื่อสร้างแบบสอบถามเสร็จแล้ว
นำไปตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือซึ่งมีขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

1)การหาความตรงเชิงเนื้อหา(Content
Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3
ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา รูปแบบของแบบสอบถาม
(Format) ความเหมาะสมด้านภาษา (Wording) ความสมบูรณ์
ของคำชี้แจงและความเหมาะสมของเวลาในการตอบ
แบบสอบถาม แล้วปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ตามข้อเสนอแนะ
ของผู้เชี่ยวชาญ โดยมีค่า Index of Item –Objective
Congruence หรือ IOC ตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไปทุกข้อ

2)การหาความเที่ยง (Reliability) นำ
แบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) ที่ อำเภอ
ศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน เป็นพื้นที่ที่มี
ลักษณะสภาพแวดล้อมการปฏิบัติใกล้เคียงกันและมีพื้นที่
ติดต่อกัน หลังจากนั้นนำมาคำนวณเพื่อวิเคราะห์หาความเที่ยง
ของแบบสอบถาม ด้านความรู้จัดระบบบริการปฐมภูมิโดย
กลไก พขอ. (ใช้ Kuder และ Richardson (1937) ค่าความ
เชื่อมั่น เท่ากับ 0.83 ด้านการมีส่วนร่วมและความพึงพอใจ
ของการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตระดับอำเภอ โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช
(Cronbach,s Alpha) ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 และ 0.91
ตามลำดับและแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ
ฉบับภาษาไทย ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ เท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้จำแนกการวิเคราะห์ข้อมูลด้าน
กระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย ข้อมูลด้านบริบทชุมชน
กระบวนการพัฒนา และผลลัพธ์ของการพัฒนา ดังนี้

กำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่
ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา (Descriptive
Statistic)วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่ม
ตัวอย่าง โดยใช้สถิติจำนวน (Frequency)ร้อยละ
(Percentage)ค่าเฉลี่ย(Mean)ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
(Standard Deviation; S.D.) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด
(Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การ
วิเคราะห์ข้อมูลเนื้อหา (Content analysis) เพื่อให้สอดคล้อง
และได้รายละเอียดเพิ่มเติม สนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ

การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดระบบ
บริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่
พัฒนาขึ้น ได้แก่ระดับคะแนนของ ของความรู้ การมีส่วนร่วม
ความพึงพอใจของประชาชนและผู้รับบริการก่อนและหลัง
Paired-t test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณา
จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
ศรีสะเกษ เลขที่โครงการวิจัย SPPH 2022-083 ลงวันที่ 1
พฤศจิกายน 2565 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ
(Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัย
ทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) กลุ่มตัวอย่างทุกคนจะได้รับการ
อธิบายอย่างละเอียดถึงขั้นตอนการวิจัย การปฏิบัติตน และ
ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่อผู้เข้าร่วมวิจัย
ยินยอรับเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยต้องเซ็นใบ
ยินยอมก่อนเข้าร่วมและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้
ตลอดเวลาโดยเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วม
โครงการวิจัยและจะแสดงผลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลด้านบริบท อำเภอเบญจลักษ์ ตั้งอยู่ทางด้าน
ทิศตะวันออกเฉียงใต้ของจังหวัดศรีสะเกษ ห่างจากจังหวัดศรี
สะเกษ ประมาณ 75 กิโลเมตร สามารถเดินทางได้ โดยทาง
รถยนต์เท่านั้น มีพื้นที่ประมาณ 331.3 ตารางกิโลเมตร
ประชากรทั้งหมด 36,367 คน แบ่งเป็น เพศชาย 18,389 คน
เพศหญิง 17,978 คน ประชากรส่วนใหญ่เป็นชนเผ่าเชื้อชาติ
ลาว ปัญหาสุขภาพของอำเภอเบญจลักษ์ สรุปได้ดังนี้ อันดับ 1
คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อันดับ 2 คือ โรค
ไข้เลือดออก อันดับ 3 คือ ปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
LTC อันดับ 4 คือ วัณโรคปอด อันดับ 5 คือ โรคหนองพยาธิ
(มะเร็งตับ ท่อน้ำดี) และอาการเรื้อรังเฉียบพลัน มีการกำหนด
มาตรการด้านสังคมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและจัดทำ
บันทึกข้อตกลงตำบลจัดการสุขภาพภายใต้การดูแลขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น ประชุมติดตามความก้าวหน้าการ
ดำเนินงาน 2 เดือน/ครั้ง พบว่า ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลด้าน

สุขภาพทั้งระดับตำบลและระดับอำเภอที่เป็นปัจจุบัน ขาดจัดทำแผนเชิงบูรณาการ (บุคลากร งบประมาณ วัสดุ/อุปกรณ์) ในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขระดับอำเภอ

อำเภอเบญจลักษ์ มีการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ จำนวน 3 หน่วย ครอบคลุมทั้งอำเภอ แต่พบ(1)ปัญหาการจัดบริการได้แก่ ทีมสหวิชาชีพออกให้บริการแบบแยกส่วน ขาดการทำงานเป็นทีม การบริการไม่ครอบคลุมทุกกิจกรรม เช่น งานบริการด้านทันตกรรม งานกายภาพบำบัด งานแพทย์แผนไทย งานสุขภาพจิต งานโภชนาการฯ ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับบริการหลายครั้ง มีการค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นในการเดินทาง รวมทั้งภาระของญาติผู้ดูแล ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและความเป็นอยู่ (2) เครือข่าย 3 หมอปฏิบัติงานไม่เชื่อมโยงกัน ส่งผลให้ระบบการส่งต่อข้อมูลการรักษา การนัดหมาย การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยได้ไม่ครอบคลุม (3)ชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. การพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ดังนี้

2.1.ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

2.1.1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย(ร้อยละ 54.3) มีอายุระหว่าง 41–50 ปี (ร้อยละ39.5) รองลงมาอายุ 50-60 ปี (ร้อยละ 37.0) ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 51.22 (SD=2.7) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 81.5) รองลงมาคือสถานภาพโสด (ร้อยละ 12.3) การศึกษาปริญญาตรี / เทียบเท่า (ร้อยละ 58.0) รองลงมาเป็นระดับปริญญาโทขึ้นไป (ร้อยละ 36.00) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 27,860 (SD= 5.6)

2.1.2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินรูปแบบ แบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 22 เพศหญิงร้อยละ 78 อายุเฉลี่ย 48.34 ปี (SD=0.89) สถานภาพส่วนใหญ่เป็นสถานภาพคู่ ร้อยละ 73.3 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 33 รองลงมาได้แก่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 29.4 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนละ 8,643.13 บาท(SD=675.45) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 78.8 ประสบการณ์การจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอระยะเวลา 2 ปี ร้อยละ 54

2.2 ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ศึกษาบริบทของพื้นที่ การจัดเตรียมข้อมูลพื้นฐาน ผลการพัฒนาที่ผ่านมา 2) ประชุมถกปัญหา เพื่อค้นหาปัญหาร่วมกันโดยการมีส่วนร่วม 3) ค้นหาข้อมูลให้พื้นที่รับรู้ปัญหา เพื่อร่วมวางแผนแก้ไข 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อนำแผนสู่การปฏิบัติ

5) มอบหมายภารกิจที่รับผิดชอบ 6) ดำเนินการตามแผนที่กำหนด 7) ติดตามและประเมินผล 8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9) ถอดบทเรียน

2.3.รูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จากการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและจัดกระบวนการกลุ่ม ประชาคม ระดมสมอง การจัดทำข้อตกลงร่วมและการประชุมพัฒนาศักยภาพของทีม ผ่านกระบวนการพัฒนารูปแบบ 4 ขั้นตอน จำนวน 2 รอบ ได้รูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ คือ “SAMAI Model” ประกอบด้วย

1) Structure & Policy: มีคณะกรรมการดำเนินงาน และกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดระบบบริการปฐมภูมิละดับตำบล ระดับอำเภอ,ระดับจังหวัดอย่างชัดเจน

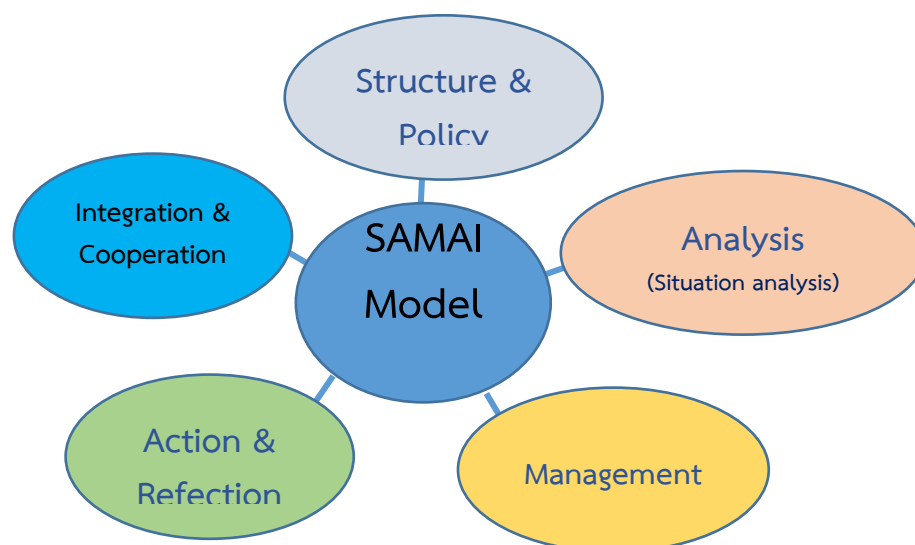
2) Analysis (Situation analysis)::มีการวิเคราะห์สถานการณ์ตามสภาพความเป็นจริงของพื้นที่เพื่อหาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา และทุนทางสังคมที่มีอยู่ในพื้นที่

3) Management:การจัดการทรัพยากรในพื้นที่ คน เงิน ของ โดยเน้นการใช้ทรัพยากรในพื้นที่ร่วมกันในการดำเนินงาน

4) Action & Refection:การลงมือปฏิบัติตามแผนการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการทำแผนแบบมีส่วนร่วม และการสะท้อนผลการทำงาน

5) Integration & Cooperation:บูรณาการและการประสานงานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่ ภาควิเคราะห์ในการดำเนินการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ การเสริมพลังและสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายและคนในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการปฐมภูมิที่อยู่ในระดับตำบลได้สะดวกยิ่งขึ้น และใช้การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กระตุ้น หนุนเสริม และในการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพและในการดำเนินงานร่วมกัน เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงระบบบริการปฐมภูมิที่อยู่ในระดับตำบลได้สะดวกยิ่งขึ้น ตามภาพประกอบที่ 1

ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ



2.4 การประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิต พบว่าระดับคะแนนของความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตของประชาชนอำเภอเบญจลักษณ์ สูงกว่าก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่าหลังการใช้รูปแบบที่

พัฒนาขึ้นกลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 3.96 คะแนน(95%CI=3.66-4.26) คะแนนการมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 5.70 คะแนน (95%CI=5.12-6.28) คะแนนความพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการปฐมภูมิเพิ่มขึ้น 6.54 คะแนน (95%CI=5.54-7.54) และคะแนนคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น 29.92 คะแนน (27.74-32.10) ตามลำดับรายละเอียดตาม ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนของความรู้ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจก่อนและหลังใช้รูปแบบการจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ (n=100)

รูปแบบการพัฒนาการจัดระบบบริการปฐมภูมิ	ก่อน $\bar{X}$ (S.D.)	หลัง $\bar{x}$ (S.D.)	$\bar{d}$	95%CI	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการพัฒนาพัฒนาการจัดระบบบริการปฐมภูมิ	23.96(0.75)	27.92(1.55)	3.96	3.66-4.25	25.88	<0.001**
ระดับในการมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนาพัฒนาการจัดระบบบริการปฐมภูมิ	42.53(3.21)	48.23(1.69)	5.70	5.12-6.28	19.60	<0.001**
ความพึงพอใจของประชาชนและผู้รับบริการ	41.84(2.24)	48.07(1.53)	6.54	5.54-7.54	13.28	<0.001**
คุณภาพชีวิตของประชาชนอำเภอเบญจลักษณ์	86.18(10.56)	116.10(6.93)	29.92	27.74 - 32.10	27.19	<0.001**

P value < 0.005

2.5 ผลการพัฒนาตามเกณฑ์ประเมินการจัดตั้งหน่วยบริการ
ปฐมภูมิ 3S (staff system structure) หลังการใช้รูปแบบ
การจัดระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิต

ระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ผ่านเกณฑ์
ประเมินการจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิทุกแห่ง รายละเอียด
ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลการประเมินเกณฑ์การจัดตั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิโดย
กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

เกณฑ์ประเมิน	หน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต.ท่าคล้อ รพ.สต.เพ็ก	หน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต.หนองฮางรพ.เบญจลักษ์	หน่วยบริการปฐมภูมิ รพ.สต.หนองงูเห่ล้อม รพ.สต.บ้านแดงรพ.สต.หนองหัว
Staff			
ก่อน	ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
หลัง	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
System			
ก่อน	ไม่ผ่าน	ผ่าน	ไม่ผ่าน
หลัง	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
Structure			
ก่อน	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน
หลัง	ผ่าน	ผ่าน	ผ่าน

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการจัดระบบบริการ
ปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอ
เบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ
(Action research) แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1
การศึกษาบริบทพื้นที่ ซึ่งพบว่า ปัญหาสุขภาพของอำเภอเบญจ
ลักษ์ สรุปได้ดังนี้ อันดับ 1 คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
อันดับ 2 คือ โรคไข้เลือดออก อันดับ 3 คือ ปัญหาการดูแล
ผู้สูงอายุ ระยะยาว LTC อันดับ 4 คือ วัณโรคปอด อันดับ 5
คือ โรคหนองพยาธิ(มะเร็งตับ ท่อน้ำดี)และอุจจาระร่วงเฉียบเพ
ลัน มีการกำหนดมาตรการด้านสังคมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงด้าน
สุขภาพและจัดทำบันทึกข้อตกลงตำบลจัดการสุขภาพภายใต้
การดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประชุมติดตาม
ความก้าวหน้าการดำเนินงาน 2 เดือน/ครั้งพบว่าขาดการ
วิเคราะห์ข้อมูลด้านสุขภาพทั้งระดับตำบลและระดับอำเภอที่
เป็นปัจจุบัน ขาดการจัดทำแผนเชิงบูรณาการ (บุคลากร
งบประมาณ วัสดุ/อุปกรณ์) ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการ
จัดระบบบริการ ปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้
แนวคิดเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม(Technology of
Participation: TOP Model) จำนวน 9 ขั้นตอน ได้แก่ 1)
ศึกษาบริบทของพื้นที่ 2) ประชุมถกปัญหา 3) คั้นข้อมูลให้
พื้นที่รับรู้ปัญหา 4) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 5) มอบหมายภารกิจ
ที่รับผิดชอบ 6) ดำเนินการตามแผนที่กำหนด 7) ติดตามและ
ประเมินผล 8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 9) ถอดบทเรียนและ
นำสู่การดำเนินการในพื้นที่ เป็นระยะเวลา 4 เดือน ได้รูปแบบ
การพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิโดยกลไกการพัฒนาคุณภาพ

ชีวิตระดับอำเภอ คือ SAMAI Model 1) Structure & Policy:
มีคณะกรรมการดำเนินงานและกำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน
2) Analysis (Situation analysis): มีการวิเคราะห์
สถานการณ์ตามสภาพความเป็นจริงของพื้นที่ 3)
Management: การจัดการทรัพยากรในพื้นที่ (คน เงิน ของ)
4) Action 3& Reflection: การลงมือปฏิบัติตามแผนและสะท้อน
ผลการทำงาน 5) Integration & Cooperation: บูรณาการและ
การประสานงานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในพื้นที่และมี
ส่วนร่วมในการดำเนินงานครบ 5 ระดับ สอดคล้องกับวิธิต
ปานศิลา (2551) คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (ก.พ.ร.)
ได้กำหนดการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาการบริการ
ออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 ร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ระดับ
2 ร่วมปรึกษาหารือ ระดับ 3 ร่วมคิด ร่วมวางแผน ระดับ 4
ร่วมตัดสินใจ ร่วมดำเนินการ และระดับ 5 ร่วมตรวจสอบและ
ประเมินผล และระยะที่ 3 เป็นการประเมินรูปแบบที่พัฒนาขึ้น
โดยกลุ่มเป้าหมายในการประเมินรูปแบบค่าคะแนนเฉลี่ยของ
ความรู้ การมีส่วนร่วม และระดับความพึงพอใจเพิ่มมากขึ้น
สอดคล้องกับศึกษาของสมชาย ยอดดี (2554) ได้ศึกษาผลการ
ประยุกต์เทคนิค ORID และการวางแผนปฏิบัติการเพื่อ
พัฒนาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร และเบญจ
วรรณ ผิวง่อง (2555) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหาร
จัดการแบบมีส่วนร่วมของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล
เมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี
ซึ่งรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นการเพิ่มศักยภาพในการดำเนินการ
การจัดระบบบริการปฐมภูมิและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิตระดับอำเภอของพื้นที่ อำเภอเบญจลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ

มีการขับเคลื่อนแบบบูรณาการทั้งภาคีเครือข่าย และบูรณาการการทำงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จคือ การมีนโยบายสนับสนุนจากระดับจังหวัดอย่างชัดเจน และมีการนำนโยบายสู่การปฏิบัติในระดับพื้นที่อย่างสอดคล้องกันคือ การสร้างทีมหน้าที่เข้มแข็งมีนโยบายที่ชัดเจน การวิเคราะห์บริบทพื้นที่ร่วมกัน การบริหารจัดการและใช้ทรัพยากรพื้นที่ การนำสู่การปฏิบัติ ประเมินผลและสะท้อนผลการทำงาน ตลอดจนการบูรณาการการทำงาน สร้างเครือข่ายในการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการในระยะแรกของนโยบายการจัดระบบบริการปฐมภูมิ ควรมีการวิจัยทุกๆ 3-5 ปี หรือในระยะต่อ ๆ ไป เพื่อค้นหาปัจจัยที่จะส่งผลต่อความสำเร็จยิ่งๆ ขึ้นไป
2. การวิจัยครั้งนี้ได้กำหนดขอบเขตพื้นที่ในอำเภอเบญจลักษ์ เท่านั้น จึงควรมีการวิจัยในอำเภออื่นๆ ในจังหวัด และในเขต เพื่อจะได้นำมาเปรียบเทียบกัน
3. ให้มีการประเมินมาตรฐานตามคู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566 ปีละ 1 ครั้ง ให้มีมาตรฐานเกิดประโยชน์กับประชาชน

เอกสารอ้างอิง

- สำนักงานรัฐมนตรี.(2561). ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาภาพพริตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี: 2561.
- สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย.(2561). คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561. นนทบุรี กระทรวงสาธารณสุข 2561.
- สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ.(2565). คู่มือคุณภาพมาตรฐานบริการสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2566. นนทบุรี: องค์การส่งเสริมสุขภาพอนามัยในพระบรมราชูปถัมภ์; 2565.
- พระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562.(2562). ราชกิจจานุเบกษา, เล่ม 136 ตอนที่ 65 ก.
- สุภาภรณ์ จันทวานิช. (2552). การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันเพ็ญ ปันราช. (2552). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เบญจวรรณ ผิวผ่อง. (2555). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลเมืองพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร จังหวัดอุบลราชธานี. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศักรินทร์ ทองภุชงค์. (2553). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ลดาวลัย จ้อยประดิษฐ์. (2553). กระบวนการจัดการและผลการดำเนินงานของคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในจังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- วิรัตน์ ปานศิลา. (2551). การยกระดับการให้บริการสาธารณะโดยการมีส่วนร่วมของประชาชน ระดับก้าวหน้า. นนทบุรี: สถาบันพระปกเกล้า (สนับสนุนโดยโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ :UNDP)
- สมชาย ยอดดี. (2554). ผลการประยุกต์เทคนิค ORID และการวางแผนปฏิบัติการเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- World Health Organization. (2015) WHO global strategy on people-centred and interested health service' Geneva: World Health Organization;
- Pongsupap Y, Van Lerberghe W. Peple-centred medicine and WHO' renewal of primary health care. Journal of Evaluation in Clinical practice 2011; 17(2); 339-40.

**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 – 70 ปี
ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภوخุขัน จังหวัดศรีสะเกษ**

Factors related to breast self-examination behavior of women aged 30 – 70 years
In the service area of Ban Prue Yai Sub-district Hospital, Khukhan District, Sisaket Province
ถนอมศรี อินทนนท์^{1*} รุจิรา อัมพันธ์^{2**}
Tanomsri Intanon^{1*} Rujira Ampan^{2**}

บทคัดย่อ

งานวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่สตรีอายุ 30 – 70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภوخุขัน จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 265 คน เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาโดยใช้ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน หาค่าความสัมพันธ์ด้วย ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และค่าไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 47.12 ปี ร้อยละ 35.10 ระดับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.00 และทัศนคติต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 40.00 เมื่อทดสอบหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เมื่อทดสอบหาความสัมพันธ์ด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่า ปัจจัยด้านความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r = 0.338$, $P\text{-value} < 0.001$) เมื่อทดสอบหาความสัมพันธ์ด้านทัศนคติต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองพบว่าปัจจัยด้านด้านทัศนคติ มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r = 0.416$, $P\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, พฤติกรรม, การตรวจเต้านมด้วยตนเอง

^{1*}นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปรือใหญ่

Abstract

This descriptive research aimed to determine the factors that correlated with breast self-examination behavior. sample namely women aged 30-70 years old in the service area of Ban Prue Yai Sub-district Hospital, Khukhan District, Sisaket Province..Data was collected using a questionnaire. Data analysis by Descriptive statistics were used to find frequency, mean, percentage, and standard deviation. find correlation with values Pearson correlation coefficient and chi-square. The results of the study showed that the average age of the sample was 47.12 years, 35.10%, the level of knowledge about Breast cancer self-examination at a moderate level of 43.00% and attitude towards breast self-examination at a high level of 40.00%. When testing for the relationship between personal factors and breast self-examination behavior, it was found that personal information had no correlation with breast self-examination behavior. When testing for the relationship of breast cancer knowledge to breast self-examination behavior, it

was found that the breast cancer knowledge factor There was a relationship with breast self-examination behavior. Statistically significant at the 0.05 level ($r = 0.338$, $P\text{-value} < 0.001$). When testing for the relationship of attitude towards breast self-examination behavior, it was found that the attitude factor There was a relationship with breast self-examination behavior. Statistically significant at the 0.05 level ($r = 0.416$, $P\text{-value} < 0.001$)

Key words: Factors related, Behavior ,Breast Self-Examination

บทนำ

จากการศึกษาของ Global Cancer 2020 พบว่า มะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งเต้านมที่พบบ่อยที่สุด ในทั้ง 2 เพศ โดยทั่วโลกมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ปีละ 2.26 ล้านคน หรือมีผู้ป่วยมะเร็งเต้านมรายใหม่ ชั่วโมงละ 258 คน มะเร็งเต้านมจะพบในประเทศที่ พัฒนาแล้วมากกว่าประเทศกำลังพัฒนา โดย อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมแปรผันตามรายได้ต่อหัว ประชากร (GDP per capita) นอกจากปัจจัยเรื่อง พันธุกรรมแล้ว วิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อมในเมืองที่ เจริญ น่าจะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดมะเร็งเต้านม เนื่องจากการพัฒนาประเทศส่งผลให้รายได้ต่อหัว ประชากรสูงขึ้น หรือจะกล่าวได้ว่าในอนาคต อุบัติการณ์ของมะเร็งเต้านมย่อมสูงขึ้นตามการ เพิ่มขึ้นของรายได้ต่อหัวประชากร ถ้าติดตามไป ตลอดช่วงชีวิต หญิงอเมริกัน 1 ใน 8 ราย จะถูก วินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งเต้านม ซึ่งแนวโน้มดังกล่าว คงเกิดกับสตรีไทยในอนาคต

ประเทศไทย พบมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบ มากเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิง และเป็นอันดับ 3 ทั้ง เพศชายและหญิง โดยพบมะเร็งเต้านมรายใหม่ 22,158 ราย ต่อปี หรือชั่วโมงละ 2.50 คน และมี ผู้เสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม 8,266 รายต่อปี หรือ ชั่วโมง ละ 0.94 คน จึงถือว่ามะเร็งเต้านมเป็นภัยร้ายต่อผู้หญิงทั้ง ในระดับโลก และในประเทศไทย มะเร็งเต้านมเกือบ

ทั้งหมดพบในเพศหญิง ส่วนเพศชายพบได้น้อยมาก ต่ำกว่าร้อยละ 1เมื่อจำแนกตามช่วงอายุ (Age Group) หรือจะกล่าวได้ว่าความเสี่ยงที่สำคัญของ มะเร็งเต้านมคือเพศหญิงและอายุที่เพิ่มมากขึ้น

สำหรับจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2565 พบผู้ป่วย เป็นโรคมะเร็งเต้านม จำนวน 199 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.70 ซึ่งเป็นอันดับ 3 ของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ทั้งหมด (โรงพยาบาลศรีสะเกษ, 2565) เมื่อลดอัตรา การเกิดมะเร็งเต้านมไม่ได้ ยุทธศาสตร์ในการจัดการ มะเร็งเต้านมคือ ทำการคัดกรองเพื่อค้นหาและ วินิจฉัยมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก เพื่อนำเข้าสู่ กระบวนการรักษาอย่างรวดเร็ว เพราะการรักษา มะเร็งเต้านมในระยะแรกผลการรักษาดี ผลแทรกซ้อน อัตราการเสียชีวิต ค่าใช้จ่ายในการรักษาต่ำ และสามารถผ่าตัดแบบสงวนเต้านม (Conservative Breast Therapy หรือ CBT) ทำให้ไม่ต้องตัดเต้านม ออกทั้งข้าง ผลการรักษามะเร็งเต้านมระยะที่ 1 ดี มาก อัตราการรอดชีวิตใน 5 ปี ในโรงพยาบาลชั้นนำ เกือบร้อยละ 100 และสามารถผ่าตัดแบบสงวนเต้านม ไม่ต้องผ่าตัดเต้านมออกทั้งข้าง แต่การจะวินิจฉัยมะเร็งเต้านม ระยะที่ 1 ได้ขนาดก้อนมะเร็งต้องไม่เกิน 2 ซม.

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจ เต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 - 70 ปี ในเขต บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรีอใหญ่ อำเภออุทุมพร จ.จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อสร้างเสริมความรู้ และพฤติกรรมของสตรีในการรู้จักเฝ้าระวังสุขภาพ

ของตนเองและประสานกับสถานบริการในระดับต่างๆ เพื่อการวินิจฉัยดูแลรักษาส่งต่อ เป็นการพัฒนาศักยภาพของประชาชนในการดูแลรับผิดชอบตนเองในขั้นต้นเพื่อร่วมค้นหาปัจจัยเสี่ยงและอาการที่พบตลอดจนสามารถดูแลและเฝ้าระวังตนเองจากโรคมะเร็งเต้านมได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 - 70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 - 70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ตัวแปรต้น

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพและประวัติคนในครอบครัวที่เคยป่วยเป็นโรคมะเร็งเต้านม
2. ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
3. ทักษะเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30- 70 ปี

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้เป็นกลุ่มสตรีที่มีอายุ 30-70 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภوخุขันธุ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในช่วงปีงบประมาณ 2564 - 2565 จำนวน 846 คน (ข้อมูลจากโปรแกรม JHCIS รพ.สต.บ้านปรือใหญ่, 2565)

กลุ่มตัวอย่างและการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดตัวอย่าง ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อประมาณค่าความถี่สัดส่วน (Proportion testing) โดยใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (1970) ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้ 265 คน

วิธีการเลือกตัวอย่าง

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยนำรายชื่อสตรี อายุ 30 - 70 ปี ในแต่ละหมู่บ้านมาจับฉลากหาตัวแทนกลุ่มตัวอย่างให้ได้ตามจำนวนที่คำนวณได้ในแต่ละหมู่บ้าน

ตาราง 1 แสดงจำนวนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกรายหมู่บ้าน

หมู่	ชื่อหมู่บ้าน	จำนวน N (คน)	จำนวน n (คน)
1	บ้านปรือใหญ่	(148 x 265) / 846	46.35
2	บ้านหลัก	(130 x 265) / 846	40.72
3	บ้านตาเบาะ	(120 x 265) / 846	37.58
8	บ้านโพธิ์สว่าง	(112 x 265) / 846	30.08
10	บ้านเกษ	(118 x 265) / 846	36.96
17	บ้านทุ่งชัย	(104 x 265) / 846	32.57
20	บ้านนาค้อ	(114 x 265) / 846	35.70
รวม		846	265

ขอบเขตด้านระยะเวลา
ในการศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2566 รวมระยะเวลา 5 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีอายุ 30 – 70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive study) โดยแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งแบบสอบถามออกเป็น 4 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล
ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ สถานภาพของผู้ตอบ คือ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติครอบครัว จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกเพียงคำตอบเดียว คือ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบให้คะแนนแบบประเมินค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์เลือกคำตอบคือ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการตรวจเต้านม ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบให้คะแนนแบบประเมินค่า 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์เลือกคำตอบคือ ปฏิบัติทุกเดือน ปฏิบัติบางครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 7 ข้อ

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยโดยการนำไปทดสอบหาความตรง (Validity) และความเชื่อมั่น (Reliability) ดังนี้

1. การหาความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน แบบสอบถามรวมทั้งฉบับประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม ทัศนคติ และพฤติกรรมการตรวจเต้านม ค่า IOC เท่ากับ 0.8

2. การหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)
ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงข้อมูลไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นสตรีอายุ 30 - 70 ปี ตำบลนิคมพัฒนา อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 30 คน ซึ่งมีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง และนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดสอบหาความเชื่อมั่น โดยวิธีการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์

แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha confident) โดย
ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยความรู้เรื่อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. จัดเตรียมแบบสอบถามที่ได้นำไป
ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ตาม
จำนวนกลุ่มเป้าหมาย
2. ประสานงานผู้อำนวยการส่งเสริมสุขภาพ
ตำบล พื้นที่เป้าหมายเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ใน
การศึกษาและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
3. ขอความร่วมมืออาสาสมัครสาธารณสุข
หมู่บ้าน ในการสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูล
4. อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย
วิธีการใช้แบบสอบถาม และสถิติวิธีการเก็บข้อมูล
เป็นตัวอย่างแก่อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน
5. อาสาสมัครสาธารณสุขดำเนินการเก็บ
รวบรวมข้อมูลตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา
6. รวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบความ
สมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์
ทางสถิติ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ใช้บรรยายลักษณะของ
ข้อมูลที่ได้ โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ในตัวแปรอายุ
ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติคน
ในครอบครัวที่เคยป่วยเป็นโรคเมี่ยงเต้านม ความรู้
เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองรายข้อ ทักษะ
เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองรายข้อ และ
พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองรายข้อ ส่วนตัว
แปรอายุ ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง
โดยรวม ทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยรวม
และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยรวม
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. สถิติอนุมาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์
ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา
สถานภาพสมรส อาชีพและประวัติคนในครอบครัวที่

โรคเมี่ยงเต้านมมีค่าเท่ากับ 0.841 และทัศนคติ
เท่ากับ 0.833

เคยป่วยเป็นโรคเมี่ยงเต้านม ความรู้เกี่ยวกับการ
ตรวจเต้านมด้วยตนเอง และทัศนคติเกี่ยวกับการ
ตรวจเต้านมด้วยตนเอง กับพฤติกรรมการตรวจเต้าน
มด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-70ปีในเขตบริการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรีใหญ่ อำเภอยุ
กันต์ จังหวัดศรีสะเกษ โดยใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์
สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการทดสอบไคสแควร์

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุ
ระหว่าง40– 49 ปี ร้อยละ 35.10 มีอายุเฉลี่ย 47.12
ปี โดยมีอายุต่ำสุด30ปีและอายุสูงสุด 68 ปี
สถานภาพสมรสแต่งงาน อยู่ด้วยกันร้อยละ 89.10
ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ
74.70 ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 70.60 ไม่
มีบุคคลในครอบครัว หรือญาติป่วยด้วยโรคเมี่ยงเต้านม
ร้อยละ 97.70 มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติป่วย
ด้วยโรคเมี่ยงเต้านม ร้อยละ 2.30 ไม่มีบุคคลใน
ครอบครัว หรือญาติเสียชีวิตด้วยโรคเมี่ยงเต้านม
ร้อยละ 97.3 มีบุคคลในครอบครัวหรือญาติเสียชีวิต
ด้วยโรคเมี่ยงเต้านม ร้อยละ 2.30 เป็นมารดา ร้อย
ละ 66.67 พี่สาว ร้อยละ 33.30

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านม ด้วยตนเอง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มี
ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยเฉลี่ย
เท่ากับ 14.61 คะแนน จากคะแนนเต็ม 20 คะแนน มี
คะแนนสูงสุด 20 คะแนนและคะแนนต่ำสุด 2 คะแนน
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.518 กลุ่มตัวอย่าง
ส่วนใหญ่มีระดับความรู้เรื่องโรคเมี่ยงเต้านม ในระดับ
ปานกลาง ร้อยละ 43.00

รองลงมาคือ มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 33.60 และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 23.40 เมื่อจำแนกตามรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด คือข้อ 1. มะเร็งที่พบมากที่สุดในสตรีไทยคือมะเร็งเต้านม ($\bar{X}=1.000$, S.D.=0.000 คะแนน) รองลงมาคือข้อ 9. การมีก้อนที่

เต้านมเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านม($\bar{X}=1.000$, S.D.=0.530 คะแนน) และน้อยที่สุดคือ ข้อ 11. มะเร็งเต้านมระยะเริ่มแรกจะมีเลือดหรือน้ำออกจากหัวนม ($\bar{X}=0.820$, S.D.=0.263 คะแนน)

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 265 คน จำแนกตามระดับความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ระดับความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
มีความรู้ในระดับต่ำ (≤ 11 คะแนน)	62	23.40
มีความรู้ในระดับปานกลาง (12 - 15 คะแนน)	114	43.00
มีความรู้ในระดับสูง (≥ 16 คะแนน)	89	33.60
รวม	265	100.00

จากตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 265 คน จำแนกตามระดับความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองในระดับปานกลาง ร้อยละ 43.00 รองลงมาคือ มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 33.60 และมีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 23.40

ส่วนที่ 3

ทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างแสดงทัศนคติในภาพรวมดังนี้

1. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน เป็นการค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับสูง $\bar{X} = 4.750$, S.D. = 0.462
2. การตรวจพบความผิดปกติในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับสูง $\bar{X} = 4.670$, S.D. = 0.528
3. การตรวจพบมะเร็งเต้านมแล้วไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เสียชีวิตได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับสูง $\bar{X} = 4.610$, S.D. = 0.630
4. บุคคลที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมมีส่วนให้ประชาชนตื่นตัวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับสูง $\bar{X} = 4.580$, S.D. = 0.652
5. อสม. มีส่วนช่วยในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับสูง $\bar{X} = 4.710$, S.D. = 0.541

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตาม ทักษะเกี่ยวกับเรื่องโรคมะเร็งเต้านม

ทัศนคติ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความคิดเห็น
1. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน เป็นการค้นหาระยะแรก	4.75	0.462	เห็นด้วยระดับสูง
2. การตรวจพบความผิดปกติในระยะเริ่มแรก สามารถรักษาได้	4.67	0.528	เห็นด้วยระดับสูง
3. การตรวจพบมะเร็งเต้านมแล้วไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เสียชีวิตได้	4.61	0.630	เห็นด้วยระดับสูง
4. บุคคลที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมมีส่วนให้ประชาชนตื่นตัวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	4.58	0.652	เห็นด้วยระดับสูง
5. อสม.มีส่วนช่วยในการตรวจเต้านม	4.70	0.541	เห็นด้วยระดับสูง

จากตารางที่2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ แสดงทัศนคติในภาพรวมดังนี้

1. การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำทุกเดือน เป็นการค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มแรก พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับสูง $\bar{X} = 4.75$, S.D. = 0.462

2. การตรวจพบความผิดปกติในระยะเริ่มแรกสามารถรักษาได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับสูง $\bar{X} = 4.67$, S.D. = 0.528

3. การตรวจพบมะเร็งเต้านมแล้วไม่ได้รับการรักษาจะทำให้เสียชีวิตได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยระดับสูง $\bar{X} = 4.61$, S.D. = 0.630

4. บุคคลที่เคยเป็นมะเร็งเต้านมมีส่วนให้ประชาชนตื่นตัวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับสูง $\bar{X} = 4.58$, S.D. = 0.652

5. อสม.มีส่วนช่วยในการตรวจคัดกรองเต้านมด้วยตนเอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยในระดับสูง $\bar{X} = 4.70$, S.D. = 0.541

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 70.00 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 20.00 และน้อยที่สุด ระดับต่ำร้อยละ 10.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.15 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.240 คะแนนต่ำสุด 2.00 คะแนน คะแนนสูงสุด 5.00 คะแนน เมื่อจำแนกตามรายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่มีคะแนนสูงสุด คือข้อ 7. ท่านไปปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อพบความผิดปกติของเต้านม ($\bar{X} = 3.490$, S.D.=0.761) รองลงมาคือ ข้อ 5.ท่านคลำเต้านมด้วยตนเอง ในท่านอนหงาย ใช้กึ่งกลางนิ้วส่วนบน 3 นิ้ว (นิ้วชี้ นิ้วกลาง นิ้วนาง) กดเป็นวงกลมแล้วเคลื่อนนิ้วให้ทั่วบริเวณเต้านมโดยไม่ยกนิ้ว ($\bar{X} = 3.450$, S.D.=0.748) และข้อคำถามที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ข้อ 6. ทำคลำ เต้านมจากบริเวณใต้ราวนมจนถึงกระดูกไหปลาร้าในแนวขึ้นลงจนทั่วบริเวณใต้ท้องแขน โดยใช้วิธีเคลื่อนนิ้ว ($\bar{X} = 2.810$, S.D.=0.468)

**ส่วนที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล
ความรู้ ทักษะ กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วย
ตนเองของสตรีอายุ 30-70 ปี**

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 – 70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภوخุขัน จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ อายุ ($r = 0.068$, $P\text{-value} = 0.271$) สถานภาพ ($P\text{-value} = 0.541$) ระดับการศึกษา ($P\text{-value} = 0.641$) อาชีพ ($P\text{-value} = 0.522$) บุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ($P\text{-value} = 0.676$) บุคคลในครอบครัวเสียชีวิตด้วย

โรคมะเร็งเต้านม ($P\text{-value} = 0.795$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 – 70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภوخุขัน จังหวัดศรีสะเกษ ($r = 0.338$, $P\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทักษะเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 – 70 ปี ในบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภوخุขัน จังหวัดศรีสะเกษ ($r = 0.416$, $P\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ด้านข้อมูลส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง			χ^2	P-value
	ปฏิบัติทุกวัน	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. สถานภาพ					
โสด	5 (62.5)	3 (37.5)	0 (0)	5.020	0.541
แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	135 (57.2)	85 (36.0)	16 (6.8)		
หย่า	3 (42.9)4	(57.1)	0 (0)		
หม้าย	11 (78.6)	3 (21.4)	0 (0)		
รวม	154 (58.1)	95 (35.8)	16 (6.0)		
2.ระดับการศึกษา					
ไม่ได้เรียน	7 (58.3)	4 (33.3)	1 (8.3)	9.715	0.641
ประถมศึกษา	109 (55.1)	75 (37.9)	14 (7.1)		
มัธยมศึกษาตอนต้น / ปวช.	12 (85.7)	2 (14.3)	0 (0)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวส.	21 (61.8)	12 (35.3)	1 (2.9)		
อนุปริญญา	0 (0)	1 (100)	0 (0)		
ปริญญาตรี	4 (80)	1 (20)	0 (0)		
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (100)	0 (0)	0 (0)		
รวม	154 (58.1)	95 (35.8)	16 (6.0)		

ข้อมูลส่วนบุคคล	ระดับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง			χ^2	P-value
	ปฏิบัติทุกเดือน	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติเลย		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
3. อาชีพ					
ว่างงาน	13 (68.4)	6 (31.6)	0 (0)	13.055	0.522
แม่บ้าน	16 (50.0)	13 (40.6)	3 (9.4)		
เกษตรกรรม	106 (56.7)	68 (36.4)	13 (7.0)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5 (100)	0 (0)	0 (0)		
ค้าขาย	5 (83.3)	1 (16.7)	0 (0)		
รับจ้าง	5 (50.0)	5 (50.0)	0 (0)		
ธุรกิจส่วนตัว	3 (100)	0 (0)	0 (0)		
อื่น ๆ	1 (33.3)	2 (66.7)	0 (0)		
รวม	154 (58.1)	95 (35.8)	16 (6.0)		
4. บุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม					
ไม่มี	151 (58.3)	92 (35.5)	16 (6.2)	0.783	0.676
มี	3 (50)	3 (50)	0 (0)		
รวม	154 (58.1)	95 (35.8)	16 (6.0)		
5. บุคคลในครอบครัวเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งเต้านม					
ไม่มี	150 (57.9)	93 (35.9)	16 (6.2)	0.459	0.795
มี	4 (66.7)	2 (33.3)	0 (0)		
รวม	154 (58.1)	95 (35.8)	16 (6.0)		

*p-value= 0.05

จากตารางที่ 2 เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านม ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภอยะชุมนรินทร์ จังหวัดศรีสะเกษ

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความสัมพันธ์(r)	p-value
อายุ	47.12 (9.05)	.068	0.271
ความรู้	17.574(0.71)	0.338	< 0.001
ทัศนคติ	4.67 (0.53)	0.416	< 0.001

*p-value= 0.05

จากตารางที่ 4 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเองและทัศนคติต่อพฤติกรรมการตรวจการตรวจเต้านมด้วยตนเอง โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ปัจจัยด้านอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30-70ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภอยะชุมนั้น จังหวัดศรีสะเกษ

ความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 – 70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภอยะชุมนั้น จังหวัดศรีสะเกษ ในระดับปานกลาง ($r = 0.338$, $P\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทัศนคติ มีความสัมพันธ์ กับ พฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ30–70ปีในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภอยะชุมนั้น จังหวัดศรีสะเกษ ในระดับปานกลาง ($r = 0.416$, $P\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ30 –70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภอยะชุมนั้น จังหวัดศรีสะเกษ สามารถนำมาอภิปราย ดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากผลการศึกษา พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ปฏิเสธสมมุติฐานการศึกษา อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุ 40 – 49 ปี ร้อยละ 35.10 มีอายุเฉลี่ย 47.12 ปี โดยมีอายุน้อยสุด 30 ปี และอายุสูงสุด 68 ปี สถานภาพสมรส แต่งงาน / อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 89.10 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 74.10

ดังนั้นจึงไม่พบความแตกต่างระหว่าง อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสอดคล้องกับการศึกษาของดวงตะวัน พรหมมาศและสุพัตรา อัครไมตรี (2564) ที่ศึกษาพบว่า อายุ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงอายุ 30-70ปี ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางน้ำผึ้ง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ($P\text{-value} = 0.203$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากผลการศึกษา พบว่า ความรู้เรื่องการตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

($r = 0.338$, $P\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การที่สตรีไม่มีความรู้ในเรื่อง การตรวจเต้านมด้วยตนเองอาจทำให้ละเลยต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพราะการคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมอนามัยที่ดีนั้นจะต้องมี ความรู้เป็นองค์ประกอบ สอดคล้องกับการศึกษาของสุนีย์ ชมพูนิช (2550) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีอายุ 35 – 59 ปี ในตำบลนางแก้ว อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ที่ศึกษาพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์ต่อการตรวจเต้านมด้วยตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ สอดคล้องกับ สุธารัตน์ ชำนาญช่าง, ปณิตดา ปริยทฤษฎ, และ กนกพร หมูพยัคฆ์ (2557) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วย ตนเองของสตรีวัยแรงงาน ผลการวิจัย พบตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วย ตนเองของสตรีวัยแรงงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ($r = 0.350$, $p < 0.001$)

ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จากผลการศึกษา พบว่า ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ($r = 0.416$, $P\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพราะเมื่อทราบถึงวิธีการตรวจเต้านม ด้วยตนเองจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วย ตนเองเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงยอมรับสมมติฐานการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิ ศักดิ์ศิริ (2557) ที่ศึกษาความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนคาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติอยู่ในระดับปานกลาง

ร้อยละ 51.50 มีผลต่อการมีเจตคติเกี่ยวกับการตรวจเต้านมตนเองที่ไม่ดี ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งเต้านมมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1.1.จากผลการศึกษาพบว่า ความรู้เรื่อง การตรวจเต้านมด้วยตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 – 70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษในระดับปานกลาง ($r = 0.338$, $P\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น จึงควรจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เพิ่มขึ้น เพื่อจะได้มีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองดีขึ้นตามไป

1.2.จากผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 – 70 ปี ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปรือใหญ่ อำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ ในระดับปานกลาง ($r = 0.416$, $P\text{-value} < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรม เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายมีทัศนคติที่ดี เพื่อจะได้มีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมดีขึ้นตามไป

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1.ศึกษาแบบเจาะลึกถึงปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์การตรวจคัดเต้านมด้วยตนเองในสตรี เพื่อนำข้อมูลมาแก้ไขให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชน

2.2.ศึกษารูปแบบการเชิญชวนให้สตรีมารับ บริการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านม

2.3. การทำวิจัยคุณภาพร่วมกับวิจัยเชิงปริมาณ จะช่วยวิเคราะห์หาสาเหตุ ปัญหา และข้อสรุปได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- โครงการสืบสานพระราชปณิธานสมเด็จพระเจ้านม. แนวทางการดำเนินงานโครงการ สืบสานพระราช
ปณิธานสมเด็จพระเจ้านม. สืบค้น 10 มกราคม 2566, จาก
http://www.thanyarak.or.th/breast_project_activity_detail.php?id=3
- ณัฐธยาน์ ชาบัวคำ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับทักษะการตรวจมะเร็งเต้านมด้วย
ตนเองและพฤติกรรมเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัย ผู้ใหญ่ในเขตเทศบาล
นครอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ, 36(3), 166-176.
- พงศกร ศรีจันทร์. (2555). ผลกระทบของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่ได้รับการรักษาล่าช้าต่อ ระยะของโรค
และชนิดของมะเร็งเต้านม.วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์, 27(1)
173-180.
- วรรณิ ศักดิ์ศิริ. (2557). ความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอายุ 30 ปีขึ้นไปในเขต
รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนคา. การศึกษาอิสระสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต,
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- สุนีย์ ชมภูนิช. (2550). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรี อายุ 35 – 59 ปี
ในเขตตำบลนางแก้ว อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. งานวิจัย โปรแกรมวิชาสุขศึกษา คณะ วิทยาศาสตร์
และเทคโนโลยีมหา วิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- สุธารัตน์ ชำนาญช่าง, ปนัดดา ปรียทฤณ, และกนกพร หมู่พยัคฆ์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อ พฤติกรรมการ
ตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีวัยแรงงาน. วารสารพยาบาลศาสตร์, 32(3), 42-51.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2560). แผนการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ. 2561-2565. กรุงเทพฯ:
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- SISAKET HOSPITAL Based Cancer Registry 2021 สืบค้นได้จากhttp://www.sskh.moph.go.th/news/13-12-22110517_1 สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2566.

