

ISSN 2697-5653 (Online)
ISSN 2730-1729 (Print)



วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
JCCPH
JOURNAL OF COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH

ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2565 Vol.4 No.3 September - December 2022

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health

ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2565

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุขชุมชนและความรู้จากศาสตร์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพสาธารณสุขชุมชน
2. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสาธารณสุข
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างสภาการสาธารณสุขชุมชนกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน

สำนักงาน :

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
สภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187
e-mail : The.JCCPH@gmail.com
web: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index>

ที่พิมพ์ :

บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด
67 อาคารทอปส์ซูเปอร์มาร์เก็ต ชั้น 3 ถนนงามวงศ์วาน
แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
โทรศัพท์ 029413677

เลขจดแจ้งการพิมพ์ สสช.18/2563

ISSN 2697-5653 (Online)

ISSN 2730-1729 (Print)

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health: JCCPH
ปีที่ 4 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2565

ที่ปรึกษา

ดร.ไพศาล บางขวด
ศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล
ศาสตราจารย์(คุณวุฒิ) ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
ศาสตราจารย์(เกียรติคุณ) ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ
ศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร
รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) ภก. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์
นายมานะ เปาทุย

บรรณาธิการ

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

กองจัดการ

นางสาวสวຍะห์ หาแว
นายรัชกี สาร๊ะ
นายกฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง
นายณรภัทร ศรีชุม
นายศักดิ์สิทธิ์ คำเกาะ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.สลิกร พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมุน พงษ์ภิญโญ
ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
ศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
ศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะทีก
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรงค์
รองศาสตราจารย์ ดร.สลิสร เทพตระการพร
รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุเมธนา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร.ปัญญาพัฒน์ ไชยเมล์
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม
รองศาสตราจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี้
รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศพร ชูศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักขมจีรกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐวธ แก้วสุทธา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง
อาจารย์ ดร.จิรนนท์ ตูลชาติ
อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
อาจารย์ ดร. กิตติพร เนาวิสุวรรณ

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

เจ้าของ

สภาการสาธารณสุขชุมชน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสยาม
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดสงขลา

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2-3 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุขชุมชน ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีี่ 4 ฉบับที่ 3 ซึ่งเป็นฉบับปีพุทธศักราช 2565 ยังคงมีเนื้อหาและสาระทางวิชาการที่เข้มข้น ทุกบทความได้ผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้วารสารมีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ส่งข้อมูลให้ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) เพื่อดำเนินการพิจารณาคุณภาพวารสารเพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI และจัดกลุ่มคุณภาพวารสารประจำปี พ.ศ.2564 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2564 ทางศูนย์ TCI ได้ประกาศผล ซึ่งวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ถูกจัดให้เป็น วารสารกลุ่มที่ 2

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ขอขอบคุณทุกท่านที่ติดตามอ่านวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่ได้ตรวจสอบคุณภาพอย่างเข้มข้นเพื่อให้วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนคงมาตรฐาน เนื้อหาถูกต้องตามหลักวิชาการ

หากท่านมีความประสงค์จะส่งผลงานวิจัย/วิชาการมาเผยแพร่ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนหรือมีข้อเสนอแนะประการใด สามารถดูรายละเอียดของการส่งได้ที่ท้ายเล่มและขอเรียนเชิญสมาชิกทุกท่านช่วยประชาสัมพันธ์และบอกกล่าวท่านผู้สนใจ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้นำเสนอไปนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านเพื่อเป็นมุมมอง แนวคิดในการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

ปริญญา จิตอร่าม
บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิจัย (Original Article) :

ผลของการจัดระบบสนับสนุนการให้บริการแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ ต่อความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 อำเภอด่านช้าง จังหวัด สุพรรณบุรี.....	1
Effects of Home Isolation Service Support System of Primary Care Units on The Success of Supporting COVID-19 Control Operations in Danchang District Suphanburi Province นิธิกันต์ คุณทวีเดช, มารุต ภูพะเนียด และศรีสุรางค์ เคหะนาค	
แนวทางการพัฒนาหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาด้านบริหารสาธารณสุข.....	12
Guidelines for the Development of Graduate Programs in Public Health Administration ฉัตรสุมน พงษ์นิญโญ, วลัยรัตน์ พบศิริ, นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์, พิศมัย มณีแจ่มใส และสุนิสา คำบุญศรี1	
ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เข็ม 3 ของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำลอง อำเภอนาหว้า จังหวัดสกล.....	22
Factors Affecting COVID-19 Vaccine Third Dose the People in Area of Lumlong District, Na Thawi District, Songkhla Province กัญดา เจ๊ะมามะ, นุรหยาตี วาหนิ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และนงษา สิงห์วีรธรรม	
ประสิทธิผลของกระบวนการให้โภชนบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการและระดับสภาวะร่างกาย ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก.....	32
Effectiveness of Nutrition Care Process on Level of Malnutrition and Performance Status among Adult Patients Amitted to Maesot Hospital, Tak Province ณัฐศรีณัฐ วงศ์เตชะ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี.....	43
Factors Related to Falls Preventing Behaviors of the Elderly in Khlong Ha Sub-district, Klong Luang District, Pathum Thani Province นิตยา ดวงประทุม และพัศพร ชูศักดิ์	

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทความวิจัย (Original Article) :	
การมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในจังหวัดนราธิวาส.....	56
People's Participation in Solving Drug Problems in Narathiwat Province	
อภิญญา ก่อเต็ม และอีกบาร์น ราซิด	
การประเมินผลโครงการลดบริโภคโซเดียมในอาหารผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 11 ปีงบประมาณ 2564.....	69
Project Evaluation of Sodium Consumption Reduction in Patients' Foods of Advance and General Hospitals in Health Region 11 in Fiscal Year 2021	
วลัยลักษณ์ สิริธิบรรณ	
การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครปฐม.....	81
Development and Evaluation of Disease Control Behavior Model among Chronic Kidney Disease Patients in Ongphraphathomchedee Health Community Center	
Networking of Nakhonpathom Hospital's Contracted Unit of Primary Care	
สุนันทา อยู่เพ็ญ	
การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะของอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ	95
Participatory Action Research on Garbage Sorting of a Ban-Eua-Arthon Condominium, Samutprakan Province	
เสาวลักษณ์ ลักษมีจรัสกุล, มงคล บุญอ่อน และพิพัฒน์ ลักษมีจรัสกุล	
รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนด้านปกครองในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน	105
Development Model of Administrative Community leaders participation in the prevention and control of Corona virus Mueang Nan District, Nan Province	
จงจิต ปินศิริ, นิรัชรา ลิลละย์กุล และเจษฎากร โนนินทร์	
การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองสำหรับหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ.....	115
Self-directed Learning for Health Science Program	
นิตยา เพ็ญศิริินภา	
คำแนะนำการส่งบทความ	129

ผลของการจัดระบบสนับสนุนการให้บริการแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิ
ต่อความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี
Effects of Home Isolation Service Support System of Primary Care Units on
The Success of Supporting COVID-19 Control Operations in Danchang District
Suphanburi Province

นิธิกันต์ คุณทวีเดช¹, มารุต ภูพะเนียด^{2*}, ศรีสุรางค์ เคหะนาค²

Nitikan Khuntaweedach¹, Marut Phoophaniat^{2*}, Srisurang Kehanak²

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี¹,

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข^{2*}

Dan Chang District Public Health Office, Suphan Buri Province¹, Sirindhorn College of Public Health Suphanburi,

Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health^{2*}

(Received: August 9, 2022; Revised: November 9, 2022; Accepted: December 10, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการจัดระบบสนับสนุนการให้บริการแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิต่อความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มทดลองคือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอด่านช้าง จำนวน 45 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ ระบบสนับสนุนการให้บริการแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คือ การสนับสนุนกำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ความรู้ด้านวิชาการ และการสร้างขวัญกำลังใจ ในช่วงเดือนพฤษภาคม-กรกฎาคม 2565 และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 ซึ่งมีค่าความตรง เท่ากับ .67 – 1.00 ความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .948 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired Sample t-test ผลการวิจัยพบว่า

หลังการดำเนินการการจัดระบบสนับสนุนการให้บริการแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01

ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานสนับสนุนควรดำเนินการสนับสนุนกำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ความรู้ด้านวิชาการ และการสร้างขวัญกำลังใจให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ตลอดจนประชาชนมีความรู้สึที่ดีกับบุคลากรทางการแพทย์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างกันในการควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ให้ประสบความสำเร็จและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การจัดระบบสนับสนุนการให้บริการ, แยกกักตัวที่บ้าน, หน่วยบริการปฐมภูมิ, โรคโควิด-19

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: marut@phcsuphan.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 098-3673321)

Abstract

Quasi-experimental research, the one group, pre-test, and post-test design. The aim was to study the effect of the Home Isolation service support system of the primary care unit on the success of supporting COVID-19 control operations in Danchang District, Suphanburi Province. The experimental group consisted of 45 sub-district health-promoting hospital staff working under the Danchang district public health office. The research tools included the service support system for sub-district health promoting hospitals, according to the district public health office's role, includes support for the workforce, budget, materials and equipment, academic knowledge, and morale building during May–July 2022 and data were collected with a questionnaire about success in supporting COVID-19 control operations, valid at 0.67 – 1.00, and Cronbach's alpha coefficient was 0.948. Data were analyzed using descriptive statistics and Paired sample t-test.

The results showed that after implementing the home isolation service support system of primary care units, there was a statistically significant increase in the success of support for COVID-19 control operations at 0.01 ($P\text{-value}<0.001$)

Therefore, the public health office or support agency should support the workforce, budget, materials, equipment, and academic knowledge and build morale for primary care units so they can be confident in their operations and people feel good about healthcare workers, cooperating more effectively to control and prevent the spread of COVID-19.

Keywords: Service support system, Home Isolation, Primary Care Unit, COVID-19

บทนำ

จากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ที่แพร่ระบาดเป็นวงกว้าง เป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และทุกภาคส่วนที่ต้องร่วมมือกัน ในการควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-19 การเตรียมรับสถานการณ์ของสถานบริการสุขภาพในการรองรับผู้ป่วย ได้รับการคาดการณ์และประเมินล่วงหน้า เพื่อให้พร้อมต่อการให้บริการผู้ติดเชื้อที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นในระดับความรุนแรงของโรคที่แตกต่างกัน กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้บูรณาการรูปแบบการขยายเตียงเพื่อรองรับผู้ติดเชื้อแบบไม่ปรากฏอาการ หรือมีอาการเล็กน้อยให้เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) และโรงพยาบาลสนาม รวมถึงการจัดตั้งหอผู้ป่วยหนัก (ICU) ส่วนต่อขยายเพื่อรองรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและเป็นต้นแบบสำหรับการดำเนินการของสถานบริการสุขภาพที่มีความพร้อม ถึงกระนั้นจำนวนผู้ติดเชื้อยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เดือนมกราคม ถึง พฤษภาคม 2565 และเตียงในสถานบริการสุขภาพที่มีอยู่ไม่เพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย เป็นผลมาจากช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ.2564 พบการระบาดของโควิด-19 สายพันธุ์ Omicron เป็นวงกว้าง โดยอาการของผู้ป่วยโควิด-19 ส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง และอาจไม่จำเป็นต้องดูแลรักษาพยาบาลแบบผู้ป่วยใน หรืออยู่โรงพยาบาลเพียงระยะสั้นๆ หลังจากนั้นไปพักฟื้นที่บ้านหรือสถานที่รัฐจัดให้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565a)

ทั้งนี้ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการน้อยส่วนใหญ่ออาการจะค่อยๆ ดีขึ้นจนหาย ซึ่งผู้ป่วยโควิด-19 จะเริ่มแพร่เชื้อก่อนมีอาการประมาณ 2 - 3 วัน ไปจนถึงสิ้นสุดสัปดาห์แรกของการเจ็บป่วยนับจากวันเริ่มมีอาการ ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการน้อยหรืออาการดีขึ้นแล้ว อาจยังคงมีเชื้อไวรัสแพร่ไปสู่ผู้อื่นได้ โดยอยู่ในน้ำมูก น้ำลายของผู้ป่วยเป็นระยะเวลาประมาณ 10 วัน หลังจากเริ่มป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงจำเป็นต้องแยกตัวเองจากสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่น ขณะอยู่ที่บ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 10 วัน นับตั้งแต่วันที่เริ่มป่วย หรือ วันตรวจพบเชื้อ ทั้งนี้กรมการแพทย์ ได้ออกแนวทางการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) เป็นการแยกกักตัวของผู้ติดเชื้อโควิด-19 ที่อยู่ในระยะที่แพร่เชื้อได้ที่บ้านผ่านระบบการ

ติดตามดูแลอาการในผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการหรือมีอาการไม่รุนแรงตามความเห็นของแพทย์และความสมัครใจของผู้ติดเชื้อเอง (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565b)

สถานการณ์โรคโควิด-19 ของอำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึง 30 เมษายน 2565 พบผู้ป่วยจำนวน 2,481 ราย เสียชีวิต 9 ราย และมีแนวโน้มการแพร่ระบาดเพิ่มมากขึ้น คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อจังหวัดสุพรรณบุรีจึงมีการประชุมหารือเรื่องการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) เพื่อรองรับผู้ป่วยกลุ่มสีเขียว (ผู้ป่วยไม่มีอาการ หรืออาการน้อย ๆ) (สำนักงานจังหวัดสุพรรณบุรี, 2565) โดยเริ่มดำเนินการเมื่อวันที่ 4 มีนาคม 2565 จากการนำร่องของตำบลวังยาวและดำเนินการครอบคลุมทั้งอำเภอในเดือน เมษายน 2565 ซึ่งจากการประชุมทบทวนผลดำเนินการดังกล่าวพบปัญหาอุปสรรคคือ เจ้าหน้าที่ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย วัสดุอุปกรณ์ไม่เพียงพอ อัตรากำลังไม่เพียงพอกับปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น ไม่สามารถให้บริการได้อย่างเพียงพอตลอดเวลา ไม่สามารถดูแลงานให้เสร็จสิ้นภายในเวลา ทั้งนี้เพื่อให้การดำเนินงานในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 โดยการแยกกักตัวที่บ้านเป็นไปอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ โดยนำบทเรียนจากการดำเนินโครงการเฉพาะกิจดูแลผู้ป่วยโควิด-19 Home Isolation โรงพยาบาลราชวิถี ดำเนินการโดยมีบ้านเป็นพัก รักษาและใช้โรงพยาบาลเป็นศูนย์ควบคุม บุคลากรที่ดูแลประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร เจ้าหน้าที่เทคโนโลยีสารสนเทศ พนักงานรับสายโทรศัพท์ และทีมเวชระเบียน และใช้ระบบเทคโนโลยีหลายช่องทาง เช่น Line Official, Google Form, Hot line ในการประสานงานและติดต่อสื่อสาร จากการดำเนินงานดังกล่าวพบปัญหาเรื่องช่องทางการสื่อสารไม่เพียงพอเมื่อจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว มีการทำงานทับซ้อน อัตรากำลังคนไม่เพียงพอกับปริมาณผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น และผู้ป่วยไม่สามารถเข้าถึงเทคโนโลยีได้ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2565b) คณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับอำเภอ ประกอบด้วย หน่วยงานปกครองส่วนภูมิภาค องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยงานอื่น ๆ มีบทบาทหน้าที่ อำนวยการ วางแผน ติดตาม เฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระดับอำเภอ (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2563) คณะกรรมการดังกล่าวมีอำนาจในการบริหารงานจึงมีหน้าที่จัดการทรัพยากร เช่น กำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ข้อมูลสารสนเทศและองค์ความรู้ ซึ่งต้องนำปัจจัยเหล่านี้มาดำเนินการวางแผน จัดการและประสานงานให้มีประสิทธิภาพ (ปิยธิดา ตรีเดช พิระ ศรีศรีจันทร์ และสมชาติ ไตรรักษา, 2552)

จากสถานการณ์พื้นที่ศึกษาและกรณีศึกษาที่อื่น ๆ ผู้วิจัยจึงนำแนวคิดการบริหารงานเชิงระบบมาจัดระบบสนับสนุนการให้บริการสุขภาพ ได้แก่ การจัดการกำลังคน การจัดการงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ การจัดการข้อมูลสารสนเทศและองค์ความรู้ การจัดการและประสานงาน เพื่อพัฒนาระบบสนับสนุนการให้บริการแยกกักตัวที่บ้านของหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพและประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการจัดระบบสนับสนุนการให้บริการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ของหน่วยบริการปฐมภูมิต่อความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

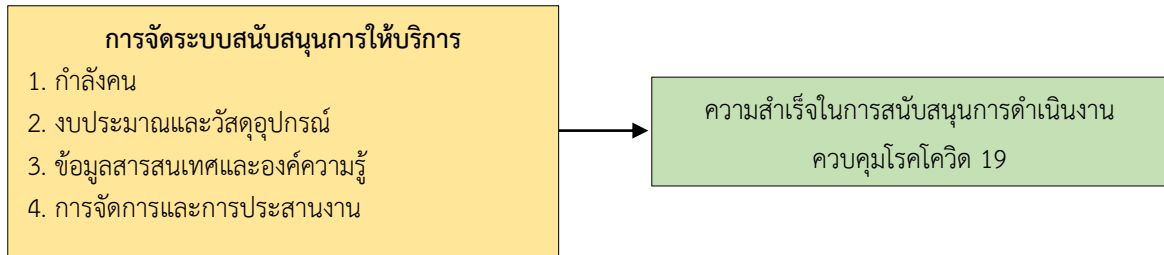
เพื่อเปรียบเทียบความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 ระหว่างก่อนและหลังการจัดระบบสนับสนุนการให้บริการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

สมมติฐานวิจัย

หลังการดำเนินการการจัดระบบสนับสนุนการให้บริการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ของหน่วยบริการปฐมภูมิมีความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดในการบริหารเชิงระบบในการจัดระบบสนับสนุนการให้บริการ ประกอบด้วย ปัจจัยนำเข้า (Input) ได้แก่ การจัดการกำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ข้อมูลสารสนเทศและองค์ความรู้ ผ่านกระบวนการจัดการและประสานงาน (Process) และผลลัพธ์ (Output) คือ ผลลัพธ์ในการทำงาน (ปียติดา ตรีเดช พีระ ศรีภักดิ์จิตร และสมชาติ โตรักษา, 2552) ซึ่งผลลัพธ์ของงานวิจัยนี้ คือ ความสำเร็จในการสนับสนุน การดำเนินงานควบคุมโรคโควิด 19 ตามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงาน ดังภาพที่ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและ หลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test, Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอด่านช้าง จำนวน 100 คน ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2564 – 31 พฤษภาคม 2565 กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ปฏิบัติงานในการควบคุมโรคโควิด-19 ที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุข อำเภอด่านช้าง ซึ่งประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข 2) ปฏิบัติงานในพื้นที่อำเภอด่านช้างมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน 3) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ส่วนเกณฑ์ในการคัด ออก คือ ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถให้ข้อมูลหรือเข้าร่วมโครงการวิจัยได้

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงาน สาธารณสุขอำเภอด่านช้าง ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข และเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 45 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test Family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences Between Two Independent Means (Matched Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง ทั้งนี้ Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = 0.05 และค่า Power=0.95 ทำให้ได้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 45 คน (Cohen, 1977) เนื่องจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ด่านช้างมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 16 แห่ง จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างแห่ง 2-3 คน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 45 คนการสุ่มตัวอย่าง โดยการสุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive) ตามคุณสมบัติของเกณฑ์คัดเลือก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ การจัดระบบสนับสนุนการให้บริการแก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลตามบทบาทของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ จัดสรรบุคลากร การสนับสนุน งบประมาณ การจัดหาวัสดุและครุภัณฑ์ การอบรมเพิ่มทักษะความรู้ด้านวิชาการ การส่งเสริมการใช้โปรแกรม อิเล็กทรอนิกส์ และจัดสรรค่าเสี่ยงภัย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป มีคำถามจำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ ตำแหน่ง ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบและปลายเปิด

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่างจังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งเป็นข้อคำถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านกำลังคน งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ ข้อมูลสารสนเทศและองค์ความรู้ การจัดการและการประสานงาน จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามพิจารณาเลือกตอบเพียง 1 ระดับ โดยให้คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 หมายถึง มากที่สุดถึงน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน เกณฑ์การแบ่งระดับความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงาน ใช้เกณฑ์ของชูศรี วงศ์รัตน (2553) มี 5 ระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง ความสำเร็จของการสนับสนุนการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง ความสำเร็จของการสนับสนุนการดำเนินงานอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง ความสำเร็จของการสนับสนุนการดำเนินงานอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง ความสำเร็จของการสนับสนุนการดำเนินงานอยู่ในมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง ความสำเร็จของการสนับสนุนการดำเนินงานอยู่ในมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ใช้สร้างขึ้นจากแนวคิดในการบริหารเชิงระบบเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน เป็นนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี 1 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ซึ่งใช้วิธีหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence; IOC) ด้วยการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อจะต้องมีค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง .67 – 1.00 จากนั้นนำไปตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภออื่น จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .948

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยประชุมแนะนำเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอต่างจังหวัดสุพรรณบุรีถึงวัตถุประสงค์ในการติดตามดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่แยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) โดยผู้วิจัย

2. ผู้วิจัยวิจัยอธิบายกระบวนการงาน ขั้นตอนการดำเนินงานให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

3. ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามผ่าน Application Line โดยใช้แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (Google Form) เรื่องแบบสอบถามความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 แก่กลุ่มตัวอย่าง (Pre-test)

ขั้นทดลอง (3 เดือน)

การสนับสนุน	รายละเอียด	ระยะเวลาดำเนินการ
การจัดการกำลังคน	- จัดสรรบุคลากรและปรับระบบงานให้มีการหมุนเวียนบุคลากรที่ขาดแคลนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเหมาะสม	ตลอดการทดลอง
การสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์	- ระบบสนับสนุนงบประมาณจากโรงพยาบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อเพิ่มความสามารถในการรักษาพยาบาลและบริการต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย	ตลอดการทดลอง

การสนับสนุน	รายละเอียด	ระยะเวลา ดำเนินการ
การสนับสนุนข้อมูล สารสนเทศและองค์ ความรู้	- จัดหาวัสดุและครุภัณฑ์ให้กับเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติงานรักษาพยาบาล ผู้ป่วยโรคโควิด-19 เช่น ยารักษาโรค เครื่องวัดปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือด (Oxygen Sat) เครื่องวัดอุณหภูมิ เครื่องมือและอุปกรณ์ความปลอดภัย (PPE) เป็นต้น - ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาความรู้ด้านวิชาการโรคโควิด-19 ให้กับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการปฏิบัติงาน ได้แก่ การรักษาพยาบาลโรคโควิด การสวมชุดเครื่องมือและอุปกรณ์ความปลอดภัย (PPE) การบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป การป้องกัน การติดเชื้อ ตลอดจนการกำจัดขยะติดเชื้อ เป็นต้น - ส่งเสริมการใช้โปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์โควิด-19 (Suphanburi Platform) เพื่อการติดตามผู้ป่วย แยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) กับเจ้าหน้าที่	ตลอดการ ทดลอง
การจัดการและการ ประสานงาน	- จัดตั้งทีมบริหารและประสานงาน เพื่อเป็นที่ปรึกษาและให้คำปรึกษาในด้านต่าง ๆ ดังนี้ 1. จัดทีมบริหารงานหลัก มีหน้าที่ กำกับควบคุมแผนงาน นโยบาย 2. จัดทีมประสานงานด้านบุคลากรระดับอำเภอ มีหน้าที่ จัดกำลังคน 3. จัดทีมประสานงานด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ระดับอำเภอ มีหน้าที่ ประสานงานและให้คำแนะนำเกี่ยวกับงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ 4. จัดทีมประสานงานด้านข้อมูลสารสนเทศและองค์ความรู้ระดับอำเภอ มีหน้าที่ ประสานงานด้านข้อมูล ข่าวสาร และวิทยาการองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	ตลอดการ ทดลอง

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามผ่าน Application Line โดยใช้แบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ (Google Form) เรื่องแบบสอบถามความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 แก่กลุ่มตัวอย่างอีกครั้ง (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 ระหว่างก่อนและหลังการจัดระบบสนับสนุนการให้บริการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ของหน่วยบริการปฐมภูมิด้วยสถิติ Paired Sample t-test ทั้งนี้ผู้วิจัยตรวจสอบการแจกแจงเป็นโค้งปกติของข้อมูลพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Shapiro Test, $p = .584$) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ PHCSP-A2565/01-10 รับรองวันที่ 17 มิถุนายน 2565 การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้

- 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย
- 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่รับจากการวิจัย
- 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถามโดยไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม
- 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ
- 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม และ
- 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอน

ตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากที่ได้ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.9 เพศชาย ร้อยละ 31.1 มีอายุเฉลี่ย 38.6 ($SD=10.10$) อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 59 ปี เป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 37.78 นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 44.44 เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข ร้อยละ 17.78

2. เปรียบเทียบความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 ระหว่างก่อนและหลังการจัดระบบสนับสนุนการให้บริการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ตาราง 1 เปรียบเทียบความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 ระหว่างก่อนและหลังการจัดระบบสนับสนุนการให้บริการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ จำแนกรายข้อ

ความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19	ก่อน			หลัง		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
กำลังคน						
การเตรียมความพร้อมของบุคลากรทางการแพทย์	2.47	0.50	น้อย	3.69	0.67	มาก
การพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ	2.56	0.50	ปานกลาง	3.93	0.58	มาก
การจัดอัตรากำลังที่ให้บริการ	2.56	0.50	ปานกลาง	3.40	0.81	ปานกลาง
การกำหนดบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานชัดเจน	2.56	0.50	ปานกลาง	3.76	0.80	มาก
งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์						
การสนับสนุนงบประมาณค่าตอบแทนที่เหมาะสม	2.69	0.56	ปานกลาง	2.95	0.70	ปานกลาง
การสนับสนุนงบประมาณของโรงพยาบาลแม่ข่าย	2.60	0.54	ปานกลาง	3.84	0.74	มาก
การสนับสนุนงบประมาณหรือวัสดุอุปกรณ์จากภาคเอกชน	2.64	0.53	ปานกลาง	3.87	0.55	มาก
ให้กับผู้ป่วย						
การเตรียมความพร้อมของเครื่องอำนวยความสะดวก	2.49	0.59	น้อย	3.71	0.79	มาก
การเตรียมความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์	2.29	0.79	น้อย	3.27	0.86	ปานกลาง
ข้อมูลสารสนเทศและองค์ความรู้						
การจัดการข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่มีความสะดวก รวดเร็ว	2.60	0.54	ปานกลาง	3.87	0.66	มาก
การเข้าถึงข้อมูลแนวปฏิบัติที่ชัดเจนสามารถปฏิบัติตามได้จริง	2.64	0.53	ปานกลาง	3.87	0.66	มาก
การเข้าถึงระบบการให้ความรู้เพิ่มเติมสำหรับผู้ปฏิบัติงาน	2.29	0.79	น้อย	3.53	0.66	มาก
การรับรู้มาตรการในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วย	2.60	0.54	ปานกลาง	3.64	0.74	มาก
การจัดการและการประสานงาน						
การกำหนดนโยบายและเป้าหมายในการเปิดให้บริการที่ชัดเจน	2.69	0.56	ปานกลาง	4.02	0.58	มาก
การให้บริการที่มีคุณภาพและเป็นมิตร	2.60	0.54	ปานกลาง	3.82	0.72	มาก

ตาราง 1 (ต่อ)

ความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุม โรคโควิด-19	ก่อน			หลัง		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
การประสานงานของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่มี ประสิทธิภาพ	2.56	0.66	ปานกลาง	3.62	0.75	มาก
การทำงานในรูปภาคีเครือข่ายของหน่วยงานสาธารณสุข และกับภาคีภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน	2.51	0.63	ปานกลาง	3.76	0.65	มาก
การเตรียมความพร้อมโดยการสร้างความเข้าใจกับชุมชน ใกล้เคียง	2.49	0.59	น้อย	3.67	0.77	มาก
การสร้างความเข้าใจและการให้ความร่วมมือของผู้ป่วย	2.56	0.66	ปานกลาง	3.60	0.72	มาก
การสร้างระบบติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่าง บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย	2.47	0.50	น้อย	3.71	0.55	มาก

จากตาราง 1 ก่อนการทดลอง พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การกำหนดนโยบายและเป้าหมายในการเปิดให้บริการที่ชัดเจน การสนับสนุนงบประมาณค่าตอบแทนที่เหมาะสม และการจัดการข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่มีความสะดวก รวดเร็ว ส่วนประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ การเตรียมความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ การเข้าถึงระบบการให้ความรู้เพิ่มเติมสำหรับผู้ปฏิบัติงาน และการสร้างระบบติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย (ตาราง 1) หลังการทดลอง พบว่า ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ การกำหนดนโยบายและเป้าหมายในการเปิดให้บริการที่ชัดเจน การพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ และการจัดการข้อมูลโดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่มีความสะดวก รวดเร็ว ส่วนประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ การสนับสนุนงบประมาณค่าตอบแทนที่เหมาะสม การเตรียมความพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ และการจัดอัตรากำลังที่ให้บริการ

ตาราง 2 เปรียบเทียบความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 ระหว่างก่อนและหลังการจัดระบบสนับสนุนการให้บริการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ

ความสำเร็จในการสนับสนุนการ ดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19	n	M	SD	Mean Difference	t	p-value (1-tailed)
ก่อน	45	2.54	0.31	1.12	19.951	<.001
หลัง	45	3.66	0.50			

จากตาราง 2 พบว่าความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นทุกข้อ (ตาราง 1) เมื่อพิจารณาในภาพรวมหลังการทดลองมีความสำเร็จในสนับสนุนการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่าหลังการทดลองมีความสำเร็จในการสนับสนุนการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยกลุ่มทดลองมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานในพื้นที่หลังการจัดระบบสนับสนุนการให้บริการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากน้อยไปปานกลางและจากปานกลางไปมากโดยค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ที่มีการกำหนดนโยบายและเป้าหมายในการเปิดให้บริการที่ชัดเจน และรองลงมาคือการพัฒนาสมรรถนะของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ น้อยที่สุดคือการสนับสนุนงบประมาณค่าตอบแทนที่เหมาะสม จากผลการทดลองดังกล่าวเป็นผลมาจากกระบวนการจัดระบบสนับสนุนการ

ให้บริการโดยยึดหลักการจัดการเชิงระบบที่ให้ความสำคัญกับปัจจัยนำเข้า ได้แก่ กำลังคน งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ ข้อมูลสารสนเทศและองค์ความรู้ ซึ่งต้องนำปัจจัยเหล่านี้มาดำเนินการวางแผนจัดการและประสานงาน ให้มีประสิทธิภาพ (ปิยธิดา ตรีเดช พิระ ศรีกรศรีนิจิตร และสมชาติ โตรักษา, 2552)

การสนับสนุนกำลังคนมีการจัดสรรบุคลากรหมุนเวียนไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ขาดแคลนอย่างเหมาะสม และมีการพัฒนาสมรรถนะและเตรียมความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ทำให้หลังทดลองผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็นว่าประสบความสำเร็จระดับมาก สอดคล้องกับบุญประจักษ์ จันทรวิน และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2559) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานคือการสนับสนุนด้านบุคลากร สอดคล้องกับอารยา จันทรขาง และประจักษ์ บัวผัน (2565) พบว่าการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 คือ การสนับสนุนด้านบุคลากร

การสนับสนุนด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ มีการสนับสนุนงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นจากทั้งภาครัฐและเอกชน แต่อาจยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ปฏิบัติงานได้อย่างพอใจ เช่น การเตรียมพร้อมของเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ตลอดจนการจัดการค่าตอบแทนสำหรับการปฏิบัติงานที่เหมาะสม ทำให้หลังทดลองผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็นว่าประสบความสำเร็จระดับมากและปานกลาง สอดคล้องกับบุญประจักษ์ จันทรวิน และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2559) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานคือการสนับสนุนงบประมาณ และการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น สอดคล้องกับระนอง เกตุดาว อัมพร เทียงตรงดี และภาสินี โทอินทร์ (2564) พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จของการบริหารจัดการระบบดูแล ฝ้าระวัง ป้องกันโรคโควิด-19 คือ ภาครัฐและเอกชนให้การสนับสนุนงบประมาณ อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน สอดคล้องกับอารยา จันทรขาง และประจักษ์ บัวผัน (2565) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 คือ การสนับสนุนด้านงบประมาณ และด้านวัสดุอุปกรณ์

การสนับสนุนด้านข้อมูลสารสนเทศและองค์ความรู้ มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ (Suphanburi Platform) เข้ามาช่วยในการปฏิบัติงาน และมีการให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาความรู้ด้านวิชาการโรคโควิด-19 ทำให้หลังทดลองผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็นว่าประสบความสำเร็จระดับมาก สอดคล้องกับบุญประจักษ์ จันทรวิน และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2559) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานคือการสนับสนุนด้านวิชาการ สอดคล้องกับอรดี บุญบุตร และอำภาศรี พ้อคำ (2564) พบว่าการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริการส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานบริการด้านสุขภาพ

การสนับสนุนด้านการจัดการและการประสานงาน โดยจะเห็นได้ว่าผู้ปฏิบัติงานให้ความสำคัญกับเรื่องกำหนดนโยบายและเป้าหมายในการเปิดให้บริการที่ชัดเจน ซึ่งกระบวนการจัดระบบสนับสนุนการให้บริการมีทีมบริหารและประสานงานเป็นพี่เลี้ยงและให้คำปรึกษาในด้านต่าง ๆ ทำให้สามารถถ่ายทอดนโยบายและเป้าหมายของการดำเนินงานได้ชัดเจน ทำให้หลังทดลองผู้ปฏิบัติมีความคิดเห็นว่าประสบความสำเร็จระดับมาก สอดคล้องกับบุญประจักษ์ จันทรวิน และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์ (2559) ที่กล่าวว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานคือนโยบายและการบริหารงานที่ชัดเจน มีการประสานงานของหน่วยงานทุกระดับ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล หน่วยงานเอกชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล ที่เข้าร่วมสนับสนุนการดำเนินงานแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ของหน่วยบริการปฐมภูมิ สอดคล้องกับสุวิชัย งามมูลเสศ และประจักษ์ บัวผัน (2561) ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน คือ การปฏิบัติงานในพื้นที่มีความพร้อมและร่วมมือร่วมใจ มีความเชื่อมโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมโรงพยาบาลแม่ข่าย สอดคล้องกับระนอง เกตุดาว อัมพร เทียงตรงดี และภาสินี โทอินทร์ (2564) พบว่า การบริหารจัดการระบบดูแล ฝ้าระวัง ป้องกันโรคโควิด-19 มีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ในระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ทั้งภาครัฐและเอกชน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข และหน่วยงานสนับสนุนอื่นๆ ควรมีการจัดระบบสนับสนุนการให้บริการประกอบด้วย การจัดการกำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ข้อมูลสารสนเทศ และองค์ความรู้ให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิสำหรับควบคุมโรคโควิด-19 และจัดบริการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)
2. โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข และหน่วยงานสนับสนุนอื่นๆ ควรมีทีมประสานงานและให้คำปรึกษาในด้านกำลังคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ข้อมูลสารสนเทศ และองค์ความรู้ให้กับหน่วยบริการปฐมภูมิสำหรับควบคุมโรคโควิด-19 และจัดบริการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษามุมมองผลกระทบที่เกิดขึ้นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการดำเนินการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) เพื่อให้เกิดความครอบคลุมทุกมิติของการดำเนินการ
2. ควรศึกษารูปแบบและต้นทุนของการจัดบริการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) เพื่อให้มีการบริหารจัดการทรัพยากรให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

References

- กรมการปกครอง. (2563). การดำเนินการเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2565 จาก http://report.dopa.go.th/covid19/ita_files/document/DopaDoc5.pdf
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565a). แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากรสาธารณสุข ฉบับปรับปรุง วันที่ 11 กรกฎาคม 2565. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2565 จาก [https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Banner_\(Big\)/Attach/25650712141035PM_CPG_COVID-19_v.24.1.n_20220711.pdf](https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Banner_(Big)/Attach/25650712141035PM_CPG_COVID-19_v.24.1.n_20220711.pdf)
- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565b). แนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการจัดการผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home Isolation ฉบับปรับปรุง วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2565. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2565 จาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650105175718PM_%E0%B9%81%E0%B8%99%E0%B8%A7%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87homelso.pdf
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2553). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ: เทพเนรมิตการพิมพ์.
- บุญประจักษ์ จันทน์วัน และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินงานตามมาตรฐานการเฝ้าระวังโรคทางระบาดวิทยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสุขภาพกับการจัดการสุขภาพ, 3(3), 45-55.
- ปิยธิดา ตรีเดช สมชาติ ไตรรักษา และพีระ ครีกครั้นจิตร. (2552). หลักการบริหารจัดการ. กรุงเทพฯ: เอส พี เอ็น.
- ระนอง เกตุดาว, อัมพร เทียงตรงดี และภาสินี ไทอินทร์. (2564). การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี - Udon Model COVID-19. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(1), 53-61.
- สำนักงานจังหวัดสุพรรณบุรี. (2565). สุพรรณบุรี Covid-19. สืบค้นเมื่อ 8 สิงหาคม 2565 จาก <https://covid.suphanburi.go.th/frontpage>

- สุวิชัย งามมูลเลิศ และประจักษ์ บัวผัน. (2561). ปัจจัยการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 25(1), 23-34.
- อรดี บุญบุตร และอำภาศรี พอค้า. (2564). นวัตกรรมบริการที่ส่งผลต่อความสำเร็จของธุรกิจโรงพยาบาลเอกชนประเทศไทย. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด*, 15(3), 173-185.
- อารยา จันทร์ขวาง และประจักษ์ บัวผัน. (2565). คุณลักษณะส่วนบุคคลและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 29(2), 54-64.
- Cohen, J. (1977). *Statistical Power Analyses for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate Data Analysis*. Hampshire, UK: Cengage.

แนวทางการพัฒนาหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาศาखाวิชาบริหารสาธารณสุข Guidelines for the Development of Graduate Programs in Public Health Administration

ฉัตรสุนน พฤฒิภิญโญ^{1*}, วลลรัตน์ พบคีรี¹, นิตศน์ ศิริโชติรัตน์¹, พิศมัย มณีแจ่มใส¹, สุนิสา คำบุญศรี¹

Chardsumon Prutipinyo^{1*}, Vallerut Pobkeeree¹, Nithat Sirichotiratana¹,

Pissamai Marneejamsai¹, Sunisa Kumboonsri¹

ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล^{1*}

Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University^{1*}

(Received: April 4, 2022; Revised: December 28, 2022; Accepted: December 28, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาแนวทางการพัฒนาหลักสูตรและปรับปรุงหลักสูตรสาขาวิชาบริหารสาธารณสุข วิธีการศึกษาโดยการสัมภาษณ์ด้วยโปรแกรมออนไลน์ Cisco WebEx โทรศัพท์ และการตอบทางอีเมล ผู้เข้าร่วมวิจัย มี 4 กลุ่ม ได้แก่ กรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชน นักบริหารการศึกษา ประธานหลักสูตร/นักวิชาการที่เกี่ยวกับหลักสูตรบริหารสาธารณสุข ศิษย์เก่าในหลักสูตรที่เกี่ยวกับบริหารสาธารณสุข รวมผู้ตอบจำนวน 16 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

แนวทางการพัฒนาหลักสูตรสำหรับนักบริหารงานสาธารณสุข ควรเน้นผู้เรียนต้องมีผลลัพธ์การเรียนรู้เป็นไปตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับบัณฑิตศึกษา หลักสูตรต้องสร้างผู้เรียนให้มีภาวะผู้นำในการขับเคลื่อนองค์การเป็นหลักสูตรที่สร้างนักบริหารสาธารณสุขที่สอดคล้องกับศตวรรษที่ 21 ต้องมีทั้ง Hard Skill และ Soft Skill Literacy การใช้คอมพิวเตอร์ วิเคราะห์สถิติ ระบาดวิทยา ระเบียบวิธีการวิจัย การจัดการข้อมูลที่เป็นทุติยภูมิ (Secondary Data) ได้ ต้องมีความรู้ความเข้าใจระบบบริการสุขภาพ (Health Service System) การปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาตรฐานที่เกี่ยวกับวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานทั้งหมด 4 มาตรฐาน 1) มาตรฐานด้านความรู้ 2) มาตรฐานด้านการปฏิบัติ 3) มาตรฐานด้านทักษะ และ 4) มาตรฐานด้านจริยธรรม เป็นหลักสูตรที่มีกระบวนการพัฒนาและสร้างนักบริหารที่มีคุณธรรม จริยธรรม ที่ดีงามอย่างแท้จริง และมีศีลธรรมทางการบริหารที่ยั่งยืน การพัฒนาหลักสูตรควรมุ่งเน้นที่การพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนในด้านการบริหารองค์กรทางสุขภาพทุกระดับซึ่งให้ประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน เน้นทักษะความเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ การจัดการหลักสูตรการบริหารสาธารณสุขควรคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้สอน ปัจจัยการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริง ซึ่งทำให้นักบริหารสาธารณสุขเข้าใจวิถีชีวิตตนเองและผู้อื่น การจัดการกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้เรียนมีโอกาสนสัมผัส และเชื่อมต่อการเรียนรู้กับเครือข่าย ปัจจัยเทคโนโลยี การเรียนรู้ได้ทุกที่ ทุกเวลา ตามแนวคิดการศึกษาตลอดชีวิต และการเรียนข้ามศาสตร์

คำสำคัญ: ผลลัพธ์การเรียนรู้, การพัฒนาหลักสูตร, บัณฑิตศึกษา, บริหารสาธารณสุข

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Chardsumon.pru@mahidol.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-3995215)

Abstract

This qualitative research aimed to explore guidelines for Public Health Administration curricula development and improvement. The interviewing methods via Cisco WebEx online, telephone and e-mail were used to collect data. Key informants were 16 persons selected from 4 types of participants, namely the Community Public Health Council members, education administrator or program chair, public health administration program academics, and alumni of public health administration. Data were analyzed by content analysis.

The results indicated that guidelines for Public Health Administration curricula development should emphasize on learning outcomes of learners which meet graduate qualifications standard. The curriculum must empower learners for leadership in driving his/her organization successfully. The curriculum should produce public health administrators, according to the needs of 21st century, having both hard and soft skills literacy, including statistical analysis, epidemiology, research methodology and secondary data management, having knowledge and understanding of health service system, and having professional standard practices of community public health profession which consists of the following 4 standards: knowledge, conduct, skills and ethics. The curriculum should have development process in producing administrators/executives with good morality and ethics and have sustainable management morals. Curriculum development should focus on the development of learners' potential in managing health organizations at all levels, that maximizes the benefits of the people, and emphasizing on leadership for changes in health.

Recommendation is that, public health administration curriculum management should emphasize on teachers, teaching environment which will enhance public health administrators to understand other people's lifestyle and his/her own lifestyle, teaching/ learning activities management such that it would encourage students to have opportunities to learn, collect data, understand, and reflection which connects with networks. Related factors are to be able to learn in anytime and anywhere, according to lifelong learning and inter-disciplinary learning.

Keywords: Learning Outcomes, Curriculum Development, Graduate Programs, Public Health Administration

บทนำ

จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและภัยสุขภาพส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทำให้ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนและระบบสุขภาพของโลกเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ดังนั้นการมองปัจจัยที่จะมีผลกระทบต่อระบบสุขภาพในปัจจุบันจึงต้องมองให้รอบด้าน เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพ การจัดการบริการสุขภาพ และการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์โลกและสถานะเศรษฐกิจในศตวรรษที่ 21 และการพัฒนาประเทศตามแผนยุทธศาสตร์ประเทศไทย 20 ปี การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โครงสร้างประชากรไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นจากการคมนาคมที่เชื่อมต่อทั้งโลก การบาดเจ็บจากการจราจร การโฆษณาสินค้าและเวชภัณฑ์ต่างๆ ทางสื่อออนไลน์ที่ไม่ตรงกับข้อเท็จจริง รวมไปถึงการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ที่องค์การสหประชาชาติ (United Nations: UN) ได้กำหนดจำนวน 17 เป้าหมาย (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2564) ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนไทยที่สถาบันการศึกษาต้องเป็นผู้ป้อนบุคลากรให้ไปบริหารงานสาธารณสุขในองค์กรต่าง ๆ ทั้งในและต่างประเทศ

การพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขมีความเกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาและการปรับปรุงหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคม และจุดเน้นการจัดการเรียนการสอนเพื่อป้อนผู้เรียนระดับบัณฑิตศึกษาเข้าไปในพื้นที่ต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อการทำงานได้อย่างถูกต้อง มีประสิทธิภาพ สร้างสรรค์ มีคุณธรรมจริยธรรมและเป็นแบบอย่างที่ดี อย่างไรก็ตาม การจัดการเรียนการสอนและรูปแบบการเรียนรู้ด้านการศึกษาก็ปัจจุบันเปิดกว้างขึ้นและไร้ขอบเขต ซึ่งเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางเทคโนโลยี (Disruption Technology) ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว การเรียนรู้มีลักษณะเป็นเชิงรุก ผ่านระบบออนไลน์และเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Technology) และสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ที่ผ่านมา ส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตของผู้คนในสังคมหลากหลายมิติ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง วิธีการเรียนรู้ที่พัฒนาไปอย่างก้าวกระโดดนี้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กระบวนการจัดการเรียนรู้ในสถาบันอุดมศึกษา (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) จำเป็นต้องปรับตัวและพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการของบัณฑิตยุค Gen Y และ Gen Z และการได้มาซึ่งผลลัพธ์การเรียนรู้ (Outcome Based Education) ของหลักสูตรนั้น ๆ ให้ได้มากที่สุด นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีต่างๆ ในการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษา เช่น การใช้เทคโนโลยีในการสืบค้น การใช้ข้อมูลเพื่อการศึกษา และการสื่อสารในรูปแบบออนไลน์ที่เกี่ยวข้องกับการบริหารงานสาธารณสุข ผ่าน Platform ต่าง ๆ

เนื่องจากหลักสูตรเป็นเครื่องมือที่ทำให้ความมุ่งหมายของการจัดการศึกษามีประสิทธิภาพ และเป็นเครื่องมือในการควบคุมมาตรฐานการศึกษา เป็นแนวทางสำหรับจัดกิจกรรมการเรียนการสอน สื่อการสอนแหล่งการเรียนรู้การวัดและการประเมินผล และเป็นเครื่องบ่งชี้ทิศทางการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีคุณภาพและสอดคล้องกับแนวโน้มการพัฒนาสังคมของประเทศ (Bureemas & Sunti Wong, 2004) การประกันคุณภาพการศึกษาจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญอย่างยิ่งที่จะต้องสอดคล้องกับความต้องการด้านวิชาการและวิชาชีพทันต่อการเปลี่ยนแปลงของสังคม เพื่อให้บัณฑิตมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ ทั้งนี้ทุกหลักสูตรที่สถาบันการศึกษาเปิดให้บริการต้องผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และมีการปรับปรุงทุก 5 ปี ตามคู่มือการประกันคุณภาพภายในของคณะกรรมการการอุดมศึกษา (สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2557)

ปรัชญาการศึกษาที่ผ่านมา ใช้แนวคิดการจัดการศึกษาตามแนวทางพัฒนาการนิยม (Progressivism) คือการพัฒนาผู้เรียนในทุกด้านให้พร้อมที่จะอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และปรับตัวได้ดีตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป โดยใช้กระบวนการจัดการเรียนรู้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาผู้เรียนโดยให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ และพัฒนาจากความต้องการของผู้เรียนผ่านกระบวนการแก้ปัญหาและค้นคว้าด้วยตนเอง (ทิศนา แหมมณี, 2556) ปัจจุบัน บริบทของสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การสื่อสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ ได้เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว การออกแบบหลักสูตรการศึกษาจะมีวิธีการกำหนดผลลัพธ์การเรียนรู้ของบัณฑิตอย่างไร ที่จะตอบสนองความต้องการและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้เรียนและผู้มีส่วนได้เสีย (Customer and Stakeholder Focus) และสอดคล้องกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษา หรือมาตรฐานระดับนานาชาติที่คณะกรรมการการอุดมศึกษารับรอง และในปี 2565 มีประกาศหลายฉบับที่เปลี่ยนแปลงเรื่องมาตรฐานคุณวุฒิการศึกษา ตามประกาศคณะกรรมการมาตรฐานอุดมศึกษา เรื่องเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา พ.ศ.2565 และประกาศคณะกรรมการมาตรฐานการอุดมศึกษา เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการแต่งตั้งหรือมอบหมายผู้ตรวจสอบและการตรวจสอบการดำเนินการจัดการศึกษาของสถาบันอุดมศึกษา พ.ศ.2565 มุ่งเน้นการพัฒนานักวิชาการและนักวิชาชีพ ที่มีความรู้ความสามารถระดับสูงในสาขาวิชาต่าง ๆ โดยกระบวนการวิจัย เพื่อให้สามารถบุกเบิกแสวงหา ความรู้ใหม่ได้อย่างมีอิสระ รวมทั้งมีความสามารถในการสร้างสรรค์โครงสร้างความก้าวหน้าทางวิชาการ เชื่อมโยงและบูรณาการศาสตร์ต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างต่อเนื่อง โดยมีความสัมพันธ์สอดคล้องกับ แผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษาของชาติ ปรัชญาอุดมศึกษา ปรัชญาของสถาบันอุดมศึกษา และมาตรฐานวิชาการและวิชาชีพที่เป็นสากล มีคุณธรรมและจรรยาบรรณทางวิชาการและวิชาชีพ

ที่ผ่านมา ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้ผลิตหลักสูตรวท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) โดยมีสาขาวิชาต่างๆ 3 สาขาวิชาเอก คือ สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุขการบริหารโรงพยาบาล และ บริหารกฎหมายการแพทย์และสาธารณสุข และในระดับปริญญาเอก สาขาวิชาบริหาร

สาธารณสุข (หลักสูตรนานาชาติ) มีการให้บริการวิชาการแก่องค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และเครือข่ายสาธารณสุขทั้งภายในประเทศ และนานาชาติ ผลงานที่ได้พัฒนาและให้บริการอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงในกฎกระทรวงและประกาศกระทรวงที่เกี่ยวข้องกับเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษาจำนวนอย่างน้อย 5 ฉบับ ที่มีความจำเป็นต้องปรับปรุงหลักสูตร เพื่อให้สอดคล้องกับกฎหมายที่เกิดขึ้น อีกทั้งการประกันคุณภาพตามเครือข่ายการประกันคุณภาพมหาวิทยาลัยอาเซียน (ASEAN University Network Quality Assurance: AUNQA) จึงจำเป็นต้องปรับปรุงหลักสูตรให้สอดคล้องกับความต้องการของสังคมไทยและสังคมโลกต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อหาแนวทางการพัฒนาหลักสูตรและปรับปรุงหลักสูตรบัณฑิตศึกษาสาขาวิชาบริหารสาธารณสุข

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ใช้วิธีการศึกษาแบบ เชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้เข้าร่วมวิจัยเลือกแบบเจาะจงมี 4 กลุ่ม ได้แก่ กรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชน นักบริหารการศึกษา ประธานหลักสูตร/นักวิชาการที่เกี่ยวข้องหลักสูตรบริหารสาธารณสุข ศิษย์เก่าในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับบริหารสาธารณสุข โดยเกณฑ์คัดเลือก เป็นผู้ที่เกี่ยวข้อง รอบรู้ มีประสบการณ์ในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับบริหารสาธารณสุขอย่างน้อย 4 ปี โดยคัดเลือกแบบเจาะจง และผู้ร่วมสัมภาษณ์สมัครใจยินดีตอบและให้สัมภาษณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบสัมภาษณ์มีโครงสร้าง 1 ชุด เกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาหลักสูตรตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ประเด็นคำถามหลักได้แก่ แนวทางการพัฒนาหลักสูตร สำหรับนักบริหารงานสาธารณสุขควรเน้นอะไรเป็นสำคัญ และมีปัจจัยอะไรที่สัมพันธ์กับการพัฒนาหลักสูตร สำหรับนักบริหารงานสาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยใช้แนวทางจากแนวคิดทฤษฎี และการทดสอบแบบสัมภาษณ์กับผู้เชี่ยวชาญทางการศึกษาเพื่อร่วมให้ความเห็น ตรวจสอบแก้ไข และปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้เทคนิคตรวจสอบข้อมูลโดยเทคนิคการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation Methods) คือ ข้อมูลวิจัยขั้นต้น ตรวจสอบโดยใช้ทฤษฎี เพื่อให้แบบสัมภาษณ์สื่อความหมายได้อย่างชัดเจน และได้ข้อมูลที่ตรง ในขั้นสุดท้าย การวิเคราะห์ใช้กระบวนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

นัดหมายผู้เข้าร่วมวิจัย ใช้การสัมภาษณ์ด้วยโปรแกรมออนไลน์ Cisco WebEx โทรศัพท์ และการตอบทางอีเมล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ถอดข้อความการสัมภาษณ์ บันทึกจัดหมวดหมู่ และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. MUPH2021-013

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการเรียนรู้ของผู้เรียนควรเป็นรูปแบบที่มีลักษณะตื่นตัว (Active Learning) ทักษะพื้นฐานที่ผู้สอนควรมีเพิ่มขึ้น ได้แก่ ทักษะการเป็นผู้ชี้แนะ (Coach) และผู้อำนวยความสะดวก (Facilitator) เพื่อสร้างโอกาส และสภาพแวดล้อม ทักษะการเข้าใจนักศึกษา ทำให้เกิดการไว้วางใจอาจารย์ และมีแรงบันดาลใจ ทักษะการเรียนรู้ร่วมกันกับเพื่อนอาจารย์ (PLC: Professional Learning Community) และการเรียนรู้โดยใช้การแก้ปัญหาหรือทำโครงการ (PBL: Problem / Project - Based Learning) ผลการวิเคราะห์ ข้อมูลจำแนกตามกลุ่มประเภทผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

1. แนวทางการพัฒนาหลักสูตรสำหรับนักบริหารงานสาธารณสุข

จากความคิดเห็นของนักศึกษา และผู้ทรงคุณวุฒิ พบว่ามีจุดเน้นที่สำคัญ ได้แก่

1.1 หลักสูตรสำหรับนักบริหารงานสาธารณสุขซึ่งผู้เรียนมาจากวิชาชีพที่หลากหลาย เช่น แพทย์ แพทย์แผนไทย พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักสุขศึกษา นักกายภาพบำบัด ฯลฯ ดังนั้น ศาสตร์การสอน ต้องสามารถสอนให้ผู้เรียนสามารถคิด วิเคราะห์ และเป็นผู้นำในวิชาชีพนั้น ๆ เนื่องจากการศึกษาในปัจจุบัน สามารถเรียนรู้มาได้หลายทาง ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยตนเอง (Self-directed Learning) การเรียนการสอน เป็นลักษณะ Learn More ชานชาลาใหม่หรือ Platform ของการเรียนรู้เป็นรูปแบบ Peer Review Learning ปัจจัยเร่งของการศึกษาคือเทคโนโลยีดิจิทัล

1.2 ต้องเน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ (Outcome/Result Based) ให้สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินในระดับสากลนานาชาติ โดยระดับมหาดบัณฑิตควรมุ่งให้มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการสร้างและประยุกต์ใช้ ความรู้ใหม่เพื่อการพัฒนาและสังคม ส่วนระดับดุขุภักบัณฑิตควรมุ่งให้มีความสามารถในการค้นคว้าวิจัยเพื่อ สร้างองค์ความรู้ใหม่หรือนวัตกรรม ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางาน สังคม ประเทศ และประชาคมโลก

1.3 หลักสูตรต้องสร้างผู้เรียนให้มีภาวะผู้นำในการขับเคลื่อนองค์กร มีความสามารถในการใช้ เทคโนโลยีและสารสนเทศในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

1.4 เน้นการสร้างเครือข่ายในประเทศและนานาชาติ

1.5 การเป็นหลักสูตรที่สอดคล้องกับบริบทการพัฒนาประเทศเพื่อให้ทันกับการแข่งขันกับสถาบันอื่น ๆ หรือประเทศอื่น

1.6 ระบบความคิด มุมมอง การบริหารงานด้วยฐานวิชาการ เพราะขณะนี้งานต้องเน้นวิชาการ หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Public Health) และอีกส่วนหนึ่งคือ การบริหารการเปลี่ยนแปลง (Change Management)

1.7 ต้องเป็นหลักสูตรที่สร้างนักบริหารสาธารณสุขที่สอดคล้องกับศตวรรษที่ 21 ต้องมีทั้ง Hard Skill และ Soft Skill Literacy การใช้คอมพิวเตอร์ วิเคราะห์สถิติ ระบาดวิทยา ระเบียบวิธีการวิจัย การจัดการ ข้อมูลที่เป็นทุติยภูมิ (Secondary Data) ได้ ต้องมีความรู้ความเข้าใจระบบบริการสุขภาพ (Health Service System)

1.8 การสำเร็จหลักสูตร ผู้เรียนต้องมีผลลัพธ์การเรียนรู้เป็นไปตามมาตรฐานคุณวุฒิระดับ บัณฑิตศึกษาของแต่ละระดับคุณวุฒิ ในมาตรฐานหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา ต้องมีระยะเวลาการเรียนรู้ พอสมควร

1.9 ผลที่เกิดขึ้นกับผู้เรียนผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่ได้นั้นควรต้องมี ด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านจริยธรรม และด้านลักษณะบุคคล และเมื่อสำเร็จการศึกษาหลักสูตรนี้แล้ว ตัวผู้บริหารหลักสูตรจะได้วัดผล ระดับบัณฑิตศึกษา ซึ่งอาจจำแนกเป็นระดับมหาดบัณฑิตและดุขุภักบัณฑิต ดังนี้

ก. ด้านความรู้ ในระดับมหาดบัณฑิต ผลลัพธ์การเรียนรู้ต้องมีความรู้เชิงลึก และบูรณาการ นำความรู้ไปสร้างสิ่งใหม่ ระดับดุขุภักบัณฑิต ผลลัพธ์การเรียนรู้ต้องมีความรู้ในระดับที่ลึกซึ่งครอบคลุมหลากหลาย ในศาสตร์มุกกว้างและซับซ้อน

ข. ด้านทักษะ ในระดับมหาดบัณฑิต ผลลัพธ์การเรียนรู้ต้องสามารถปฏิบัติได้อย่างชำนาญ ระดับ
ดุขภูษัณษิต ผลลัพธ์การเรียนรู้ต้องสามารถปฏิบัติได้อย่างเชี่ยวชาญ

ค. ด้านจริยธรรม ในระดับมหาดบัณฑิต ผลลัพธ์การเรียนรู้ต้องมีจริยธรรมและแสดงออก ระดับ
ดุขภูษัณษิต ผลลัพธ์การเรียนรู้ต้องเป็นผู้นำและเป็นตัวอย่างด้านจริยธรรม

ง. ด้านลักษณะบุคคล ในระดับมหาดบัณฑิตผลลัพธ์การเรียนรู้ต้องมีลักษณะบุคคลที่โดดเด่น
ระดับดุขภูษัณษิต ผลลัพธ์การเรียนรู้ต้องมีลักษณะบุคคลที่เป็นผู้นำและเป็นตัวอย่าง

จากความคิดเห็นของตัวแทนกรรมการสภาวิชาชีพฯ และผู้แทนผู้ใช้บัณฑิต

1. การปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาตรฐานที่เกี่ยวกับวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการงานสาธารณสุขซึ่งประกอบด้วย
มาตรฐานทั้งหมด 4 มาตรฐาน คือ 1) มาตรฐานด้านความรู้ 2) มาตรฐานด้านการปฏิบัติ 3) มาตรฐานด้านทักษะ
และ 4) มาตรฐานด้านจริยธรรม ซึ่งเป็นกรอบสำคัญที่ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพสามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่
เกี่ยวข้องกับวิชาชีพได้เป็นแนวเดียวกัน และใช้ในการควบคุม กำกับและดูแล ผู้ประกอบวิชาชีพให้ปฏิบัติงานได้
อย่างมีมาตรฐานด้วยเช่นกัน เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลและได้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขที่มี
คุณภาพได้มาตรฐาน ผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถ
ทักษะ

2. เป็นหลักสูตรที่มีกระบวนการพัฒนาและสร้างนักบริหารที่มีคุณธรรม จริยธรรม ที่ดีงามอย่างแท้จริง
และมีศีลธรรมทางการบริหารที่ยั่งยืน

3. การตอบสนองความต้องการขององค์กรทางสุขภาพทุกระดับอันจะเกิดประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน
ในการบริหารจัดการทางสุขภาพและสาธารณสุข เพื่อให้บริการและดูแลสุขภาพอนามัยของประชาชน ที่
สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพและมาตรฐานการอุดมศึกษาแห่งชาติ

4. ควรมีการฝึกงานหรือการฝึกภาคสนามที่ใช้เวลาฝึกในภาคการศึกษา หรือการทำโครงการหรือ
กิจกรรมการเรียนรู้อื่นใดเพื่อให้เกิดทักษะจนสามารถไปใช้ในการทำงานได้

5. การพัฒนาหลักสูตรควรมุ่งเน้นที่การพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนในด้านการบริหารองค์การ การ
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพโดยใช้กระบวนการเสริมพลัง
(Empowerment) กับภาคส่วนต่าง ๆ ในการจัดการสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและคุณภาพ เพื่อตอบสนองความ
ต้องการของผู้เรียน

ตัวแทนศิษย์เก่าในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารสาธารณสุข

1. สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพและเป็นตัวอย่างที่ดี (Role Model) แก่
คนทั่วไป

2. มีวิสัยทัศน์มองการทำงานเชิงรุก ตื่นตัว (active) หมั่นพัฒนาตนเอง มีหลักสูตรที่เป็นลักษณะ
Reskill Upskill คนที่สนใจสาขานี้มาพัฒนาดตนเองฝึกอบรมเรียนเพิ่มเติม ใช้เทคโนโลยีหรือนวัตกรรมมาให้ผู้เรียน
ได้เรียนรู้ การเรียนรู้ต้องไม่ได้หยุดอยู่เพียงภายในมหาวิทยาลัยแต่จะดำเนินไปตลอดชีวิต

3. เมื่อสำเร็จการศึกษาหลักสูตรนี้แล้ว สามารถพัฒนาดตนเองต่อไป หลังจากสำเร็จการศึกษาในระดับ
บัณฑิตศึกษาแล้ว และสามารถมีเครือข่ายในประเทศและนานาชาติ

2. มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพัฒนาหลักสูตร สำหรับนักบริหารงานสาธารณสุข

ผลจากการสัมภาษณ์ พบว่ามีปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่

2.1 ผู้สอน คุณสมบัติและความคาดหวังของมหาวิทยาลัยต่อผู้สอนมีสูง จากคำตอบของนักวิชาการ
และนักบริหารหลักสูตรที่ว่า “ทางหลักสูตรจะเอาใครมาเป็นครู มหาวิทยาลัยสร้างความคาดหวังกับครูไว้สูง” ซึ่ง
ชี้ให้เห็นว่า ผู้สอนต้องมีคุณสมบัติความเป็นครู มีความสำนึกในหน้าที่และการทำงานต่างๆ รวมไปถึงความรับผิดชอบ
ต่อสังคมและประเทศชาติ มีความคิดริเริ่ม วิจารณ์และตัดสินใจอย่างมีเหตุผล และมีสุขภาพดีทั้งทางกายและจิตใจ
สามารถพึ่งพาตนเองและมีอุดมคติเป็นที่พึ่ง

2.2 ปัจจัยการจัดการเรียนการสอนตามสภาพแท้จริง (Authentic Learning) ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญโดยใช้กระบวนการวิจัย มีประสบการณ์เพื่อให้สร้างการเรียนรู้ไปสู่สภาพแท้จริง ซึ่งเข้าใจวิถีชีวิต เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียนได้มีความเข้าใจชีวิตคนอื่นซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญในการเรียนรู้สุขภาพ พฤติกรรมของคนเพื่อการแก้ปัญหา กิจกรรมการเรียนจึงต้องสร้างสภาพแวดล้อมให้ผู้เรียนมีโอกาสสัมผัส เก็บข้อมูล คิดทบทวน ไตร่ตรอง สามารถคิดวิเคราะห์ จำแนก ให้เหตุผล จับประเด็นเชื่อมโยงความสัมพันธ์ ตัดสินใจและแก้ปัญหาต่างๆ ได้ จากข้อมูลที่ได้รับ

2.3 ปัจจัยการเชื่อมต่อกับเครือข่ายพื้นที่การเรียนรู้ ถ้าหลักสูตรมีพื้นที่ให้ผู้เรียนรู้ หลักสูตรที่เป็น Authentic หลักสูตรต้องมีพื้นที่ พื้นที่ที่ต้องทำงานเป็นเครือข่าย ต้องสัมพันธ์กับผู้บริหารระดับจังหวัด เช่น สาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ เป็นต้น

2.4 ปัจจัยเทคโนโลยี การเปลี่ยนแปลงในโลกปัจจุบันและโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน ทันยุคการใช้แอปพลิเคชัน นำเครื่องมือเทคโนโลยีมาใช้ในการเรียนการสอน เช่น Course Online Blended Learning เครื่องมือ ทางออนไลน์ ผู้เรียนต้องมีทักษะ สามารถเข้าถึงได้ เช่น การจัด Webinar เป็นต้น

2.5 ปัจจัยเครือข่ายต่างประเทศ มองระดับการบริหารเชื่อมต่อสากลโลก แบบโมเดลการจัดการต่างประเทศ ซึ่งการจัดการการศึกษาต้องตามทัน

2.6 ปัจจัยการบริหารงานด้วยการประยุกต์ทฤษฎีสมัยใหม่เพื่อการบริหาร ทักษะการเจรจา การจัดการเชิงเครือข่าย การก้าวข้ามขีดจำกัดเดิม ๆ เช่น มีศักยภาพในการแก้ปัญหาและสร้างโอกาสใหม่ๆ ซึ่งแตกต่างจากเดิมที่ไม่เคยทำมาก่อน เพื่อการพัฒนางาน

2.7 ปัจจัยด้านเวลา หลักสูตรควรจัดสรรโปรแกรมของหลักสูตร ที่เอื้อต่อผู้เรียน ให้สามารถเรียนได้ทุกที่ ทุกเวลา ตามแนวคิดการศึกษาตลอดชีวิต เช่น ช่วงเวลาการเรียน หรือระยะเวลาการเรียน หรือมองในประเด็นการเรียนเพื่อต่อยอดความรู้เพื่อเก็บไว้ใช้ในการเรียนระดับที่สูงขึ้น หรือการใช้ประสบการณ์เดิมในการทำงานมาต่อยอดเพื่อลดเวลาการเรียนลง

อภิปรายผล

จากการประมวลภาพรวม หลักสูตรจะต้องทำให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงใหม่ๆ มีภาวะผู้นำ ทันกับเทคโนโลยีที่เปลี่ยนไป หลักสูตรปัจจุบันควรอยู่บนหลักการพื้นฐานของการมุ่งเน้นผลลัพธ์ (Outcome-Based Education: OBE) กล่าวคือ 1) มีความชัดเจนของการเน้น (Clarity of Focus) การมีผลเฉพาะช่วยให้เข้าใจถึงจุดประสงค์ที่ชัดเจนสำหรับทุกสิ่งที่คุณสอนและผู้เรียนทำ 2) การออกแบบลง ส่งมอบขึ้น (Design Down, Deliver Up) เมื่อวางแผนหลักสูตร นักการศึกษาต้องเริ่มต้นด้วยผลลัพธ์และทำงานย้อนหลัง เมื่อวางแผนการสอน ผู้สอนจะสอนสิ่งที่ผู้เรียนต้องเรียนรู้เพื่อแสดงให้เห็นผลลัพธ์ 3) มีความคาดหวังสูง (High Expectations) การศึกษาที่เน้นวัตถุประสงค์ (OBE) สันนิษฐานว่า ผู้เรียนทุกคนสามารถเรียนรู้ได้ดี แม้ว่าจะไม่เหมือนกันและไม่จำเป็นต้องเข้าใจเหมือนกันในวันเดียวกัน และ 4) ขยายโอกาส (Expanded Opportunities) ผู้เรียนต้องได้รับโอกาสแสดงออกซึ่งการเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ และต้องมีโอกาสมากมายที่จะแสดงผลลัพธ์ ไม่ใช่แค่ครั้งเดียว กฎกระทรวงมาตรฐานหลักสูตรการศึกษาระดับอุดมศึกษา พ.ศ.2565 “มาตรฐานหลักสูตรการศึกษาระดับอุดมศึกษา” เป็นข้อกำหนดขั้นต่ำของหลักสูตรการศึกษา คุณลักษณะ คุณภาพ และเกณฑ์อื่นเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการส่งเสริม การกำกับดูแล การตรวจสอบ ติดตามและประเมินผล และการประกันคุณภาพการศึกษาระดับอุดมศึกษา นั้นหมายความว่า หลักสูตรควรมีเนื้อหาและการดำเนินการที่สูงกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้

ส่วน “ผลลัพธ์การเรียนรู้” ซึ่งจากการสัมภาษณ์ ผลลัพธ์การเรียนรู้ของหลักสูตรควรสร้างผู้นำการบริหารงานสาธารณสุขให้ไปถึงเป้าหมายทางสุขภาพของประชาชน และได้ตามมาตรฐานสากลระดับโลกด้วย

สำหรับนักบริหารงานสาธารณสุข ซึ่งมาจากวิชาชีพที่หลากหลาย ดังนั้น ศาสตร์การสอนต้องสามารถสอนให้ผู้เรียนสามารถคิดวิเคราะห์และเป็นผู้นำในวิชาชีพนั้นๆ เน้นผลลัพธ์การเรียนรู้ต้องสอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินในระดับสากล สามารถไปทำงานได้ทุกที่ หลักสูตรต้องสร้างผู้เรียนให้มีภาวะผู้นำในการขับเคลื่อน

องค์การ มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีและสารสนเทศในการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ผลที่เกิดขึ้นแก่ผู้เรียนผ่านกระบวนการเรียนรู้ที่ได้นั้นควรต้องมี ด้านความรู้ ด้านทักษะ ด้านจริยธรรม และด้านลักษณะบุคคลที่โดดเด่นเป็นผู้นำและเป็นตัวอย่างแก่ผู้อื่นได้ การปฏิบัติที่ถูกต้องตามมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพต่างๆ เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลและได้รับบริการที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน ผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องมีความรู้ ความสามารถ ทักษะ ควรมีการฝึกงานหรือการฝึกภาคสนามที่ใช้เวลาฝึกในภาคการศึกษา หรือการทำโครงการหรือกิจกรรมการเรียนรู้อื่นใดเพื่อให้เกิดทักษะจนสามารถนำไปใช้ในการทำงานได้ และเมื่อสำเร็จการศึกษาหลักสูตรนี้แล้ว สามารถพัฒนาตนเองต่อไปหลังจากจบในระดับบัณฑิตศึกษาแล้ว และสามารถสร้างหรือมีเครือข่ายในประเทศและนานาชาติ

จากการทบทวนทักษะที่จำเป็นสำหรับนักบริหารงานสาธารณสุขสำหรับทักษะแห่งศตวรรษที่ 21 ที่ควรได้กำหนดไว้ในหลักสูตรมีอยู่ 5 ด้านคือ 1) ทักษะแนวคิดที่สำคัญในศตวรรษที่ 21 มี 5 ประการ ซึ่งประกอบด้วย จิตสำนึกต่อโลก ความรู้พื้นฐานด้านการเงินเศรษฐกิจธุรกิจ การเป็นผู้ประกอบการ ความรู้พื้นฐานด้านพลเมือง ความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพ และความรู้พื้นฐานด้านสิ่งแวดล้อม 2) ทักษะการเรียนรู้และนวัตกรรมมี 3 ประการ ซึ่งประกอบด้วย ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรม การคิดเชิงวิพากษ์ และการแก้ไขปัญหาตลอดจนสื่อสารร่วมมือทำงาน 3) ทักษะด้านสารสนเทศ สื่อ และเทคโนโลยีมี 3 ปัจจัยคือ ความรู้พื้นฐานด้านสารสนเทศ ความรู้พื้นฐานด้านสื่อ และความรู้พื้นฐานด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (ICT) 4) ทักษะแห่งชีวิตและการทำงานมี 5 ปัจจัย ประกอบด้วยความยืดหยุ่นและความสามารถในการปรับตัวความคิดริเริ่มและการชี้นำตนเอง ทักษะทางสังคม และการเรียนรู้ข้ามวัฒนธรรม การเพิ่มผลผลิตและความรู้รับผิดชอบและความเป็นผู้นำและความรับผิดชอบ 5) ทักษะระบบสนับสนุนการศึกษาของศตวรรษที่ 21 มีปัจจัยอยู่ 4 ประการ ประกอบด้วยมาตรฐานและการประเมิน หลักสูตรการสอนของศตวรรษที่ 21 การพัฒนาของวิชาชีพในศตวรรษที่ 21 และสภาพแวดล้อมของการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21 (Muanphan, 2016)

ผลจากการศึกษาวิจัย พบว่า การพัฒนาหลักสูตรควรมุ่งเน้นที่การพัฒนาศักยภาพของผู้เรียนในด้านการบริหารองค์กรทางสุขภาพทุกระดับซึ่งให้ประโยชน์สูงสุดต่อประชาชน เน้นทักษะความเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพ โดยการประยุกต์ความรู้ เทคนิค และการบริหารจัดการงานต่าง ๆ เน้นการสร้างเครือข่ายในประเทศและนานาชาติ มีการคิดเชิงระบบ (Systematic Thinking) และคิดเชิงนวัตกรรม สามารถออกแบบได้ (Design Thinking) อย่างไรก็ดี I Roy Killen (2000) เห็นว่า ควรเริ่มต้นด้วยภาพที่ชัดเจนของผลลัพธ์ของผู้เรียน จากนั้นจึงจัดหลักสูตร การสอน และการประเมินเพื่อให้แน่ใจว่าการเรียนรู้จะเกิดขึ้นในที่สุด ที่สำคัญไม่ว่าจะใช้วิธีการสอนใด จำเป็นต้องคำนึงถึงคือ จุดเน้นหลักของผู้สอนควรอยู่ที่การเรียนรู้มากกว่าการสอน ผู้เรียนไม่สามารถเรียนรู้ได้ หากพวกเขาไม่คิด การคิดมาจากกระบวนการที่ผู้สอนใช้ เพื่อให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมกับเนื้อหาอื่น และแต่ละวิชาจะไม่อยู่ลำพัง มีความจำเป็นที่ผู้สอนต้องสร้าง LINKS ไปยังวิชาอื่น ผู้สอนมีหน้าที่รับผิดชอบในการช่วยให้ผู้เรียนได้เรียนรู้ “วิธีการเรียนรู้”

ลักษณะของหลักสูตรบริหารสาธารณสุขหรือจัดการสุขภาพที่จะส่งเสริมคุณสมบัติของผู้เรียน (Herzlinger & Regina, 2013) ได้แก่

1. มีนวัตกรรมมากพอที่จะมองเห็นและคว้าโอกาสใหม่ๆ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ปรับปรุงการดูแล และเพิ่มศักยภาพทางการเงิน
2. มีความรู้เพียงพอที่จะเข้าใจวิทยาศาสตร์ การแพทย์ เทคโนโลยีสารสนเทศ และเศรษฐศาสตร์ พฤติกรรมของบุคคลและกลุ่ม นโยบายสาธารณะ และการเงิน
3. รวบรวมข้อมูลเชิงลึกมากพอและแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุดจากเพื่อนร่วมงานในสาขาและประเทศอื่น ๆ
4. ตระหนักในตนเองมากพอที่จะรู้ว่า “ต้องการอะไร” “เมื่อใด”
5. มีจริยธรรมมากพอที่จะเข้าใจว่าการแก้ปัญหาของการดูแลสุขภาพ ต้องไม่เพียงแค่บรรลุศักยภาพทางเศรษฐกิจเท่านั้น แต่จะต้องยึดมั่นในคุณค่าทางจริยธรรมที่สูง ซึ่งเป็นศูนย์กลางของการดูแลสุขภาพด้วย

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายเหล่านี้ ผู้ร่วมประชุมเห็นพ้องต้องกันว่าหลักสูตรควรมีเนื้อหาและการพัฒนาทักษะ (Herzlinger & Regina, 2012) ดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมและการเป็นผู้ประกอบการ รวมถึงทักษะในการสร้างต้นแบบ การทดลอง การประเมิน และแก้ไขเพื่อค้นหาวิธีแก้ปัญหาที่ใช้งานได้จริงและมีราคาจับต้องได้
2. ความสามารถในการจัดการความรู้ของกำลังคนเพื่อส่งผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพให้เข้ากับรูปแบบธุรกิจใหม่ ๆ รวมถึงโครงสร้างของภาคส่วนต่าง ๆ การเงิน เทคโนโลยี นโยบายสาธารณะ และผู้บริโภค และหน้าที่ความรับผิดชอบ
3. ความรู้เชิงปริมาณในด้านต่าง ๆ เช่น การบัญชี การสร้างแบบจำลองทางการเงิน และการทำเหมืองข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลขนาดใหญ่
4. สิ่งอำนวยความสะดวกในการสื่อสารและการทำงานร่วมกันระหว่างสถาบัน
5. ความเข้าใจเชิงปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมผู้บริโภค
6. ทักษะในการจัดการการเปลี่ยนแปลง

สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพัฒนาหลักสูตร สำหรับนักบริหารงานสาธารณสุข ได้แก่ ผู้สอน ปัจจัยการจัดการเรียนการสอนตามสภาพจริง ซึ่งทำให้นักบริหารงานสาธารณสุขเข้าใจวิถีชีวิตตนเองและผู้อื่น ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้ผู้เรียนมีโอกาสสัมผัส เก็บข้อมูล คิดทบทวน และการเชื่อมต่อกับเครือข่ายให้พื้นที่การเรียนรู้ ปัจจัยเทคโนโลยี การเรียนรู้ได้ทุกที่ ทุกเวลา ตามแนวคิดการศึกษาตลอดชีวิต และการเรียนข้ามศาสตร์

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาจะนำไปใช้ในการปรับปรุงหลักสูตร วท.ม. สาขาวิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และเป็นแนวทางสำหรับการปรับปรุงหรือพัฒนาหลักสูตรที่คล้ายกันของสถาบันอื่น ๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เสนอให้มีการศึกษาและประเมินรูปแบบการจัดการศึกษาและวิธีการสอน (Pedagogy) ที่เหมาะสมและการประเมินผลการจัดการเรียนรู้ในสาขาบริหารสาธารณสุข

References

- ทิศนา ขัมมณี. (2556). *ศาสตร์การสอน*. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *ประกาศมหาวิทยาลัย COVID-19*. (ประกาศ ณ วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2563). สืบค้นเมื่อ 13 ตุลาคม 2565 จาก <https://op.mahidol.ac.th/ea/covid19-tools/>
- มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563.) *ประกาศเรื่อง แนวปฏิบัติในการจัดการเรียนการสอนเพื่อรองรับสถานการณ์ COVID-19 ในกรณีที่ไม่สามารถมาจัดกิจกรรมการเรียนการสอนในมหาวิทยาลัยได้ พ.ศ. 2563* (ประกาศ ณ วันที่ 6 มีนาคม พ.ศ. 2563). สืบค้นเมื่อ 23 มิถุนายน 2565 จาก <https://op.mahidol.ac.th/ea/covid19-tools/>
- สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา. (2557). *คู่มือการประกันคุณภาพภายใน ระดับอุดมศึกษาฉบับปีการศึกษา 2557*. สืบค้นเมื่อ 23 มิถุนายน 2565 จาก <http://www.mua.go.th/users/bhes/DATA%20BHE52558/upload%20file%20IQA/iqa%20>
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2564). *รายงานความก้าวหน้าเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2563*. สืบค้นเมื่อ 23 มิถุนายน 2565 จาก https://sdgs.nesdc.go.th/wp-content/uploads/2021/11/Thailands-SDGs-report-2016-2020-book_for-web-1.pdf

- Bureemas, J. & Suntiwong, C. (2004). The Evaluation of Bachelor of Public Health Program Year 2010 of Faculty of Public Health. *Nakhon Ratchasima Rajabhat University Kasetsart J*, 25(Soc. Sci), 150-165.
- Herzlinger, & Regina E. (2012). *White Paper " 21st Century Health Care Management Education: Confronting Challenges for Innovation with a Modern Curriculum," a conference held October 4-5, 2012 at the Harvard Business School*. Boston: Harvard Business Press.
- Herzlinger, & Regina E. (2013). 21st – Century Health Care Management Education: Confronting Challenges for Innovation with a Modern Curriculum. *Health Management Policy and Innovation*, 1(2), 38-44.
- IRoy Killen. (2000). *Principle and Possibilities*. Faculty of Education, University of Newcastle, Australia. Retrieved June 23, 2022 from https://academic.payap.ac.th/wp/wp-content/uploads/1.-2-Killen_paper_good-kena-baca1.pdf
- Muanphan, P. (2016). *Go Ahead and Reform the Course 2016 The First Wave of Policy Reduce Study Time Increase Time to Know*. Retrieved June 23, 2022 from <http://www.ksp.or.th/ksp2013/content/view.php?mid=99&did=923>

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เข็ม 3
ของประชาชนในเขตพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำลอง
อำเภอนาหว้า จังหวัดสงขลา

Factors Affecting COVID-19 Vaccine Third Dose the People
in Area of Lumlong District, Na Thawi District, Songkhla Province

กัญดา เจ๊ะมามะ^{*1} นุรหยาตี วาหนี¹, กิตติพร เนาว์สุวรรณ², นภชา สิงห์วีระธรรม³
Kanda Jehmama^{*1} Nurhayatee Wani¹, Kittiporn Nawsuwan², Noppcha Singweratham³

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำลอง อำเภอนาหว้า จังหวัดสงขลา^{*1}
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข²
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่³

Lumlong District Health Promotion Hospital, Na Thawi District, Songkhla Province ^{*1}
Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing Prabromarajchanok Institute, Ministry of
Public Health², Faculty of Public Health, Chaing Mai University³

(Received: September 23, 2022; Revised: December 29, 2022; Accepted: December 31, 2022)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เข็ม 3 ของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ลำลอง อำเภอนาหว้า จังหวัดสงขลา จำนวน 186 คน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัยที่ใช้วิจัยคือแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน และความเชื่อเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่าง .67 – 1.00 และค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .74 และ .70 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก ผลการวิจัยพบว่า

ประชาชนที่มีอาชีพอื่น ๆ ($OR_{adj}=9.27$, 95%CI: 4.02-21.41) มีระดับการศึกษาชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป ($OR_{adj}=6.70$, 95%CI: 2.80-16.02) และมีความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ระดับต่ำ ($OR_{adj}=6.65$, 95%CI: 2.93-15.06) เมื่อเทียบกับประชากรที่มีความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ระดับสูง แต่ผลการศึกษาพบว่า เพศ การมีโรคประจำตัว โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนไม่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็ม 3

ดังนั้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำลอง ควรให้ความรู้เชิงรุกในประชาชน กลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา และกลุ่มที่มีความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนที่ไม่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดการตัดสินใจยอมรับฉีดวัคซีน

คำสำคัญ: การตัดสินใจฉีดวัคซีน, โรคโควิด-19, วัคซีนเข็ม 3, การป้องกันโรคด้วยวัคซีนโควิด-19

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: : lumlong625@gmail.com เบอร์โทร 0952606920)

Abstract

This cross-sectional analysis study aimed to determine factors affecting decision making for receiving the third dose of COVID-19 vaccine of people in the responsible area of Lumlong sub-district health promoting hospital, Na Thawi district, Songkhla province. Samples were 186 people recruited by stratified random sampling. Research instruments included demographic records and a set of questionnaires related to perceived benefits of COVID-19 vaccine and beliefs about COVID-19. Item-Objective Congruence Index (IOC) of questionnaires ranged from .67 to 1.00 and Cronbach's alpha reliability coefficient of questionnaires shown as .74 and .70 respectively were revealed. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic multiple regression.

People with other occupations (ORadj =9.27, 95%CI: 4.02-21.41) had the education level as secondary school and higher (ORadj =6.70, 95%CI: 2.80-16.02) and had low belief level about COVID - 19 vaccine (ORadj =6.65, 95%CI: 2.93-15.06) comparing to the people who had high belief level about COVID-19 vaccine. The factors relating to gender, congenital diseases, risk opportunity and perceived benefits of COVID-19 vaccine had no significant relationship with decision making for receiving the third dose of COVID-19 vaccine.

Therefore, Lumlong sub-district health promoting hospital should provide proactive knowledge for people focusing on a group of people with lower secondary school level and with incorrect beliefs about the vaccine to make a decision for accepting receiving vaccinations.

Keywords: Vaccination Decision Making, COVID-19, Third Dose of COVID-19 Vaccine, Prophylaxis with the COVID-19 Vaccine

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเกิดจากเชื้อโคโรนาชนิดใหม่ ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจำนวนมาก (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 (WHO, 2020) และประเทศไทยประกาศราชกิจจานุเบกษา ให้โรคดังกล่าวเป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 การระบาดของโรคโควิด-19 ได้ส่งผลกระทบในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ประเทศไทยมีการใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรคหลายมาตรการควบคู่กัน เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 ความเพียงพอของวัสดุอุปกรณ์ และค่าตอบแทนในการปฏิบัติงาน ความชัดเจนของนโยบายและการสื่อสาร ความชัดเจนของระบบการจัดการ ความรอบรู้ของผู้นำ และบทบาทของผู้นำกับความร่วมมือกับชุมชน (พัชรินทร์ เงินทอง, นันทพร แสนศิริพันธ์, นริศรา ไคร์ศรี, 2565) แต่ประชาชนก็ยังขาดความมั่นใจในเชิงรูปธรรม วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จึงเป็นความหวังสำคัญที่จะสามารถยับยั้งและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคดังกล่าวได้ จึงส่งผลให้มีการผลิตวัคซีนเพื่อฉีดป้องกันโรคและลดความรุนแรงของโรคโดยได้ดำเนินการส่งเสริมให้ประชาชนได้รับการฉีดวัคซีนให้ครอบคลุมโดยเฉพาะประชากรกลุ่มเสี่ยง (กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ และคณะ, 2563)

การดำเนินงานพบว่า การฉีดวัคซีนยังไม่มี ความครอบคลุมและมีอัตราการฉีดที่น้อย เนื่องจากโรคดังกล่าวเป็นโรคอุบัติใหม่ จึงทำให้บุคคลเกิดความลังเล สงสัย ไม่มั่นใจเกี่ยวกับความรุนแรงของโรค โอกาสและแนวโน้มของการติดเชื้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค โดยพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความต้องการในการรับวัคซีน คือ ปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ เชื้อชาติ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว

ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของตนเองและสมาชิกในครอบครัว ประสบการรับวัคซีนใช้หัวใจใหญ่ ปัจจัยสำคัญอีกหนึ่งประเด็นที่ทำให้คนเกิดความลังเลใจในการฉีดวัคซีนคือ ทศนคติและความเชื่อต่อวัคซีนต้านโรคโควิด-19 เนื่องจากวัคซีนถูกผลิตอย่างเร่งด่วนเพื่อแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของโรค ส่งผลให้บุคคลเกิดความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยของวัคซีน การได้รับผลข้างเคียงภายหลังจากการฉีดวัคซีน ประสิทธิภาพของการป้องกันการติดเชื้อระยะเวลาที่ร่างกายเกิดภูมิคุ้มกันภายหลังฉีดวัคซีน (พิรวัฒน์ ตระกูลวิสุท, 2564)

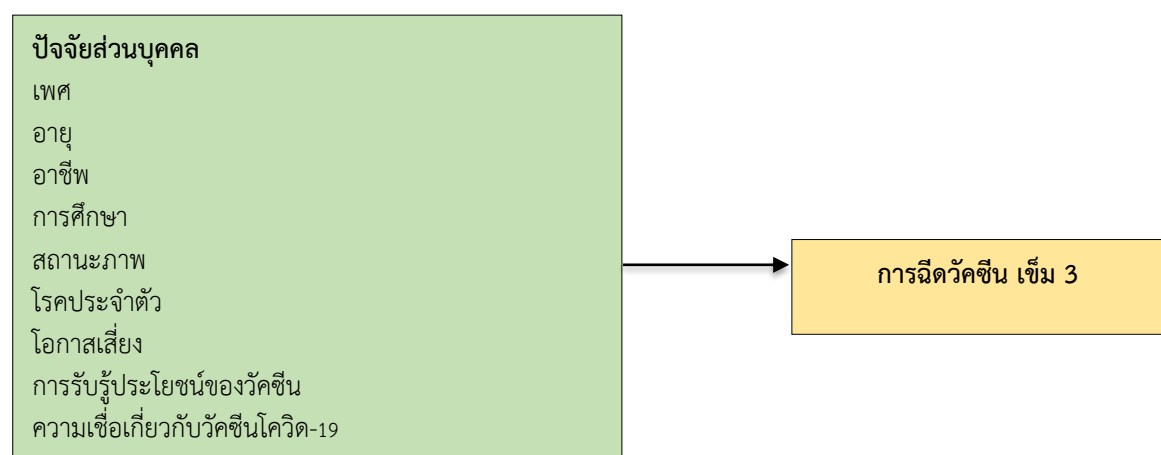
ประเทศไทยมีแผนการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ให้กับประชากรทุกคนที่อาศัยในประเทศไทย (ทั้งคนไทยและต่างชาติ) อย่างทั่วถึง โดยตั้งเป้าหมายครอบคลุมร้อยละ 70 ของประชากร ภายในปี พ.ศ.2564 แต่ในช่วงที่มีจำนวนวัคซีนจำกัด อาจกำหนดให้วัคซีนในบุคคลกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อหรือมีภาวะที่จะเป็นโรครุนแรงก่อน ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขด่านหน้าทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไตวายเรื้อรังระยะ 5 โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคเมรัยทุกชนิดที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยเคมีบำบัด รังสีบำบัด และภูมิคุ้มกันบำบัด ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยจิตเวช ออทิสติก ผู้ที่ดูแลตัวเองไม่ได้รวมถึงผู้ดูแล ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคโควิด-19 เช่น อสม./อสต. ทหาร ตำรวจ จะต้องคัดกรองผู้ที่เข้ามาจากต่างประเทศและในพื้นที่ที่มีการระบาดและประชาชนที่อยู่ในพื้นที่ที่กำลังมีการระบาด (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรมสรุปได้ว่า กรมควบคุมโรค ได้ให้ความสำคัญกับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 เพื่อให้ภูมิคุ้มกันในการป้องกันโรคอย่างต่อเนื่อง และลดความรุนแรงหรือโอกาสเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง (กรมควบคุมโรค สาธารณสุข, 2564) ประกอบกับสถานการณ์การฉีดวัคซีนโควิด-19 ของประชาชนในเขตรับผิดชอบรพ.สต.ลำลอง อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา พบว่าตั้งแต่เริ่มมีการฉีดวัคซีนเดือนมกราคม 2565 จนถึงเดือนมีนาคม 2565 ประชาชนได้รับวัคซีนเข็ม 3 เพียงร้อยละ 11.52 (ระบบ MOPH Immunization กระทรวงสาธารณสุข) จากเป้าหมายร้อยละ 70 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด แสดงให้เห็นว่ายังคงมีหลาย ๆ สาเหตุที่ทำให้ประชาชนไม่ได้รับวัคซีนตามเป้าหมาย ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็ม 3 ของประชาชนในเขตรับผิดชอบรพ.สต.ลำลอง อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา อันจะเกิดประโยชน์ต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการรณรงค์การฉีดวัคซีนและจัดกิจกรรมเชิงรุกเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของประชาชนและบริบทพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็ม 3 ของประชาชนในเขตรับผิดชอบรพ.สต.ลำลอง อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytic Cross-Sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยในเขตรับผิดชอบรพ.สต.ลำลอง อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา จำนวนทั้งสิ้น 2,185 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ วัคซีนโควิด-19 อย่างน้อย 1 เข็ม สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้ที่ไม่ยินยอมฉีดวัคซีนโควิด-19 ทั้งนี้ อาสาสมัครที่ขอถอนตัวการเข้าร่วมโครงการวิจัยในทุกระยะ โดยที่ไม่ต้องชี้แจงเหตุผลการถอนตัวจากงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป อาศัยในเขตรับผิดชอบรพ.สต.ลำลอง อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา จำนวน 186 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike (1978) โดย $n = 10k + 50$ จากตัวแปรอิสระ 10 ตัวแปร (รวมตัวแปรความเสี่ยง) มีข้อมูลไม่สมบูรณ์ 2 คน คงเหลือกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 184 คน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิแบ่งตามจำนวนหมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.ลำลอง อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา ได้แก่ ลำลอง คลองทุเรียน และคลองพน จากนั้นจึงสุ่มอย่างง่ายจากประชากรในแต่ละหมู่บ้านดังตาราง

ตาราง 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

หมู่บ้าน	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
ลำลอง	1,306	110
คลองทุเรียน	483	41
คลองพน	396	33
รวม	2,185	184

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพการศึกษา สถานะภาพ การมีโรคประจำตัว โอกาสเสี่ยง รวม 7 ข้อ โดยลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนจำนวน 13 ข้อ และแบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับ วัคซีนโควิด-19 จำนวน 8 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองถามเกี่ยวกับประโยชน์ของการฉีดวัคซีน ป้องกันโรคโควิด-19

ทั้งนี้แบบสอบถามที่ 2 ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 3 ระดับ ให้คะแนนจาก 3 หมายถึง มาก 2 คะแนนหมายถึง ปานกลาง 1 คะแนนหมายถึง น้อย โดยการแปลผลจากเกณฑ์ค่าเฉลี่ยของแบบสอบถาม (กิตติ พร เนาว์สุวรรณ และมาริสรา สุวรรณราช, 2560) ดังนี้

คะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน และความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด -19 ระดับสูง

คะแนนระหว่างค่าเฉลี่ย หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน และความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด -19 ระดับปานกลาง

คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย หมายถึง การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน และความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด -19 ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน แพทย์ 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุข 1 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 และนำไป ทดลองกับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์เท่ากับ .74 และแบบสอบถามความเชื่อ เกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 เท่ากับ .70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ.2565 ถึง มีนาคม พ.ศ. 2565 โดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะของแบบสอบถามและวิธีการเก็บข้อมูลให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ก่อนนำไปเก็บ ทั้งนี้ในช่วงเก็บข้อมูลมีการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยสวมหน้ากากอนามัย ใช้เจลแอลกอฮอล์ล้างมือก่อนและหลังการเก็บข้อมูล เว้นระยะห่างในการสัมภาษณ์หรือพบปะพูดคุย ตลอดจนใช้เวลาในการเก็บข้อมูลให้เร็วที่สุดเพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างไม่ให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคจากการเก็บข้อมูลครั้งนี้ หลังเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น พบว่าข้อมูลได้รับกลับคืนมา 184 ชุด คิดเป็นร้อยละ 96.84 ทั้งนี้มีตัวแปรความเสี่ยงกลุ่มตัวอย่างตอบมีความเสี่ยงร้อยละ 100 จึงไม่สามารถนำวิเคราะห์ข้อมูลได้และผู้วิจัยได้ตัดออกจากกรอบแนวคิดการวิจัยแต่นำมาคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชาชนด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เชื่อม 3 ของประชาชนในเขตรับผิดชอบรพ.สต.ลำลอง อำเภอนาหว้า จังหวัดสงขลา ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทีละตัวแปร (Bivariate Analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p -value ของ Wald's test น้อยกว่า .05 เข้าสู่การวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression Analysis) และคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p -value น้อยกว่า .05 ออกจากสมการด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอด้วยค่า Crude Odds Ratios (OR) Adjusted Odds Ratio P -value และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval, 95%CI) การแปลผลพิจารณาจากค่า Odds Ratios กรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่าเป็น ปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยที่มีโอกาสรับวัคซีนเข็ม 3 และกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 แสดงว่าเป็นปัจจัยนั้นเป็นปัจจัยเชิงป้องกันในรับวัคซีนเข็ม 3

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัย ได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการเข้ารับบริการของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว ตลอดจนมีการพิทักษ์สิทธิเพื่อการป้องกันการได้รับเชื้อโควิด 19 อย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	82	44.57
หญิง	102	55.43
อายุ (ปี)		
15 – 25 ปี	28	15.22
26 – 40 ปี	77	41.85

ตาราง 2 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
41-59 ปี	63	34.24
มากกว่า 60 ปี ขึ้นไป	16	8.69
สถานภาพ		
โสด	39	21.20
คู่	135	73.37
หม้าย/หย่า/แยก	10	5.43
การศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	69	37.5
มัธยมศึกษาขึ้นไป	115	62.5
อาชีพ		
เกษตรกร	81	44.02
อื่นๆ (รับจ้าง, ค้าขาย, ข้าราชการ, อาชีพอิสระ, ลูกจ้าง หน่วยงาน, นักเรียน/นักศึกษา)	103	55.98

จากตาราง 1 พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.43 มีอายุเฉลี่ย 41.85 ปี อายุต่ำสุด 15 ปี โดยอายุอยู่ในช่วง 41-59 ปี ร้อยละ 34.24 สถานภาพคู่ร้อยละ 73.37 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาขึ้นไปร้อยละ 62.5 ประกอบอาชีพอื่นๆ (รับจ้าง, ค้าขาย, ข้าราชการ, อาชีพอิสระ, ลูกจ้างหน่วยงาน, นักเรียน/นักศึกษา) ร้อยละ 55.98 และได้รับวัคซีนครบ 3 เข็ม ร้อยละ 50

2. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็ม 3 ของประชากรในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.ลำลอง อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา

ตาราง 3 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็ม 3 ของประชาชนในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.ลำลอง อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา แบบทีละปัจจัย

ตัวแปร	รับวัคซีนไม่ครบ 3 เข็ม		รับวัคซีนครบ 3 เข็ม		OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							.018
ชาย	49	59.8	33	40.2	Ref		
หญิง	43	45.2	59	57.8	2.04	1.13-3.68	
อายุ (ปี)							.003
15 – 25 ปี	12	42.9	16	57.1	Ref		
26 – 40 ปี	24	31.2	53	68.8	1.66	0.68-4.03	
41-59 ปี	40	63.5	23	36.5	0.43	0.17-1.07	
มากกว่า 60 ปี ขึ้นไป	16	100.0	0	0.0	0.00		
สถานภาพ							.045
โสด	19	48.7	20	51.3	Ref		
คู่	66	48.9	69	51.1	0.99	0.49-2.02	
หม้าย/หย่า/แยก	7	70.0	3	30.0	0.41		
การศึกษา							<.001
ต่ำกว่าประถมศึกษา	55	79.7	14	20.3	Ref		
มัธยมศึกษาขึ้นไป	37	32.2	78	67.8	8.28	4.09-16.76	

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	รับวัคซีนไม่ครบ		รับวัคซีนครบ		OR	95% CI	p-value
	3 เข็ม	ร้อยละ	3 เข็ม	ร้อยละ			
อาชีพ							<.001
เกษตรกร	65	80.2	16	19.8	Ref		
อื่นๆ (รับจ้าง, ค้าขาย, ข้าราชการ, อาชีพอิสระ, ลูกจ้างหน่วยงาน, นักเรียน/นักศึกษา)	27	26.2	76	73.8	8.28	4.09-16.77	
การมีโรคประจำตัว							.101
มี	10	35.7	18	64.3	Ref		
ไม่มี	82	52.6	74	47.4	0.50	0.20-1.15	
โอกาสเสี่ยง							1.00
มี	85	50.0	85	50.0	Ref		
ไม่มี	7	50.0	7	50.0	1.00	0.34-2.97	
การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน							.766
ระดับต่ำ (0.00-2.16 คะแนน)	51	49.0	53	51.0	Ref		
ระดับสูง (2.17-3.00 คะแนน)	41	51.2	39	48.8	0.91	0.51-1.64	
ความเชื่อต่อวัคซีนโควิด 19							<.001
ระดับต่ำ (0.00-2.12 คะแนน)	24	25.5	70	74.5	9.01	4.62-17.58	
ระดับสูง (2.13-3.00 คะแนน)	68	75.6	22	24.4	Ref		

ตาราง 4 การวิเคราะห์พหุตัวแปรที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็ม 3 ของประชาชนในเขตรับผิดชอบรพ.สต.ลำลอง อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
อาชีพ			<.001
เกษตรกร	Ref	Ref	
อื่นๆ (รับจ้าง, ค้าขาย, ข้าราชการ, อาชีพอิสระ, ลูกจ้างหน่วยงาน, นักเรียน/นักศึกษา)	11.43 (5.67-23.06)	9.27 (4.02-21.41)	
การศึกษา			<.001
ต่ำกว่าประถมศึกษา	Ref	Ref	
มัธยมศึกษาขึ้นไป	8.28 (4.09-16.77)	6.70 (2.80-16.02)	
ความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด 19			<.001
ระดับต่ำ (0.00-2.12 คะแนน)	9.01 (4.62-17.58)	6.65 (2.93-15.06)	
ระดับสูง (2.13-3.00 คะแนน)	Ref	Ref	

จากตาราง 4 การวิเคราะห์อย่างพหุปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็ม 3 ของประชาชนในเขตรับผิดชอบรพ.สต.ลำลอง อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ อายุ สถานภาพ การศึกษา อาชีพและความเชื่อ (ตาราง 3) เมื่อวิเคราะห์แบบพหุตัวแปร พบว่า อาชีพ ระดับการศึกษา และความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็ม 3 ของประชาชนในเขตรับผิดชอบรพ.สต.ลำลอง อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยประชาชนที่มีอาชีพอื่น ๆ เช่น รับจ้าง, ค้าขาย, ข้าราชการ, อาชีพอิสระ, ลูกจ้างหน่วยงาน, นักเรียน/นักศึกษา มีโอกาสติดเชื้อป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 3 ถึง 9.27 เท่า ($OR_{adj}=9.27$, 95%CI: 4.02-21.41) เมื่อเทียบกับประชากรที่มีอาชีพเกษตรกร ในขณะที่การศึกษาชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป มีโอกาสติดเชื้อป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 3 ถึง 6.70 เท่า ($OR_{adj}=6.70$, 95%CI: 2.80-16.02) เมื่อเทียบกับประชากรที่มีการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษาและประชากรที่มีความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ระดับต่ำมีโอกาสติดเชื้อป้องกันโรคโควิด-19 ถึง 6.65 เท่า ($OR_{adj}=6.65$, 95%CI: 2.93-15.06) เมื่อเทียบกับประชากรที่มีความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ระดับสูง (ตาราง 4) อย่างไรก็ตาม พบว่า เพศ การมีโรคประจำตัว โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ประโยชน์ของวัคซีนไม่มีความสัมพันธ์ต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 3

อภิปรายผล

อาชีพมีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 3 ของประชาชนในเขตรับผิดชอบ รพ.สต. ลำลอง อำเภอนาหว้า จังหวัดสกลา โดยประชาชนที่มีอาชีพอื่น ๆ เช่น รับจ้าง, ค้าขาย, ข้าราชการ, อาชีพอิสระ, ลูกจ้างหน่วยงาน, นักเรียน/นักศึกษา มีโอกาสติดเชื้อป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 3 ถึง 9.27 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรที่มีอาชีพเกษตรกร สัมพันธ์กับปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของประชากรในกรุงเทพมหานคร (ชนิษฐา ชื่นใจ และบุญกา ปันทุรอมพร, 2564) ทั้งนี้ประชากรที่มีอาชีพอื่น ๆ ต้องมีการเดินทางไปทำงานนอกพื้นที่ มีการพบปะเพื่อนร่วมงานซึ่งมาจากต่างสถานที่ (พนักงานโรงงาน ลูกจ้างร้านค้าในอำเภอนาหว้า พนักงานปั้มน้ำมัน ข้าราชการ ลูกจ้างหน่วยงาน) สำหรับนักเรียน/นักศึกษา ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนเดินทาง ไป – กลับโดยรถรับส่ง กลุ่มเหล่านี้มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการสัมผัสเชื้อโควิด-19 ในที่ทำงาน เพื่อนร่วมงานและจากการเดินทาง จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีการตัดสินใจฉีดวัคซีนที่แตกต่างกัน (ปณิตา ครองยุทธและคนอื่นๆ, 2561) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพต่างกันมีการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี แตกต่างกัน (ชนิษฐา ชื่นใจ และบุญกา ปันทุรอมพร, 2564) พบว่าอาชีพต่างกัน ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ของประชากรในกรุงเทพมหานคร แตกต่างกัน

ส่วนอาชีพเกษตรกรเป็นอาชีพที่ไม่ได้ใกล้ชิดกับคนหมู่มาก ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในพื้นที่ มีการเดินทางออกนอกพื้นที่เป็นบางครั้ง ก็อาจมีความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 ได้น้อยกว่า ในขณะที่การศึกษาชั้นมัธยมศึกษาขึ้นไป มีโอกาสติดเชื้อป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 3 ถึง 6.70 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรที่มีการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ข้อมูล การเข้าถึงแหล่งข้อมูล การวิเคราะห์ การเรียนรู้ ความคิดข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ประโยชน์และความเสี่ยงของการรับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ได้กระจายเป็นวงกว้าง (ชนิษฐา ชื่นใจ และบุญกา ปันทุรอมพร, 2564) โดยเฉพาะปัจจุบันการรับรู้ข่าวสารสามารถเข้าถึงได้หลายช่องทาง (โซเชียลต่าง ๆ โทรศัพท์ โทรทัศน์ นิตยสาร หนังสือพิมพ์ ผู้นำและสื่อในชุมชน) ดังนั้นประชากรที่มีการศึกษาสูงกว่าย่อมส่งผลให้การรับรู้ข้อมูล และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลมากกว่าการศึกษาต่ำกว่า ส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้องกับงานวิจัยของชนิษฐา ชื่นใจ และบุญกา ปันทุรอมพร (2564) พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกัน ทำให้การตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (Covid 19) โดยภาพรวมต่างกัน

ส่วนการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา การเข้าถึงข้อมูลการรับรู้ข่าวสารต่างๆ ความคิด การเรียนรู้การศึกษา โอกาสตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-19 ได้น้อยกว่า (ชนิษฐา ชื่นใจ และบุญกา ปันทุรอมพร, 2564)

นอกจากนี้ความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ระดับต่ำ มีโอกาสติดเชื้อป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น 3 ถึง 6.65 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรที่มีความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 ระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากประชากรส่วนใหญ่ยังเชื่อมั่นในประสิทธิภาพวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 การฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ช่วยป้องกันการแพร่เชื้อไปยังคนในครอบครัวและชุมชน ลดการระบาด บรรเทาความรุนแรงและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความเต็มใจยอมรับวัคซีนโควิด-19 กรณีพื้นที่ 1 และกรณีกระตุ้นซ้ำ

(เพิ่ม 2 ขึ้นไป) (นภชา สิงห์วีรธรรม และคณะ, 2565) ได้แก่ ความตั้งใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ความมั่นใจในประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด-19

แต่ในขณะเดียวกันก็ยังมีคนส่วนหนึ่งที่ยังไม่เชื่อถือการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 อาจเพราะมีความเชื่อว่าวัคซีนไม่ปลอดภัย มีการกลัวเข็มหรือกลัวการฉีดวัคซีนและยังไม่มั่นใจในประสิทธิภาพของวัคซีน เพราะยังกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 จะเป็นอันตรายต่อร่างกายและอาจเสียชีวิต จึงตัดสินใจที่จะยังไม่รับการฉีดวัคซีน

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรมีการรณรงค์การให้ความรู้เชิงรุกในประชาชน กลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษา โดยเฉพาะกลุ่มที่มีความเชื่อเกี่ยวกับวัคซีนที่ไม่ถูกต้อง ควรมีการให้ความรู้ในเรื่องวัคซีน เพื่อให้เกิดการตัดสินใจยอมรับฉีดวัคซีน รวมทั้งมีการกระตุ้นให้กลุ่มนี้ได้รับวัคซีนที่ครอบคลุมและเข้าถึงวัคซีนได้ง่าย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาปัจจัยและติดตามกลุ่มที่รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ไม่ครบ 3 เข็ม เพื่อจะช่วยให้การจัดรณรงค์ในการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นในกรณีเกิดโรคอุบัติใหม่ต่อไป

References

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2564) “สำหรับประชาชน>คำถามที่พบบ่อย”. สืบค้นเมื่อ 17 สิงหาคม 2565 จาก <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/pages/คำถามที่พบบ่อย>
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และมารีสา สุวรรณราช. (2560). สภาพปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทภาคใต้ตอนล่าง (รายงานการวิจัย). สงขลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา.
- กฤษกันทร สุวรรณพันธ์, และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 14(2), 138-148.
- ชนิษฐา ชื่นใจ และ บุญกา ปณทุรอมพร. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ของประชากรในกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ : คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ปณิตา ครอบงูญ, จินดา คำแก้ว, ปฐวี สารระติ, และวิรินทร์ตัน สุขศรี. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคไขหวัดใหญ่ในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อำเภวารินชำราบจังหวัดอุบลราชธานี(สารนิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต). อุบลราชธานี: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
- นภชา สิงห์วีรธรรม, เพ็ญภา ศรืหัง, อรณัฐ ทองจันดี, วุฒิกุล ธนากาญจน์ภักดี, อัจฉรา คำมะหิตย์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ. (2565). ความเต็มใจยอมรับและความเต็มใจที่จะจ่ายเงินการได้รับการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- พิรวัฒน์ ตระกูลวิสุข. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 และข้อกังวลในบุคลากรทางการแพทย์. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 3(1), 47-57.
- พัชรินทร์ เงินทอง, นันทพร แสนศิริพันธ์, นริศรา ไคร์ศรี. (2565). การสนับสนุนที่จำเป็นต่อความสำเร็จในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19ในพื้นที่ชายแดนทางภาคเหนือของไทย: การศึกษาเชิงคุณภาพแบบพรรณนา. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 9(2), 1-12
- ราชกิจจานุเบกษา. (2563). การประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 เล่ม 137 ตอนที่ 24 ก 31 มีนาคม 2563.

- ราชกิจจานุเบกษา. (2563). ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 48 ง 29 กุมภาพันธ์ 2563.
- ระบบ MOPH Immunization กระทรวงสาธารณสุข. 2565. *สรุปข้อมูลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ประจำเดือนสิงหาคม*.
- Hussein, N. R., Naqid, I. A., Jacksi, K., & Abdi, B. A. (2020). Assessment of knowledge, attitudes, and practices toward COVID-19 virus among university students in Kurdistan region, Iraq: Online cross-sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(9), 4809–4814. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_870_20

ประสิทธิผลของกระบวนการให้โภชนาบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการและ
ระดับสภาวะร่างกายผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก
Effectiveness of Nutrition Care Process on Level of Malnutrition and Performance
Status among Adult Patients Admitted to Maesot Hospital, Tak Province

ณัฐสรณ์ วงศ์เตชะ^{1*} กิตติพร เนาว์สุวรรณ²

Natthasaran Wongtecha¹ Kittiporn Nawsuwan²

โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก^{1*} วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก²
Maesot Hospital, Tak Province^{1*}

Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute²

(Received: April 20, 2022; Revised: December 29, 2022; Accepted: December 29, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของกระบวนการให้โภชนาบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการและระดับสภาวะร่างกายในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอด วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา แผนกผู้ป่วยผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลแม่สอดระหว่างเดือนมกราคม – กันยายน 2563 จำนวน 87 คน ใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ กระบวนการให้โภชนาบำบัด (Nutrition Care Process) แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ (SPENT) แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ (NT) และแบบประเมินระดับสภาวะร่างกาย (ECOG) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ Paired t – test และ Wilcoxon signed rank test ผลการวิจัย พบว่า

กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 54.02 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 53 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 31.23 ภายหลังการทดลองโดยใช้กระบวนการให้โภชนาบำบัด พบว่าคะแนนภาวะทุพโภชนาการ ($M=8.10$, $SD=2.62$) และระดับ ECOG ($M=1.64$, $SD=0.70$) ลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลอง ($M=6.23$, $SD=2.42$; $M=0.72$, $SD=0.69$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้นโรงพยาบาลแม่สอดควรนำกระบวนการให้โภชนาบำบัด ไปใช้ในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่ และขยายผลสู่โรงพยาบาลชุมชน เพื่อลดอัตราการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรงมายังโรงพยาบาลแม่ข่าย

คำสำคัญ: กระบวนการให้โภชนาบำบัด, ภาวะทุพโภชนาการ, สภาวะร่างกาย, ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: virgin_potterh@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 099-2650005)

Abstract

This quasi experimental research, one group pretest-posttest design, aimed to examine the effectiveness of nutrition care process on levels of malnutrition and performance status among adult patients admitted to Maesot hospital. Samples were 87 patients, purposively recruited from those who were admitted to adult patient department, Maesot hospital between January and September, 2020. Research instruments consisted of nutrition care process, SPENT nutrition screening tool, nutrition triage, and performance status assessment form (Eastern Cooperative Oncology Group [ECOG]). Data were analyzed using Paired t – test and Wilcoxon signed rank test.

The results showed that most participants were male (54.02%), had the average age 53 years, and had the average body mass index 31.23. After using the nutrition care process, the malnutrition score ($M = 8.10$, $SD = 2.62$) and the ECOG score ($M = 1.64$, $SD = 0.70$) were significantly lower than that of before ($M = 6.23$, $SD = 2.42$; $M = 0.72$, $SD = 0.69$) ($p=.001$).

Therefore, Maesot hospital should adopt the nutrition care process to be employed in the adult wards and extended to community hospitals for reducing referral rate of patients with severe malnutrition to main network hospitals.

Keywords: Nutrition Care Process, Malnutrition, Performance Status, Hospitalized Adult Patients

บทนำ

ปัจจุบันแม้ว่าประชากรจะมีความรู้ทางด้านโภชนาการมากขึ้น และความสามารถในการเข้าถึงอาหารดีขึ้นกว่าในอดีตมาก แต่ความชุกของภาวะทุพโภชนาการในประชากรทั่วไปยังคงมีอัตราสูงถึงร้อยละ 15-20 และยังพบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 30-55% เป็นโรคขาดสารอาหาร (Siegel, Fan & Goldman, 2018) จากการศึกษาพบว่าภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นปัญหาที่สำคัญและก่อให้เกิดผลเสียต่อผู้ป่วย เช่น เพิ่มอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล อัตราการตาย และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุกราย จึงควรได้รับการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (Thai Dietetic Association, 2020) การประเมิน-คัดกรองภาวะทุพโภชนาการ เป็นขั้นตอนเบื้องต้นของการดูแลรักษาผู้ป่วยด้านโภชนาการอย่างมีคุณภาพ ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อสืบสวน-สืบค้นว่าผู้ป่วยมีภาวะทุพโภชนาการหรือไม่ – มากน้อยอย่างไร และนำมาวางแผนการรักษาที่เหมาะสมซึ่งจะมีอยู่ 2 ลักษณะ คือ การคัดกรอง (Nutrition Screening) ส่วนใหญ่จะเป็นคำถามหรือการตรวจอย่างง่าย ๆ ได้มีการปรับเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็นคำถาม 4 ข้อ เพื่อให้ได้ผลน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น และเมื่อได้ผลว่าผู้ป่วยน่าจะมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ ก็จะใช้วิธีการประเมิน (Nutrition Assessment) เพื่อตรวจหาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ โดยลงลึกในรายละเอียดมาก (Trakulhoon, Prammanasudh, 2020)

ทั้งนี้ เพื่อเป็นการป้องกัน และรักษาภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอด หน้าที่การคัดกรองและประเมินภาวะทุพโภชนาการ จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของนักโภชนาการและนักกำหนดอาหาร โดยผู้ป่วยที่ถูกประเมินว่ามีภาวะทุพโภชนาการควรได้รับการดูแลทางโภชนาการอย่างรวดเร็ว และควรได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด เป็นวิธีการที่คุ้มค่าและมีประสิทธิภาพดี (Milne, Potter, Vivanti & Avenell, 2009) โดยช่วยให้ภาวะโภชนาการดีขึ้น รักษามวลกล้ามเนื้อ ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาล และลดอัตราการตาย (Deutz, Matheson, Matarese, Luo, Baggs, Nelson, et al, 2016) หากผู้ป่วยไม่สามารถ

รับประทานได้จึงค่อยพิจารณาให้สารอาหารทางสายให้อาหารเข้าทางเดินอาหาร และทางหลอดเลือดดำ ต่อไปตามลำดับ (SPENT Clinical Practice Recommends, 2017)

จากที่กล่าวมาผู้วิจัย ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการ และเพื่อทดสอบประสิทธิผลของกระบวนการให้โภชนาการต่อระดับภาวะทุพโภชนาการและระดับสภาวะร่างกายในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่งจะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยแก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ กระบวนการให้โภชนาการโดยเริ่มจากการคัดกรอง การประเมินภาวะโภชนาการ การทำงานเป็นทีมในการวางแผนการให้โภชนาการ การดำเนินการให้โภชนาการที่เหมาะสมเฉพาะราย และการติดตามและบันทึกผลการรักษาผู้ป่วย นับเป็นกระบวนการให้โภชนาการวิธีหนึ่งที่ให้ผลคุ้มค่าและมีประสิทธิผลดี ในแง่ที่ช่วยให้ภาวะโภชนาการ และระดับสภาวะร่างกายของผู้ป่วยดีขึ้น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และลดผลลัพธ์ในเชิงลบที่เกิดจากภาวะทุพโภชนาการ

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อทดสอบประสิทธิผลของกระบวนการให้โภชนาการต่อระดับภาวะทุพโภชนาการและระดับสภาวะร่างกายในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบระดับภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างก่อนและหลังได้รับกระบวนการให้โภชนาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับสภาวะร่างกายในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างก่อนและหลังได้รับกระบวนการให้โภชนาการ

สมมติฐานวิจัย

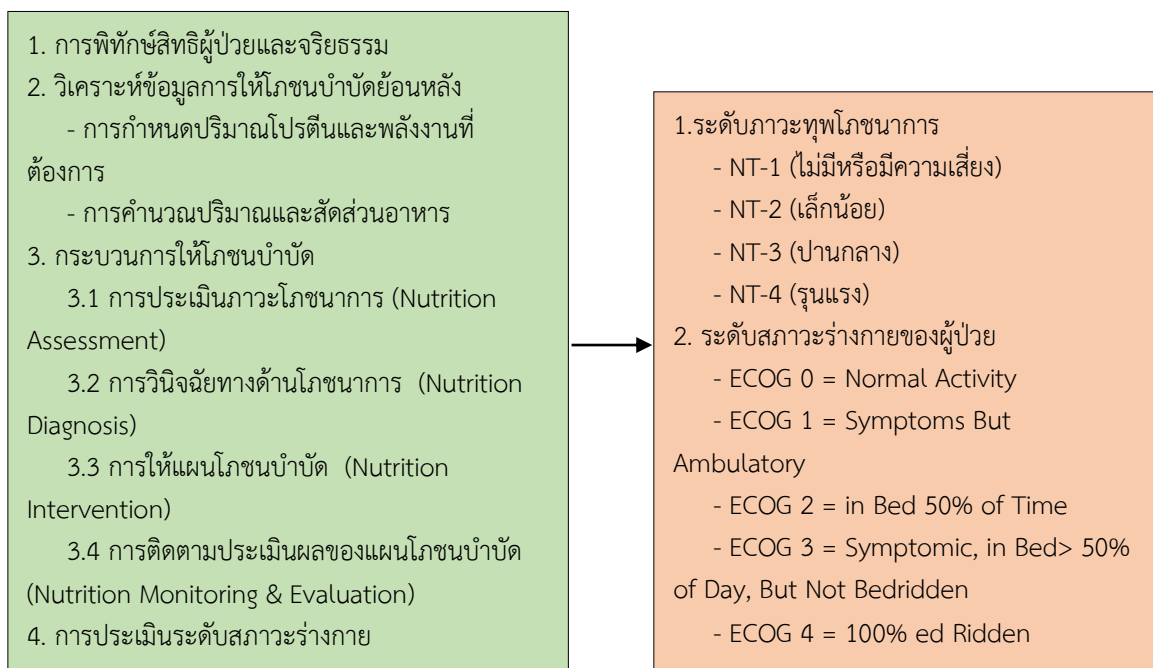
1. หลังการได้รับกระบวนการให้โภชนาการ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล มีระดับภาวะทุพโภชนาการลดลงกว่าก่อนได้รับกระบวนการให้โภชนาการ
2. หลังการได้รับกระบวนการให้โภชนาการ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล มีระดับสภาวะร่างกายดีขึ้นกว่าก่อนได้รับกระบวนการให้โภชนาการ

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดกระบวนการให้โภชนาการ (Nutrition Care Process) ของ Lacey, Pritchett, (2003) มีสาระสำคัญเน้นกระบวนการที่นักกำหนดอาหารใช้ในการดูแลผู้ป่วยด้านโภชนาการอย่างเป็นระบบ โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคล กระบวนการนี้ประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1) การประเมินภาวะโภชนาการ (Nutrition Assessment) 2) การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ (Nutrition Diagnosis) 3) การให้แผนโภชนาการ (Nutrition Intervention) และ 4) การติดตามประเมินผลของแผนโภชนาการ (Nutrition Monitoring & Evaluation) และการประเมินระดับสภาวะร่างกาย (Performance Status)

ในทางปฏิบัติก่อนที่นักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหารจะเริ่มใช้กระบวนการให้โภชนาการ มักจะเริ่มต้นที่ขั้นตอน “การคัดกรองภาวะโภชนาการ” (Nutrition Screening) ซึ่งในขั้นตอนนี้ อาจดำเนินการโดยพยาบาล นักโภชนาการ นักกำหนดอาหาร หรือบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ โดยใช้เครื่องมือที่ไม่ซับซ้อน และใช้เวลาสั้น เพื่อค้นหาว่าผู้ป่วยรายใดมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ซึ่งหลังจากการคัดกรองแล้ว จะสามารถจัดลำดับความเร่งด่วนในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม และทันที่ ซึ่งจากหลายการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการได้อย่างรวดเร็ว และได้รับโภชนาการที่

เหมาะสมทันเวลา มีโอกาสฟื้นตัวได้อย่างรวดเร็ว ตอบสนองต่อการรักษาจากทีมแพทย์ได้ดี รวมทั้งลดระยะเวลาในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในโรงพยาบาลลงอย่างชัดเจน (Milne, Potter, Vivanti & Avenell, 2009) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pre-test Post-test Design) รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างเดือนมกราคม 2563 – กันยายน 2563 จำนวน 11,316 คน กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ 1) เป็นผู้ป่วยในที่เข้ารับการรักษาตัวในรพ.แม่สอด (IPD) 2) เป็นผู้ป่วยที่มีระดับภาวะทุพโภชนาการ ในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง (Mild – Severe Malnutrition) (NT 2-4) โดยใช้แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ Nutrition Triage (NT 2013 : Nutrition Assessment) มีภาวะทุพโภชนาการ 3) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป 4) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับอาหารทางปาก (Oral Nutrition) หรืออาหารทางสายให้อาหาร (Tube Feeding) 5) สามารถอ่าน และเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ผู้ป่วยนอกเขตอำเภอแม่สอด 2) ผู้ป่วยชาวต่างชาติ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก จำนวน 87 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test Family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences Between Two Independent Means (Matched Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.3 ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 (Cohen, 1988) ได้กลุ่มตัวอย่าง 71 คน ทั้งนี้ผู้วิจัยเพื่อออกกลางคืนของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 87 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือกข้างต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ กระบวนการให้โภชนาบำบัด แบ่งเป็น 4 กิจกรรม คือ 1) การประเมินภาวะโภชนาการ 2) การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ 3) การให้แผนโภชนาบำบัด 4) การติดตามประเมินผลของแผนโภชนาบำบัด

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะโภชนาการ (Screening) โดยได้รับการรับรองจากสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program) หรือ HITAP

ส่วนที่ 3 แบบประเมินภาวะทุพโภชนาการ Nutrition Triage (NT 2013 : Nutrition Assessment)

ส่วนที่ 4 แบบประเมินระดับสภาวะร่างกาย (Performance status) ประเมินโดยใช้ Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) score

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการรับรองจากสมาคมผู้ให้อาหารทางหลอดเลือดดำและทางเดินอาหารแห่งประเทศไทย (SPENT) และหน่วยงานวิจัย HITAP ภายใต้สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (Health Intervention and Technology Assessment Program) จากนั้นนำไปทดลองในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ที่มีภาวะทุพโภชนาการที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 33 คน ก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สอด

2. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย ลักษณะของกระบวนการให้โภชนาบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการ และกระบวนการให้โภชนาบำบัดระดับสภาวะร่างกายในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน (IPD) ที่โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก อธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

4. เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ขี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการฝึกหัดให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่าง มีข้อคำถาม

6. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยทำการประเมินโดยใช้แบบคัดกรอง (Nutrition Screening) 4 ข้อ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับการเกิดภาวะทุพโภชนาการ โดยประกอบด้วย 1. รับอาหารหรือสารอาหารได้น้อยลง ในช่วงเวลา 7 วันหรือนานกว่า ในระยะเวลาที่ผ่านมาหรือไม่ ? 2. น้ำหนักตัวลดลงในช่วงเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา หรือไม่? 3. ดัชนีมวลกายผิดปกติไปจากเกณฑ์ปกติหรือไม่ ($< 18.5 \text{ kg/m}^2$ หรือ $> 25 \text{ kg/m}^2$)? 4. มีภาวะวิกฤต หรือ กึ่งวิกฤตหรือไม่? ในการคัดกรองนี้ถ้าได้รับคำตอบว่ามีเพียง 2 ข้อ ใน 4 ข้อ ก็จะทำการประเมินภาวะทุพโภชนาการ (Nutrition Assessment) เชิงลึก และประเมินระดับสภาวะร่างกาย (ECOG) ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่งเป็นส่วนที่ไม่นำมาคิดคะแนน โดยจะเป็นการประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย (หรือ เรียกว่า performance status) คือ ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) ECOG - 0 คือมีสุขภาพดีและแข็งแรงดี ECOG - 1 คือ มีสุขภาพดีแต่ความแข็งแรงไม่เต็มที่ ECOG - 2 มีสุขภาพและความแข็งแรงลดลง ทำงานทำกิจกรรมได้น้อยลงและมีการนั่ง พักบ่อย ECOG - 3 มีสุขภาพและความแข็งแรงลดลงมากต้องนั่งพักและนอนมากขึ้น ส่วน ECOG - 4 สุขภาพและความแข็งแรง-หมดสภาพ เดินไปไหนมาไหนไม่ไหว-ไม่ได้นอนเป็นหลัก ต้องมีคนช่วยเหลือตลอดเวลา แต่ถ้าได้รับคำตอบว่าไม่มีทั้ง 4 ข้อ หรือมีเพียง 1 ข้อ อาจไม่ต้องทำการประเมินต่อ

ขั้นตอนการทดลอง

7. ขั้นตอนการ ผู้ป่วยที่มีระดับภาวะทุพโภชนาการ ในระดับเล็กน้อยถึงรุนแรง (NT2 - NT4) จะเข้ารับการให้กระบวนการโภชนาบำบัด โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคลประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1. การประเมินภาวะโภชนาการ 2. การวินิจฉัยทางด้านโภชนาการ 3. การให้แผนโภชนาบำบัด และ 4. การติดตามประเมินผลของแผนโภชนาบำบัด

โดยผู้ป่วยจะได้รับแผนการให้โภชนาบำบัด (Nutrition Intervention) ในวันแรกที่ถูกส่งปรึกษานักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้โภชนาบำบัดตามข้อบ่งชี้ โดยเลือกวิธีการให้โภชนาบำบัดตามคำแนะนำการดูแลทางโภชนาการในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่นอนโรงพยาบาล พ.ศ.2560 (SPENT Clinical Practice Recommendations, 2017) ดังนี้

เป้าหมาย	วิธีปฏิบัติ	คำแนะนำ
สัดส่วนของพลังงานจากโปรตีนประมาณร้อยละ15-20	ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยประเมินการได้รับอาหารหรือ	ผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ในการให้โภชนาบำบัดจะต้องมีเกณฑ์ต่อไปนี้
คาร์โบไฮเดรตร้อยละ 45-60 และไขมันร้อยละ 20-35 ของพลังงานที่ให้ต่อวัน	สารอาหารที่ผู้ป่วยรับประทานได้จริงพิจารณาภาพรวมทั้งประเภท-ปริมาณ-คุณภาพ	- มีภาวะทุพโภชนาการหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งอาจได้จากการประเมินตั้งแต่แรกเริ่มไว้ในโรงพยาบาลหรือระหว่างนอนโรงพยาบาล
คำนวณเป้าหมายพลังงานอย่างง่ายจากน้ำหนัก	ของสารอาหาร และระยะเวลาที่เปลี่ยนแปลง โดยให้โภชนาบำบัดตามข้อบ่งชี้ ดังนี้	- กินอาหารได้ไม่เพียงพอหรือคาดว่าจะไม่เพียงพอ (<ร้อยละ 60) กับความต้องการของร่างกายเกิน 7 วัน
- พลังงาน 30 – 35 kcal/kg/day	1. ถ้าผู้ป่วยกินอาหารได้ >75 % ให้รับประทานทางปาก	- มีสัญญาณชีพคงที่
ใช้น้ำหนักปัจจุบันขณะที่ไม่บวม	2. ถ้าผู้ป่วยกินอาหารได้ 60 – 75 % ให้รับทานทางปากพร้อม Oral Nutrition Supplement	- ผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต
คำนวณเป้าหมายโปรตีนต่อวันอย่างง่ายจากน้ำหนัก		- ควรเลือกใช้อาหารทางการแพทย์สูตรมาตรฐานชนิด Polymeric (Standard Polymeric formula) หรือดัดแปลงอาหารชนิดปั่นผสม (Blenderized Diet) ต้มเสริมทางปากเป็นอันดับแรก
- โปรตีน 1.2 – 1.5 g/kg/day		- การเลือกใช้อาหารทางการแพทย์และอาหารชนิดปั่นผสม สูตรเฉพาะโรคต้มเสริมทางปาก ควรพิจารณาเป็นรายๆ ไป
- ถ้า BMI <30 (กก./ตร.ม.) ใช้น้ำหนักปัจจุบัน		- อย่างไรก็ตามไม่แนะนำให้เริ่มต้นด้วยอาหารที่มีความเข้มข้นต่ำกว่า 1 กิโลแคลอรี/มล. เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยได้รับอาหารไม่เพียงพอ
- ถ้า BMI 30-39.9(กก./ตร.ม.) โปรตีน 2 กรัม/กก.น้ำหนักอุดมคติ/วัน		- ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะทุพโภชนาการและไม่สามารถรับประทานอาหารได้อย่างเพียงพอ ควรเริ่มให้ EN ภายใน 24-48 ชั่วโมง
- ถ้า BMI >40(กก./ตร.ม.) โปรตีน 2-2.5 กรัม/กก.น้ำหนักอุดมคติ/วัน		
ความต้องการสารน้ำปริมาณสารน้ำทั้งหมดที่ร่างกายต้องการต่อวันประมาณ 30-35 มล./กก./วัน โดยต้องประเมิน	3. ถ้าผู้ป่วยกินอาหารได้ < 60 % ให้โภชนาบำบัดด้วย Enteral Nutrition (EN)	

เป้าหมาย	วิธีปฏิบัติ	คำแนะนำ
ร่วมกับโรคเรื้อรัง และสมดุลน้ำในร่างกาย	3.1 ระยะเวลา ให้ ≤ 4 สัปดาห์ พิจารณาให้ทาง NG/ND/NJ tube	- ผู้ป่วยสามารถรับ EN ได้ดี ควรปรับเพิ่มปริมาณอาหารให้ได้ตามความต้องการพลังงานภายใน 72 ชั่วโมง
ความต้องการวิตามินและแร่ธาตุ ปริมาณน้อย (Vitamins and Trace Elements) ในปริมาณ เทียบเท่ากับปริมาณสารอาหาร อ้างอิงที่ควรได้รับประจำวัน สำหรับคนไทย (Thai Dietary Reference Intake, Thai DRI)	3.2 ระยะเวลา ให้ > 4 สัปดาห์ พิจารณา ทาง gastrostomy หรือ ทาง jejunostomy	- ผู้ป่วยที่รับอาหารทางสายให้อาหารไม่ได้ (Feeding Intolerance) ควรปรับเพิ่มปริมาณอาหารอย่าง ระวังให้ได้ตามความต้องการพลังงานภายใน 5-7 วัน - หากไม่สามารถให้พลังงานได้ตามต้องการ ควรพิจารณาให้อาหารทางหลอดเลือดดำเสริม (Supplemental Parenteral Nutrition; SPN) ควบคู่ไปกับ EN - สำหรับผู้ป่วยที่รับอาหารทางสายให้อาหารไม่ได้ (Feeding Intolerance) ควรปรับเพิ่มปริมาณอาหารอย่าง ระวังให้ได้ตามความต้องการพลังงานภายใน 5-7 วัน - ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อกลุ่มอาการ Refeeding ควรเริ่มให้อาหารและสารน้ำ ใน ปริมาณน้อย และปรับเพิ่มช้า ๆ จนได้ตามความต้องการพลังงานภายใน 4-10 วัน - ให้วิตามินบี 1 รวมทั้งเฝ้าระวังภาวะเกลือแร่ ผิดปกติและภาวะสารน้ำ เกินอย่างใกล้ชิด - ในผู้ป่วยที่ได้รับ EN ควรเลือกใช้สูตรอาหารทาง การแพทย์ชนิดมาตรฐาน (Standard Polymeric Formula) หรือ อาหารปั่นผสม (Blenderized Diet) เป็นอันดับแรก

ขั้นหลังการทดลอง

8. ขั้นหลังการทดลอง หลังจากผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการ ≤ 4 สัปดาห์ หรือจนกว่าแพทย์จะมีคำสั่งจำหน่าย (Discharge) ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะทำการประเมินซ้ำอีกครั้งโดยการประเมิน ภาวะทุพโภชนาการ (Nutrition Re-Assessment) (NT) และประเมินระดับสภาวะร่างกาย (Performance Status) (ECOG) Score

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ประสิทธิผลของกระบวนการให้โภชนาการบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการและระดับสภาวะร่างกายผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างก่อน และหลังทดลอง กระบวนการให้โภชนาการบำบัดโดยใช้สถิติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติ Paired t-test และ Wilcoxon Signed Rank test (Shapiro-Wilk, $p=.001$)

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลแม่สอด ได้หมายเลขรับรอง MSHP REC No.17/2563 ลงวันที่ 1 มกราคม 2563 และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากที่ได้ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=87)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	47	54.02
หญิง	40	45.98
อายุเฉลี่ย 53 ปี (Min = 18, Max= 89)		
ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 31.23 kg/m ² (Min = 13.15, Max= 49.31)		
หอผู้ป่วย		
อายุรกรรมชาย 1	24	27.6
อายุรกรรมชาย 2	21	24.1
อายุรกรรมหญิง 1	25	28.8
อายุรกรรมหญิง 2	10	11.5
อื่น ๆ	7	8.0

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.02 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 53 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี และอายุสูงสุด 89 ปี มีค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 31.23 kg/m² ค่าดัชนีมวลกายต่ำสุด 13.15 และค่าดัชนีมวลกายสูงสุด 49.31

2. ทดสอบประสิทธิผลของกระบวนการให้โภชนบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอด ระหว่างก่อนและหลังได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด

ตาราง 2 ทดสอบประสิทธิผลของกระบวนการให้โภชนบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างก่อนและหลังได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด

กระบวนการให้โภชนบำบัด	n	M	SD	t	p-value (1-tailed)
ก่อนได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด	87	8.10	2.62	15.623	<.001
หลังได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด	87	6.23	2.42		

จากตาราง 2 พบว่าหลังการได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก หลังได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด คะแนน NT ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ทดสอบประสิทธิผลของกระบวนการให้โภชนบำบัดต่อระดับสภาวะร่างกายในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแม่สอด ระหว่างก่อนและหลังได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด

ตาราง 3 ทดสอบประสิทธิผลของกระบวนการให้โภชนบำบัดต่อระดับสภาวะร่างกายในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระหว่างก่อนและหลังได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด

กระบวนการให้โภชนบำบัด	n	M	SD	Z	p-value (1-tailed)
ก่อนได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด	87	1.64	0.70	8.944	<.001
หลังได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด	87	0.72	0.69		

จากตาราง 3 พบว่าหลังการได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก หลังได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด ระดับ ECOG ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

1. เปรียบเทียบประสิทธิผลของกระบวนการให้โภชนบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแม่สอด ระหว่างก่อนและหลังได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด พบว่าหลังการได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก คะแนน NT ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ทั้งนี้ เนื่องจากการแก้ไขปัญหาทางภาวะทุพโภชนาการ เป็นกระบวนการที่สามารถควบคุมได้ เพื่อเป็นการป้องกัน และรักษาภาวะทุพโภชนาการในผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ โดยผู้ป่วยที่ถูกประเมินว่ามีภาวะทุพโภชนาการควรได้รับการดูแลทางโภชนบำบัดอย่างรวดเร็วและควรได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิด (Milne, Potter, Vivanti & Avenell, 2009) โดยช่วยให้ภาวะโภชนาการดีขึ้น รักษามวลกล้ามเนื้อ ทำให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น ลดระยะเวลาในการรักษาตัวในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ลดอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาล และลดอัตราการตาย (Deutz, Matheson, Matarese, Luo, Baggs, Nelson, et al, 2016) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Li-Chun Hsieh, Po-Sheng Chang, Pei-Ju Wu, Yin-Tzu Huang, Ping-Ting Lin, (2020) ทำศึกษาย้อนหลังการให้คำแนะนำระดับปานกลางในระยะเริ่มต้นสำหรับการบริโภคพลังงานตามภาวะโภชนาการ และผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผลของการบริโภคพลังงาน 50% ถึง 79% ตามคำแนะนำ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเสี่ยงสูงต่อการขาดสารอาหารมีระดับสภาวะโภชนาการดีขึ้นและลดอัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2. เปรียบเทียบประสิทธิผลของกระบวนการให้โภชนบำบัดต่อระดับสภาวะร่างกายในผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแม่สอด ระหว่างก่อนและหลังได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด พบว่าหลังการได้รับกระบวนการให้โภชนบำบัด ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ระดับ ECOG ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 จากการศึกษาของ Makruasi, Mongkolphantha, Aosod, (2019) ศึกษาผลของการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งในโรงพยาบาลนครนายก ผลการวิจัยพบว่าความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกันระหว่างคุณภาพชีวิต การทำหน้าที่ด้านร่างกาย กับสภาวะของผู้ป่วย (ECOG Performance Status) เฉพาะในกรณีที่ผู้ป่วยมี ECOG 0 และ 1 แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการศึกษาของ Li-Chun

Hsieh, Po-Sheng Chang, Pei-Ju Wu, Yin-Tzu Huang, Ping-Ting Lin, (2020) ศึกษาย้อนหลังการให้คำแนะนำระดับปานกลางในระยะเริ่มต้นสำหรับการบริโภคพลังงานตามภาวะโภชนาการและผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยมะเร็ง คำแนะนำสำหรับการบริโภคพลังงาน 50% ถึง 79% สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเสี่ยงสูงต่อการขาดสารอาหารมีระดับสภาวะโภชนาการดีขึ้นและลดอัตราการเสียชีวิตระหว่างการรักษาตัวในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลวิจัยพบว่าหลังผู้ป่วยได้รับกระบวนการให้โภชนาบำบัดต่อระดับภาวะทุพโภชนาการและระดับสภาวะร่างกายของ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแม่สอด จังหวัดตาก ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการ มีระดับภาวะทุพโภชนาการลดลงกว่าก่อนได้รับกระบวนการให้โภชนาบำบัด และ มีระดับสภาวะร่างกายดีขึ้นกว่าก่อนได้รับกระบวนการให้โภชนาบำบัด ดังนั้นโรงพยาบาลแม่สอดจึงควรนำกระบวนการให้โภชนาบำบัด และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในหอผู้ป่วยผู้ใหญ่ ตลอดจนส่งเสริมกระบวนการให้โภชนาบำบัดในโรงพยาบาลชุมชน เพื่อลดอัตราการส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการระดับรุนแรงมายัง โรงพยาบาลแม่ข่าย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของการใช้กระบวนการในระดับSub Group เช่น เพศ อายุ ระยะเวลา ต่อระดับภาวะทุพโภชนาการในแต่ละระดับ

References

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd). Newjersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Deutz, N. E., Matheson, E. M., Matarese, L. E., Baggs, G. E., Nelson, J. L., Hegazi, R. A., et al. (2016). Reply, Letter to the Editor - Supplemental and energy likely account for multi-ingredient supplementation in mitigating morbidity and mortality in compromised elderly malnourished patients. *Clinical Nutrition*, 35(4), 977-978.
<https://doi.org/10.1016/j.clnu.2016.03.027>
- 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.
- Lacey, K., Pritchett, E. (2003). Nutrition Care Process and Model: ADA Adopts Road Map to Quality Care and Outcomes Management. *J Am Diet Assoc*, 103, 1061-1072.
- Li-Chun Hsieh, Po-Sheng Chang, Pei-Ju Wu, Yin-Tzu Huang, Ping-Ting Lin. (2020). An Early Moderate Recommendation for Energy Intake Based on Nutritional Status and Clinical Outcomes in Patients with Cancer: A Retrospective Study. Retrieved October 1, 2020 from <https://doi.org/10.1016/j.nut.2020.110997>.
- Makruasi, S., Mongkolphantha, P. & Aosod, R. (2019). Evaluation of Quality of Life in Cancer Patients in Nakhon Nayok hospital. *Journal of Medicine and Health Sciences*, 26(3), 150 -158. (in Thai)

- Milne, A. C., Potter, J., Vivanti, A., & Avenell, A. (2009). Protein and Energy Supplementation in Elderly People at Risk from Malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD003288.
- Siegel, S., Fan, L. & Goldman A. (2018). *The Impact of Nutrition-Focused Quality Improvement Interventions on Length of Stay and Readmission rates Among Hospitalized Malnourished Patients*. Global Health Economics and Outcomes Research (HEOR) Compendium 2012–2021. (pp.92) Retrieved from [https://www.abbottnutrition.com/content/dam/an/abbottnutrition/pdf/clinical-resources/conditions/qualityimprovement/Global%20Health%20Economics%20and%20Outcomes%20Research%20\(HEOR\)%20Compendium%202021.pdf](https://www.abbottnutrition.com/content/dam/an/abbottnutrition/pdf/clinical-resources/conditions/qualityimprovement/Global%20Health%20Economics%20and%20Outcomes%20Research%20(HEOR)%20Compendium%202021.pdf)
- Thai Dietetic Association. (2020). *Scholarship and Research on Malnutrition care in Hospitalized Adult Patients, 2020-2021*. Retrieved from <https://www.thaidietetics.org/?p=6112>. (in Thai)
- Trakulhoon, V. & Prammanasudh, B. (2020). From BNT 2000 to NT 2013 The Malnutrition Identification in Adult Patients. *Thai Air Force Medical Gazette*, 66(2), 14-32. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ
ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

Factors Related to Falls Preventing Behaviors of the Elderly in Khlong Ha
Sub-district, Klong Luang District, Pathum Thani Province

นัตยา ดวงประทุม^{1*}, ทศพร ชุศักดิ์¹

Narttaya Duangpratoom^{1*}, Thassaporn Chusak¹

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์^{1*}

Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under the Royal Patronage^{1*}

(Received: January 26, 2022; Revised: October 30, 2022; Accepted: December 31, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 297 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยมีค่าดัชนีความสอดคล้อง 0.66-1.00 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.84 และมีค่าความเที่ยงโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.89 และหาค่าความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ด้วยวิธี KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน เท่ากับ 0.76 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติที่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุดและสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานีอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 68.7 ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.3 และ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการหกล้มและความรู้ในการป้องกันการหกล้ม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 สำหรับเพศ สถานภาพ รายได้ โรคประจำตัว ทศนคติและสภาพแวดล้อมในบ้าน ไม่มีความสัมพันธ์

ดังนั้นจึงควรส่งเสริมความรู้ในการป้องกันการหกล้มให้กับผู้สูงอายุ และควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีระดับดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมในบ้าน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: narttaya.duang@vru.ac.th) เบอร์โทรศัพท์ 082-4838213

Abstract

The purposes of this cross-sectional survey research were to study fall preventing behaviors of the elderly, and to study factors related to fall preventing behaviors of the elderly in Khlong Ha sub-district, Khlong Luang district, Pathum Thani province. In this study, the multi-stage sampling was used to recruit 297 elderly samples. The research instrument was questionnaire which was validated and found the index of item objective congruence at 0.84, the content validity index by Cronbach's alpha coefficient of the whole questionnaire was 0.89 and the reliability of Kuder Richardson KR-20 knowledge test was 0.76. Data were analyzed by descriptive statistics in terms of frequency, percentage, mean, standard deviation, maximum and minimum, and Chi-square test.

The results of this study showed that the fall preventing behaviors of the samples in Khlong Ha sub-district, Khlong Luang district, Pathum Thani province was at a high level (68.7%) and at a moderate level (31.3%). Regarding the factors relating to fall preventing behaviors of the elderly, it was found that age, body mass index, educational level, occupation, falling history, and knowledge of fall prevention had significant relationship with fall preventing behaviors of the elderly (p -value < 0.05). However, gender, status, income, congenital disease, attitude and home environment did not have significant relationship with fall preventing behaviors of the elderly.

Therefore, knowledge of fall prevention and keeping a normal BMI level should be promoted to the elderly.

Keywords: Fall preventing behaviors, Elderly people, Home environment

บทนำ

ปัจจัยที่ทำให้หลายประเทศทั่วโลกเกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างสังคมที่สำคัญ คือ อัตราการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ เนื่องจากอัตราการเกิดของประชากรทั่วโลกที่มีแนวโน้มลดลงร่วมกับการรักษาพยาบาลในปัจจุบันมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2563) การจัดกลุ่มผู้สูงอายุสามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่มตามช่วงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ผู้สูงอายุตอนกลาง (70-79 ปี) และผู้สูงอายุตอนปลาย 80 ปีขึ้นไป (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ, 2561) จากการสำรวจสถิติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2563 พบว่า ประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สูงถึง 11.2 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในประเทศไทยเป็นเหตุให้เกิดการตื่นตัวในการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว (Tiaotrakul & Wangwonsin, 2019) ประเทศไทยจึงให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุโดยกำหนดแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ขึ้นในแผนผู้สูงอายุดังกล่าวระบุถึงปัญหาหนึ่งซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ ปัญหาด้านสุขภาพ (คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2552) วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของระบบการทำงานภายในร่างกายอย่างมาก และปัญหาการเสื่อมสมรรถภาพของร่างกายที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุคือ ปัญหาด้านความยืดหยุ่นของร่างกาย และปัญหาด้านความสามารถในการทรงตัว นอกจากนี้ปัญหาคือ ความเสื่อมที่เกิดขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของสมองและระบบประสาทยังลดลง ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความว่องไวลดลง ส่งผลให้สุขภาพจิตลดลงไปด้วย (Pantawisit, 2018) นอกจากนี้เมื่ออายุเพิ่มขึ้นจะส่งผลให้เกิดความเสื่อมของร่างกาย เช่น ด้านความแข็งแรงของร่างกาย ระบบกระดูกกล้ามเนื้อ ระบบประสาทรับรู้ความรู้สึก ระบบหายใจ และความสามารถในการควบคุมการทรงตัวของร่างกาย ที่อาจเกี่ยวข้องกับอาการเวียนศีรษะ เวียนศีรษะหมุน เป็นต้น (จันทร์ชัย เจริญประเสริฐ, 2564) การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าว

จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทรงตัว ลดลงและเกิดการหกล้มได้ง่ายขึ้น (Mato, Butsatam, Tumma, Wimoon, Peungsuwan & Amatachaya, 2012)

การหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญอย่างหนึ่งที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั่วโลก เนื่องจากร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของระบบต่างๆ ในทางพร่องหรือเสื่อมของตาที่ส่งผลต่อการมองเห็น อายุที่มากขึ้นประกอบกับการมีพยาธิสภาพของโรคเพิ่มขึ้นด้วย (Hemara, Rodma & Dhanajyaist, 2020) การหกล้มส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผลกระทบทางด้านร่างกายทำให้เกิดการบาดเจ็บ ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำ วันรวมถึงสูญเสียค่าใช้จ่ายซึ่งเป็นผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัวอีกด้วย ส่วนผลกระทบด้านสุขภาพจิต พบว่าผู้สูงอายุที่เคยมีประสบการณ์การหกล้มจะเกิดความกังวล ภาวะ ซึมเศร้า ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการเดิน บางคนไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ เนื่องจากสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและเกิดภาวะพึ่งพาตามมา (Rodseeda, 2018) กระทรวงสาธารณสุขรายงานสถิติการหกล้มในผู้สูงอายุปี 2552-2561 กว่าร้อยละ 30 หกล้มทุกปี หรือกว่า 3 ล้านคน และร้อยละ 20.0 ของผู้ที่หกล้มได้รับบาดเจ็บ หรือกว่า 6 แสนคน เพศชายเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิง 3.5 เท่า ขณะที่ความชุกพลัดตกหกล้มเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย 1.6 เท่า การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับสองรองจากอุบัติเหตุจากการขนส่ง การป้องกันการหกล้มที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงหลายๆ ปัจจัย ประกอบด้วย การมีความรู้ในการป้องกันการหกล้มรวมถึงการมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่เหมาะสมโดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติหกล้ม นอกจากนี้ยังรวมถึงการประเมินและปรับสภาพแวดล้อมบ้านให้ปลอดภัย ร่วมกับการออกกำลังกาย เพื่อเพิ่มความแข็งแรงและช่วยการเพิ่มความสามารถในการทรงตัว เป็นต้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) สำหรับจังหวัดปทุมธานี มีรายงานจำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคน จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2555 – 2562 พบว่าอัตราการการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มเพิ่มสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2562 มีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มถึง 21 ราย มีอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มเป็น 13.67 ต่อประชากรแสนคน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) อำเภอลองหลวง มีจำนวนผู้สูงอายุ 86,033 คน คิดเป็นลำดับที่ 3 รองจากอำเภอเมืองและอำเภอลำลูกกา แต่จากรายงานการคัดกรองภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ จังหวัดปทุมธานี ประจำปีงบประมาณ 2565 (ข้อมูล ณ วันที่ 4 สิงหาคม 2565) พบว่า ผู้สูงอายุในอำเภอลองหลวงพบความผิดปกติด้านสายตาระยะใกล้ ระยะไกลและต่อกระจก ด้านการได้ยิน ด้านความคิดความจำสูงเป็นลำดับต้นๆ เมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น (ศูนย์อนามัยที่ 4 สระบุรี, 2565) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นปัจจัยที่อาจส่งต่อการเกิดการหกล้มในผู้สูงอายุได้ จากปัญหาและผลของความเสื่อมโทรมทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเห็นถึงปัญหาและผลกระทบจากความเสื่อมทางร่างกายที่เพิ่มขึ้นกับผู้สูงอายุและมีความสนใจที่จะทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี และนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนาระบบบริการและส่งเสริมสุขภาพ การวางแผนดำเนินการป้องกัน เพื่อทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

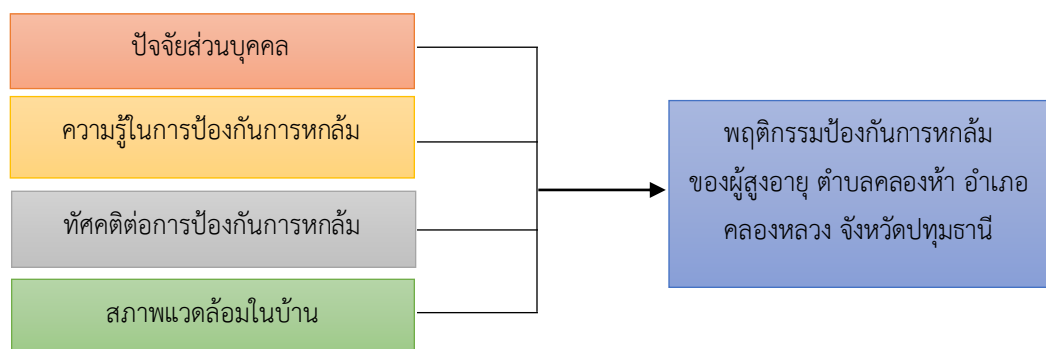
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาความปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัวและประวัติการหกล้ม ความรู้ในการป้องกันการหกล้ม ทักษะการป้องกันการหกล้ม และสภาพแวดล้อมในบ้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ได้ประยุกต์ใช้แบบจำลอง KAP เพื่อศึกษาพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี โดยพิจารณาว่าการที่ผู้สูงอายุจะมีพฤติกรรมหรือการปฏิบัติตัวในการระวังและป้องกันการหกล้มที่ดีและมีประสิทธิภาพนั้น ขึ้นอยู่กับว่าผู้สูงอายุเหล่านั้นมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม รวมทั้งปัจจัยด้านประชากรและสภาพแวดล้อมในบ้านเป็นอย่างไร



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 1,301 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคลองห้า, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุทั้งเพศชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ใช้สูตรคำนวณของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 297 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) สุ่มแบบชั้นภูมิตามสัดส่วนของผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้านของตำบลคลองห้า 2) สุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากแบ่งรายชื่อผู้สูงอายุตามจำนวนที่คำนวณได้ในแต่ละหมู่บ้านของตำบลคลองห้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ โรคประจำตัว ประวัติการหกล้ม

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ในการป้องกันการหกล้ม จำนวน 10 ข้อ คำถามเป็นแบบเลือกตอบ ถูก ผิด ตอบถูก 1 คะแนน ตอบผิด 0 คะแนน การแปลผลคะแนนความรู้ในการป้องกันการหกล้ม โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

ร้อยละ 80 – 100 (8 – 10 คะแนน)

หมายถึง มีความรู้ระดับสูง

ร้อยละ 60 – 79 (6 – 7 คะแนน)

หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง

ร้อยละ 0 – 59 (0 – 5 คะแนน)

หมายถึง มีความรู้ระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันการหกล้ม จำนวน 10 ข้อ ให้เลือกตอบเพียงตัวเลือกเดียว มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือจากเห็นด้วยให้ 3 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน มีการแปลผลคะแนน ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 - 3.00 โดยพิจารณาอิงเกณฑ์ของ เบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.35 - 3.00

หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.68 - 2.34

หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.67

หมายถึง มีทัศนคติอยู่ในระดับไม่ดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ โดยเป็นคำถาม พฤติกรรมด้านการปฏิบัติตนในการดูแลตนเอง การใช้ชีวิตประจำวันและการออกกำลังกายทั้งในด้านบวกและการ ปฏิบัติตนในด้านลบ ลักษณะแบบสอบถามประมาณค่า 3 ระดับ (Rating Scale) เกณฑ์การแปลผลคะแนน ใช้ ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00 - 3.00 แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง ระดับต่ำ แบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) ดังนี้

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.35 - 3.00

หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.68 - 2.34

หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 - 1.67

หมายถึง พฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสำรวจสภาพแวดล้อมในบ้าน จำนวน 10 ข้อ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบตามสภาพของ ที่อยู่อาศัย ที่บ่งบอกความเสี่ยงที่ทำให้เกิดการหกล้ม ตอบคำถามในตัวเลือกเชิงบวก ได้ 0 คะแนน ตอบคำถามใน ตัวเลือกเชิงลบ ได้ 1 คะแนน โดยกำหนดเกณฑ์การพิจารณาในการแปลผลความหมายของคะแนนเป็น 3 ระดับ การแปลผลพิจารณาจากเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975) ดังนี้

ร้อยละ 80 – 100 (8 – 10 คะแนน) หมายถึง มีความเสี่ยงสูง

ร้อยละ 60 – 79 (6 – 7 คะแนน) หมายถึง มีความเสี่ยงปานกลาง

ร้อยละ 0 – 59 (0 – 5 คะแนน) หมายถึง มีความเสี่ยงต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบทดสอบการ วิจัยที่สร้างเสร็จเรียบร้อยแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญทางด้านการออกกำลังกายและ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสมด้าน ภาษา รวมถึงเกณฑ์การให้และการแปลผลคะแนน แล้วจึงนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสม โดยมีค่า ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.66-1.00 และมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.84

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามและแบบทดสอบการวิจัย ที่ผ่านการ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุในตำบลคลองควาย อำเภอสามโคก จังหวัดปทุมธานี ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช่ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาหาความเที่ยงของแบบสอบถาม โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยมีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.89 และนำ แบบทดสอบความรู้ไปหาค่าความเที่ยงด้วยวิธี KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder Richardson) ได้ค่าความ เที่ยง เท่ากับ 0.76

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยยื่นเอกสารต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เพื่อพิจารณาประเด็นทางจริยธรรม จากนั้นผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างตามขั้นตอนติดต่อประสานงานกับผู้นำชุมชนและกลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอดำเนินการทำวิจัย โดยขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลคลองห้าและบุคลากรสาธารณสุข รพ.สต. คลองห้า ที่เข้าร่วมประชุมและชี้แจงแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มตัวอย่างในช่วงเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบทดสอบความรู้ในการป้องกันการหกล้ม แบบสอบถามทัศนคติต่อการป้องกันการหกล้มและแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม โดยใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที ต่อคน ผู้วิจัยได้ติดต่อเพื่อขอรับแบบสอบถามคืนจาก รพ.สต. คลองห้า ทั้งหมด 297 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 มาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล แล้วจึงนำข้อมูลมาประมวลผลและวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและอภิปรายผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด
2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistic) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ ระหว่างข้อมูลทั่วไป ความรู้ในการป้องกันการหกล้ม ทัศนคติต่อการป้องกันการหกล้ม และสภาพแวดล้อมในบ้านกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test)

จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองพิจารณาโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ในวันที่ 13 กันยายน 2564 หมายเลขโครงการ 0034/2564

ผลการวิจัย

1. ลักษณะประชากร

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลำลูกเกด จังหวัดปทุมธานี (n = 297)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	66	22.2
หญิง	231	77.8
อายุ (ปี)		
60-69	191	64.3
70-79	67	22.6
80 ปีขึ้นไป	39	13.1
อายุสูงสุด = 87 ปี อายุต่ำสุด = 60 ปี $\bar{x}$ = 68.9 ปี S.D. = 7.5		
ดัชนีมวลกาย (kg/m²)		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (≤ 18.5)	20	6.7
ปกติ (18.6 - 22.9)	93	31.3
อ้วนระดับ 1 (23.0 - 24.9)	57	19.2
อ้วนระดับ 2 (≥ 25)	127	42.8
ดัชนีมวลกายสูงสุด = 35.1 kg/m ² ดัชนีมวลกายต่ำสุด = 16.3 kg/m ² M = 24.6 kg/m ² SD = 3.9		
สถานภาพ		
โสด	39	13.1
สมรส	152	51.2

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
หม้าย	71	23.9
หย่าร้าง	19	6.4
แยกกันอยู่	16	5.4
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	29	9.8
ประถมศึกษา	120	40.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	44	14.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	58	19.5
อนุปริญญา/ปวส.	24	8.1
ปริญญาตรีขึ้นไป	22	7.4
อาชีพ		
ว่างงาน / แม่บ้าน	149	50.2
รับจ้างทั่วไป	57	19.2
ธุรกิจส่วนตัว / ค้าขาย	72	24.2
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	19	6.4
รายได้		
เพียงพอ	159	53.5
ไม่เพียงพอ	138	46.5
โรคประจำตัว		
มี	158	53.2
ไม่มี	139	46.8
ประวัติการหกล้ม (ในรอบปี ที่ผ่านมา)		
เคย	62	20.9
ไม่เคย	235	79.1

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 22.2 เป็นเพศหญิงจำนวน 231 คน คิดเป็นร้อยละ 77.8 กลุ่มตัวอย่างที่พบมากที่สุดเป็นผู้สูงอายุตอนต้นที่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 64.3 มีอายุสูงสุด 87 ปี อายุต่ำสุด 60 ปี และมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 68.9 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 6.7 กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 2 จำนวน 127 คน คิดเป็นร้อยละ 42.8 ดัชนีมวลกายสูงสุดเท่ากับ 35.1 kg/m^2 ดัชนีมวลกายต่ำสุด = 16.3 kg/m^2 ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.6 kg/m^2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 3.9 มีสถานภาพสมรส จำนวน 152 คน คิดเป็นร้อยละ 51.2 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 40.4 ประกอบอาชีพว่างงาน/ แม่บ้าน จำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 50.2 มีรายได้เพียงพอ จำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 53.5 มีโรคประจำตัว จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 53.2 ไม่เคยมีประวัติการหกล้มในรอบปีที่ผ่านมา จำนวน 235 คน คิดเป็นร้อยละ 79.1 และเคยมีประวัติการหกล้มในรอบปีที่ผ่านมา จำนวน 62 คน คิดเป็นร้อยละ 20.9 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1

2. ความรู้ในการป้องกันการหกล้ม ทักษะคิดต่อการป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมป้องกันการหกล้มและสภาพแวดล้อมในบ้าน

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี จำแนกตามระดับความรู้ในการป้องกันการหกล้ม ระดับทัศนคติต่อการป้องกันการหกล้ม ระดับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม และระดับความเสี่ยงของสภาพแวดล้อมในบ้าน (n=297)

	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้ในการป้องกันการหกล้ม		
ความรู้ระดับสูง (8-10 คะแนน)	122	41.1
ความรู้ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน)	144	48.5
ความรู้ระดับต่ำ (0-5 คะแนน)	31	10.4
ระดับทัศนคติต่อการป้องกันการหกล้ม		
ทัศนคติระดับดี (2.35 - 3.00 คะแนน)	266	89.6
ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (1.68 - 2.34 คะแนน)	31	10.4
ระดับพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม		
พฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง (2.35 - 3.00 คะแนน)	204	68.7
พฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง (1.68 - 2.34 คะแนน)	93	31.3
ระดับความเสี่ยงของสภาพแวดล้อมในบ้าน		
ความเสี่ยงปานกลาง (6-7 คะแนน)	54	18.2
ความเสี่ยงน้อย (0 - 5 คะแนน)	243	81.8

จากตาราง 2 พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 144 คน คิดเป็นร้อยละ 48.5 รองลงมาคือมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 41.1 และมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4

ด้านทัศนคติต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทัศนคติต่อการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับดี จำนวน 266 คน คิดเป็นร้อยละ 89.6 รองลงมาคือมีทัศนคติต่อการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 10.4

ด้านพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง จำนวน 204 คิดเป็นร้อยละ 68.7 และมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 93 คิดเป็นร้อยละ 31.3

ด้านสภาพแวดล้อมภายในบ้านเพื่อประเมินระดับความเสี่ยงของสภาพแวดล้อมภายในบ้านของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า สภาพแวดล้อมภายในบ้านของผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในระดับความเสี่ยงน้อย จำนวน 243 คน คิดเป็นร้อยละ 81.8 และความเสี่ยงปานกลาง จำนวน 54 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ตาราง 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี (n = 297)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ		χ^2	p-value
	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ			0.435	0.509
ชาย	24 (8.1)	42 (14.1)		
หญิง	74 (24.9)	157 (52.9)		

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ		χ^2	p-value
	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)		
อายุ (ปี)			6.30	0.043
60-69	68 (22.9)	123 (41.4)		
70-79	24 (8.1)	43 (14.5)		
80 ปีขึ้นไป	6 (2.0)	33 (11.1)		
ดัชนีมวลกาย (kg/m²)			7.804	0.020*
ต่ำกว่าเกณฑ์และปกติ	43 (14.5)	70 (23.6)		
อ้วนระดับ 1	103 (3.4)	47 (15.8)		
อ้วนระดับ 2	45 (15.2)	82 (27.6)		
สถานภาพ			0.495	0.805
โสด	12 (4.0)	27 (9.1)		
สมรส	53 (17.9)	99 (33.3)		
หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่	33 (11.1)	73 (24.6)		
ระดับการศึกษา				
ไม่ได้รับการศึกษา	5 (1.7)	24 (8.0)	36.462	< 0.001
ประถมศึกษา	31 (10.4)	89 (30.0)		
มัธยมศึกษาและเทียบเท่า	56 (18.9)	46 (15.5)		
อนุปริญญาขึ้นไป	6 (2.0)	40 (13.5)		
อาชีพ				
ว่างงาน/ แม่บ้าน	58 (19.5)	91 (30.6)	8.547	0.036
รับจ้างทั่วไป	14 (4.7)	43 (14.5)		
ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย	24 (8.1)	48 (16.2)		
รับราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	2 (0.7)	17 (5.7)		
รายได้			2.559	0.110
เพียงพอ	46 (15.5)	113 (38)		
ไม่เพียงพอ	52 (17.5)	86 (29)		
โรคประจำตัว			0.046	0.831
มี	45 (15.2)	94 (31.6)		
ไม่มี	53 (17.8)	105 (35.4)		
ประวัติการหกล้ม (ในรอบปี ที่ผ่านมา)			3.946	0.047
เคย	71 (23.9)	164 (55.2)		
ไม่เคย	27 (9.1)	35 (11.8)		

จากตาราง 3 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติการหกล้ม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศ สถานภาพ รายได้และโรคประจำตัว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี (p -value=0.509, 0.805, 0.110 และ 0.831)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการป้องกันการหกล้ม ทักษะต่อการป้องกันการหกล้ม และสภาพแวดล้อมในบ้านกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี

ตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการป้องกันการหกล้ม ทักษะต่อการป้องกันการหกล้ม และสภาพแวดล้อมในบ้านกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี (n = 297)

ตัวแปร	พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ		χ^2	p-value
	ระดับปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ระดับสูง จำนวน (ร้อยละ)		
ระดับความรู้ในการป้องกันการหกล้ม			12.48	0.002
ความรู้ระดับสูง	49 (16.5)	73 (24.6)		
ความรู้ระดับปานกลาง	31 (10.4)	113 (38.0)		
ความรู้ระดับต่ำ	13 (4.4)	18 (6.1)		
ระดับทักษะต่อการป้องกันการหกล้ม			0.28	0.597
ทัศนคติอยู่ในระดับดี	82 (27.6)	184 (62)		
ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง	11 (3.7)	20 (6.7)		
ระดับความเสี่ยงของสภาพแวดล้อมในบ้าน			0.143	0.705
ความเสี่ยงปานกลาง	19 (6.4)	35 (16.8)		
ความเสี่ยงต่ำ	79 (26.6)	164 (55.2)		

จากตาราง 4 พบว่า ความรู้ในการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนทัศนคติต่อการป้องกันการหกล้มและสภาพแวดล้อมในบ้านไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี ($p\text{-value} = 0.597$ และ 0.705)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง จำนวน 204 คิดเป็นร้อยละ 68.7 สอดคล้องกับการศึกษาของ Muangsiri, Maharachpong & Rodjarkpai (2017) ที่พบว่า พฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มในระดับสูง (ร้อยละ 51.4) เนื่องจากผู้สูงอายุยังมีพฤติกรรมชอบเอื้อมหรือก้มหยิบสิ่งของสุดมือ เปลี่ยนอิริยาบถ จากท่านั่งเป็นท่านอนอย่างรวดเร็วและออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ และเมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี พบว่า อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพและประวัติการหกล้ม (ในรอบปีที่ผ่านมา) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pholin, Jitramontree & Wirojratana (2017) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพ ความกลัวการหกล้มและพฤติกรรมการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่าปัจจัยด้านระดับการศึกษาและอาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ แต่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 เป็น

ผู้สูงอายุตอนต้น ที่มีอายุ 60-69 ปี ซึ่งการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายเริ่มเสื่อมลง ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 60-69 ปี จำนวน 191 คน คิดเป็นร้อยละ 64.3 ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุ ตอนต้นเช่นเดียวกัน และยังสอดคล้องการศึกษาของ Ketcharoen (2020) ที่พบว่าอายุ ดัชนีมวลกาย และ ประวัติหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 54.9 ดัชนีมวลกาย มากกว่าหรือเท่ากับ 22.9 ร้อยละ 65.9 มีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับปาน กลาง อาจเนื่องมาจากระดับความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งเคยหกล้ม แม้ไม่ได้รับการบาดเจ็บ รุนแรง แต่จะเกิดการวิตกกังวลและหวาดกลัวการหกล้มซ้ำ ทำให้การประกอบกิจวัตรประจำวันลดลงได้ นอกจากนี้การศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกายมากกว่าเกณฑ์ คือ อ้วนระดับ 1 สูงถึงร้อยละ 57 และอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 19.2 การมีดัชนีมวลกายที่มากกว่าเกณฑ์ทำให้น้ำหนักตัวลงที่ข้อเท้าและสะโพกมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่า และเกิดการเสียการทรงตัวได้ (Sorysang, Khompraya & Natetanasombut, 2014) แต่ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Muangsiri, Maharachpong & Rodjarkpai (2017) ที่พบว่า ประวัติการหกล้ม (ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา) ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของ ผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุที่ไม่เคยหกล้ม จะมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ 1.5 เท่า และผู้สูงอายุที่ไม่ เคยหกล้มมีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับสูงถึงร้อยละ 13 ส่วนเพศ สถานะภาพ รายได้และโรคประจำตัว พบว่า ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัด ปทุมธานี อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.050$)

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการป้องกันการหกล้ม ทักษะต่อการป้องกันการหกล้ม และ สภาพแวดล้อมในบ้านกับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัด ปทุมธานี พบว่า ความรู้ในการป้องกันการหกล้มมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) อาจเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง จำนวน 122 คน คิดเป็นร้อยละ 41.1 ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรม ป้องกันการหกล้มอย่างเหมาะสมได้ สอดคล้องกับ Sarapun, Sirisophon, Kainaka, Onsiri, Outayanik, Threrawachjareanchai et al. (2017) กล่าวว่า แนวทางการป้องกันและการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ที่สำคัญในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การปรับปรุงสิ่งแวดล้อม การออกกำลังกาย และการมีระดับความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกันการหกล้มที่ดี

ด้านทัศนคติต่อการป้องกันการหกล้ม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.050$) ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า ผู้สูงอายุมีทัศนคติอยู่ในระดับดีและมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูง จำนวน 184 คน คิดเป็น ร้อยละ 62 ซึ่งแสดงให้เห็นทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการหกล้ม ไม่ได้ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่ ดีตามไปด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Sridawruang, Worawong, Sriyasak, Howharn & Manassatchakun (2020) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของ ผู้ใหญ่วัยกลางคนที่มีความรู้หนังสือในชนบท และพบว่าทัศนคติที่ดีต่อการออกกำลังกายไม่ได้แสดงพฤติกรรมการ ออกกำลังกายที่ดีตามไปด้วย ถึงแม้ว่าผู้ใหญ่ว่าจะเชื่อว่าการไม่ออกกำลังกายมีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหา สุขภาพตามมา แต่ยังไม่แสดงพฤติกรรมการออกกำลังกายเท่าที่ควร และสภาพแวดล้อมภายในบ้านมี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุตำบลคลองห้า อำเภอลองหลวง จังหวัดปทุมธานี อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.050$) อาจเนื่องมาจากสภาพแวดล้อมในบ้านของผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับ ความเสี่ยงต่ำและมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มอยู่ในระดับสูงถึงร้อยละ 55.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Muangsiri (2017) ที่พบว่า การประเมินสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้านไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ป้องกันการหกล้ม เนื่องจากผู้สูงอายุที่สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้านน้อยจะมีพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มน้อยกว่า ผู้สูงอายุที่สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงภายในบ้านมาก

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการหกล้มและความรู้ในการป้องกันการหกล้ม ไปเป็นแนวทางในการออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มที่มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ
2. นำผลการวิจัยมาประยุกต์เป็นรูปแบบการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมป้องกันการหกล้มจากปัจจัยภายในมากขึ้น เช่น การออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความแข็งแรงตามบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกของพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) หรือการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Dept Interview) กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
2. ควรทบทวนแนวคิด ทฤษฎีอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความกลัวการหกล้ม แรงสนับสนุนทางสังคม
3. ควรมีการศึกษาเชิงปฏิบัติการหรือกึ่งทดลอง เพื่อหาแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ
4. ควรนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการหกล้มและความรู้ในการป้องกันการหกล้มไปศึกษาเพิ่มเติม

References

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 2563. สืบค้นเมื่อ 21 ตุลาคม 2665 จาก <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ สาเหตุและการป้องกัน. สืบค้น21 ตุลาคม 2665 จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1037120200813042821.pdf>.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). จำนวนและอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ต่อประชากรผู้สูงอายุแสนคนจำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2555 – 2562. สืบค้นเมื่อ 21 ตุลาคม 2665 จาก <http://35.190.29.12/uploads/files/1662820210118045737.pdf>.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่'สังคมผู้สูงอายุ'อย่างสมบูรณ์แบบ. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2565จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>.
- คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2552). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545–2564). กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี.
- จันทรชัย เจริญประเสริฐ. (2564). ปัญหาการทรงตัวใน ผู้สูงวัย (Balance disorders in elderly). ภาควิชา โสตศอนาสิกวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2565 จาก http://rcot.org/datafile/_file/_doc tor/19ac85bb3173b1706ed 42f90e 98f387d.pdf. pp 803-808.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. (2561). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2562 ประวัติศาสตร์ใหม่ จำนวน ผู้สูงอายุมากกว่าเด็กเป็นปีแรก. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2565 จาก: <https://thaitgri.org/?p=39457>.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3 rd ed). New Jersey: Prentice Hall Inc.
- Bloom, B. S. (1975). *Taxonomy of Education*. David McKay.117 p. New York. Company Inc.

- Hemara, C., Rodma, G., & Dhanajyaist, B. (2020). Training Drill for Enhancing Strength and Balance of the Elderly with Applied Yoga Activities. *Academic Journal of Thailand National Sports University*, 12(2), 13-25.
- Ketcharoen, N. (2020). Factors Related to Fall Prevention Behavior among Elders in Community, Nongbua Lamphu Province. *Journal of Health and Environmental Education*, 5(2), 155-165.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Mato, L., Butsatam, N., Tumma, W., Wimoon, K., Peungsuwan, P. & Amatachaya, S. (2012). Balance Performance of Elderly in Amphur Muang, Khon Kaen Province. *JOURNAL OF MEDICAL TECHNOLOGY AND PHYSICAL THERAPY*, 24(2), 201-207.
- Muangsi, K., Maharachpong, N., & Rodjarkpai, Y. (2017). Factors Relating the Behavior of Fall Prevention among Elderly in Chonburi Province. *Naresuan University Journal: Science and Technology*, 25(4), 23-33.
- Pantawisit, J. (2018). The Development of Pasalop Dancing and Line Dancing Exercise Program on Blood Pressure Cardiorespiratory Endurance System and Balance of Elderly Persons in the Elderly Society of Nongkhai Municipality. *Journal of Education KHON KAEN UNIVERSITY*, 41(1), 101-117.
- Pholin, T., Jitramontree, N., & Wirojratana, V., (2017). The Relationships Between Personal Factors, Health Status, Fear of Falling, and Fall Preventive Behaviors of Community Dwelling Older Persons. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 29(1), 36-50.
- Rodseeda, P. (2018). Fall Prevention among the Elderly Living in a Community: the Nursing Role in Home Health Care. *Thai Red Cross Nursing Journal*, 11(2), 15-25.
- Sarapun, A., Sirisophon, N., Kainaka, P., Onsiri, S., Outayanik, B., Threrawachjareanchai, S., et al., (2017). Factors Related to a Fall Prevention Behaviors of Elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 18(suppl.1), 215-222.
- Sorysang, L., Khompraya, J., & Natetanasombut, K. (2014). A Study of Fall Prevention Guideline in Older Adult Living in Mitrphappatana Community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 15(1), 122-129.
- Sridawruang, C., Worawong, C., Sriyasak, A., Howharn, C., & Manassatchakun, P., (2020). Relationships between Knowledge, Attitude, and Behavior toward Food Consumption and Physical Exercises among Rural Overweight Middle-Aged Adults. *REGIONAL HEALTH PROMOTION CENTER 9 JOURNAL*, 14(35), 464-482.
- Tiaotrakul, A., & Wangwonsin, A. (2019). Improvement of Physical Fitness for Balancing and Fall Prevention in Elderly. *Academic Journal Institute of Physical Education*, 11(1), 74-92.

การมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในจังหวัดนราธิวาส People's Participation in Solving Drug Problems in Narathiwat Province

อภิญญา ก่อเต็ม^{1*}, อิกบาร์น ราซิด¹
Apinya Gordem^{1*}, Ikbar Raced¹
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส^{1*}
Narathiwat Provincial Public Health Office^{1*}

(Received: October 11, 2022; Revised: December 13, 2022; Accepted: December 31, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้เพื่อศึกษามีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน และตำแหน่ง จากประชาชนและผู้นำชุมชนในจังหวัดนราธิวาส จำนวน 286 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม การมีส่วนร่วมได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .878 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ t-test สถิติ One-way ANOVA ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe ผลการวิจัยพบว่า

1. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในจังหวัดนราธิวาสในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.90$, $SD=0.94$)

2. ประชาชนที่มีอาชีพ รายได้ และตำแหน่งหน้าที่ปัจจุบันในชุมชน ต่างกัน มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติดในจังหวัดนราธิวาส แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปร เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ประธานชุมชน ผู้ที่มีรายได้สูง และผู้ประกอบการอาชีพธุรกิจส่วนตัวซึ่งมีศักยภาพสูงในการเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติดเข้ามามีส่วนร่วมในด้านการด้านการตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและศรัทธา ซึ่งส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติดได้เพิ่มขึ้นและยั่งยืน

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของประชาชน, ผู้นำชุมชน, การแก้ไขปัญหาเสพติด

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: apin_4@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-6562924)

Abstract

This survey research was to study people's participation in solving drug problems in Narathiwat province classified by gender, age, occupation, education level, monthly income, length of staying in the village and position from 286 citizens and community leaders in Narathiwat province. Data were collected by questionnaire with its Cronbach's Alpha Coefficient = .878, and analyzed by descriptive statistics, t-test and one-way ANOVA with testing a pairwise difference performed by Scheffe method.

The results found that: 1) people's participation in solving drug problems in Narathiwat province as a whole was at a moderate level ($M = 2.90$, $SD = 0.94$); and 2) the difference of participants' occupation, monthly income and position had significant difference for participating in solving drug problems in Narathiwat province ($p\text{-value} < 0.05$), while gender, age, education level and length of staying in the community had no significant difference.

It could be suggested that community leaders, the people who have high income and the people who run their own business should be encouraged to participate in solving drug problems linked to decision making, implementing, receiving benefits and evaluation to be trusted and faith in increasing and sustaining drug problem solving.

Keywords: People's Participation, Community Leaders, Drug Problem Solving

บทนำ

ปัญหายาเสพติดนับว่าเป็นปัญหาสำคัญระดับชาติและเป็นปัญหาต่อความมั่นคงปลอดภัยของมนุษย์ โดยมีสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดจากการรายงานของสำนักงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (2560) พบว่ากลุ่มผู้เกี่ยวข้องยังเป็นกลุ่มเยาวชนที่มีอายุ 12-24 ปีมากที่สุด ซึ่งพบทั้งอยู่ในระบบการศึกษาและนอกสถานศึกษา และกลุ่มเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาและระดับประถมศึกษาเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเข้ามาเกี่ยวข้องกับยาเสพติดมากที่สุด พบว่า จำนวนผู้ป่วยยาเสพติดเข้ารับการบำบัดรักษาทุกระบบ ตั้งแต่ ปี 2562 - 2564 จำนวน 256,913 ราย 222,628 ราย 179,608 ราย ตามลำดับ ซึ่งแบ่งเป็นช่วงอายุ 12 - 24 ปี จำนวน ราย ปีงบประมาณ ตั้งแต่ ปี 2562 - 2564 จำนวน 100,217 ราย คิดเป็นร้อยละ 39.01 74,898 ราย คิดเป็นร้อยละ 33.64 55,016 ราย คิดเป็นร้อยละ 30.63 ตามลำดับ (ฐานข้อมูลจาก : ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.). (ออนไลน์) พบว่า ในอนาคตปัญหายาเสพติดยังคงมีแนวโน้มรุนแรงและนับวันจะทวีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้นส่งผลกระทบต่อในวงกว้าง ประชาชนได้คาดหวังให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเร่งรัดในการควบคุม ป้องกัน ปราบปราม และแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อจะได้มีความรู้สึกรับประกันความปลอดภัยในการดำรงชีวิต

สำหรับสถานการณ์ยาเสพติดในจังหวัดนราธิวาส พบว่าในปี 2562, 2563 และ 2564 พบผู้เข้ารับการบำบัดยาเสพติดจังหวัดนราธิวาส จำนวน 2,322, 1,697 และ 1,689 ราย (ฐานข้อมูลจาก : ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.). (ออนไลน์) ซึ่งจะเห็นว่าจำนวนของผู้เข้ารับการบำบัดยังคงทรงตัวอยู่ ถึงแม้จะมีการรณรงค์และจัดกิจกรรมป้องกันยาเสพติด และเร่งรัดการคัดกรองผู้เสพยาเสพติดเข้าสู่กระบวนการบำบัดทุกปีก็ตาม และเสี่ยงต่อการเพิ่มขึ้นของผู้เสพยาเสพติดเนื่องจากเป็นจังหวัดชายแดนสามารถเป็นทางผ่านของยาเสพติดไปยังประเทศเพื่อนบ้านได้ ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงยาเสพติดได้ง่าย ซึ่งยาเสพติดนั้นล้วนมีผลออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ลดประสิทธิภาพการเรียนรู้ จนทำให้เกิดโรคทางสมอง สมองสูญเสียหน้าที่ ทำให้ควบคุมตนเองไม่ได้ เมื่อผู้เสพติดมีความสุขก็จะไปใช้ยาเสพติดอีก เรียกอาการเช่นนี้ว่า “โรคสมองติดยา” ส่งผลกระทบต่อครอบครัว และทำให้เกิดอันตรายต่อตัวเอง ครอบครัว และคนในชุมชน

ดังนั้นการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติดอย่างต่อเนื่องจะสามารถช่วยลดปัญหาและความรุนแรงเพื่อคืนคนดีสู่สังคม ซึ่งการที่จะทำให้ผลการบำบัดมีประสิทธิภาพและผ่านการบำบัดรักษาอยู่ในสังคมและชุมชน จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะการขยายแนวคิด การใช้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติด ภายใต้แนวทาง การบำบัดฟื้นฟู ผู้ใช้ยาเสพติดโดยชุมชนเป็นศูนย์กลาง (Community Based Treatment and rehabilitation: CBTx) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติด(ศอ.ปส.สร. 2564-2566) ซึ่งการสร้างคามเข้มแข็งให้ภาคประชาสังคมและชุมชนให้เพิ่มมากขึ้นจะเป็นส่วนสำคัญที่ จะทำให้ปัญหายาเสพติดและปัญหาสังคมอื่นๆ ได้รับการแก้ไขอย่างแท้จริง โดยการเสริมปัจจัยความเข้มแข็งให้กับหมู่บ้านชุมชน และจากการศึกษาการจัดการปัญหายาเสพติดในชุมชน กรณีศึกษา : ชุมชนบาราเฮาะ ตำบลบาราเฮาะ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี (สุวรรณ เวาะมิ, 2563) พบว่าการจัดการปัญหายาเสพติดของชุมชนบาราเฮาะ สามารถแบ่งการจัดการได้ดังนี้ 1) ด้านผู้นำชุมชน 2) ด้าน สมาชิกในชุมชน 3) ด้านสภาพแวดล้อมทางสังคมในชุมชน และ 4) ด้านภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหายาเสพติดในชุมชน ในส่วนของผู้นำชุมชนนั้นพบว่าผู้นำสามารถแบ่งการดำเนินงานเป็นแบบบูรณาการร่วม 4 หลัก คือ กำหนดผู้ใหญ่บ้าน อิหม่าม ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และนักปราชญ์ โดยจะมีขั้นตอนการดำเนินงานการจัดการปัญหายาเสพติดในชุมชน ซึ่งกำหนด เป็นบุคคลที่คิดริเริ่มการจัดการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน แล้วนำเสนอต่อสมาชิกในชุมชน เพื่อให้ได้ความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับการจัดการยาเสพติดในชุมชน ดังนั้นผู้นำจึงเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการแก้ไขปัญหายาเสพติด และผู้นำศาสนาจะเป็นบุคคลที่จะมาขัดเกลาจิตใจของผู้ที่ติดสารเสพติด ไม่ให้กลับไปเสพยา รวมถึงประชาชนให้ความ ร่วมมือในการสอดส่องเป็นหู เป็นตา ให้กับชุมชนในการสร้างความสงบเรียบร้อยต่อไป และจากการวิจัย ของกิตติยา รินเพ็ง, ปวิษ เฉลิมวัฒน์ (2561) บทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดภายในหมู่บ้านหรือชุมชน พบว่าผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไข ปัญหายาเสพติดภายในหมู่บ้านหรือชุมชน มีความสำคัญของการจัดการปัญหายาเสพติดและเป็นตัวหลักและประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของ ทั้งภาครัฐและองค์กรเอกชน มีบทบาทในการสนับสนุน และ หาแนวทางการแก้ไข ปัญหารวมกัน จะทำให้การดำเนินการต่าง ๆ ภายในหมู่บ้านประสบความสำเร็จได้ ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในจังหวัดนราธิวาส ใน 4 ด้านได้แก่ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการรักษาผลประโยชน์ การมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยได้นำแนวคิดและทฤษฎีของ ของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1977) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของประชาชน เพื่อให้ประชาชนห่างไกลและปลอดภัยจากยาเสพติด มีผลให้คุณภาพชีวิตของประชาชน ในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

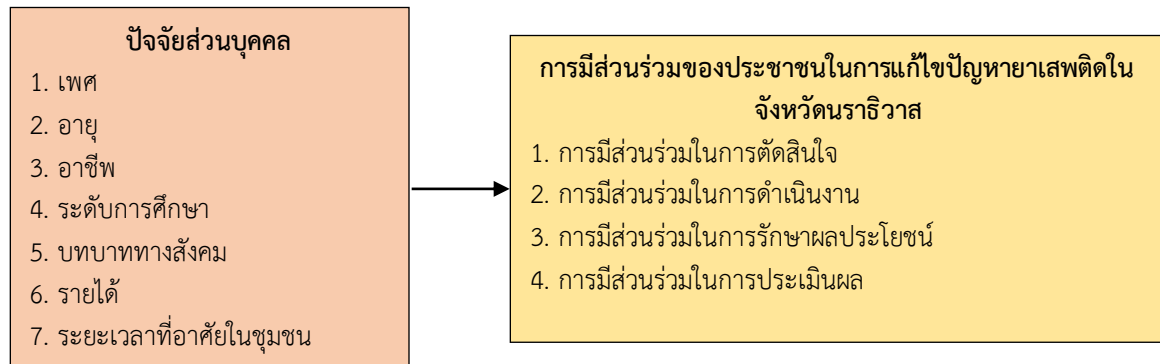
1. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส
2. เพื่อเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในการรักษาพื้นที่จังหวัดนราธิวาสจำแนกตามเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน และบทบาททางสังคม

สมมติฐานวิจัย

ประชาชนที่มีเพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา บทบาททางสังคม รายได้ ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชนต่างกัน มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส โดยผู้วิจัยทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มากำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษาไว้โดยได้นำแนวคิดและทฤษฎีของ ของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen & Uphoff, 1977) การมีส่วนร่วมมี ดังนี้ 4 ขั้นตอน คือ 1)การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) 2)การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Implementation) 3) การมีส่วนร่วมในการรักษาผลประโยชน์ (Benefit) และ 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้นำชุมชน ประกอบด้วยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน แพทย์ประจำตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล สมาชิกสภาเทศบาล ประธานชุมชน และ คณะกรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และประชาชนทั่วไปที่เข้าร่วมโครงการมีส่วนร่วมการแก้ไขปัญหาเสพติดในจังหวัดนราธิวาส ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป จำนวน 1,023 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัย 2) เป็นผู้ที่อ่านหนังสือออก และเขียนหนังสือได้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ เป็นผู้ที่ไม่ประสงค์จะร่วมโครงการ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้เข้าร่วมโครงการมีส่วนร่วมการแก้ไขปัญหาเสพติดในจังหวัดนราธิวาส ซึ่งกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากสูตรคำนวณของยามาเน่ ที่ (ศิริชัย กาญจนวสี, 2544) โดยใช้การเปิดตาราง Taro Yamane ที่คำนวณแบบสำเร็จรูปในแต่ละระดับความคลาดเคลื่อน จากขนาดประชากร 1,000 ที่ระดับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 286 คน และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) คือ ขั้นที่ 1 เป็น Quota sampling สัดส่วนในแต่ละอำเภอ โดยใช้ 13 อำเภอ ในจังหวัดนราธิวาสเป็นชั้น (Strata) นั้น และสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ในแต่ละอำเภอตามจำนวนจนครบ 286 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อสอบถามการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในจังหวัดนราธิวาส แบ่งออกเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบมีจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ตำแหน่งปัจจุบัน ระยะเวลาที่อยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชน

ตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่ในจังหวัดนราธิวาส ซึ่งกำหนดไว้ 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ด้านการ

มีส่วนร่วมในผลประโยชน์และด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยกำหนดระดับการมีส่วนร่วมมี 5 ระดับ (Rating Scale) ตามวิธีการของ (Likert, Rensis. (1967)) คือ 5 หมายถึง การมีส่วนร่วมมากที่สุด 4 หมายถึง การมีส่วนร่วมมาก 3 หมายถึง การมีส่วนร่วมปานกลาง 2 หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อย 1 หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อยที่สุด และกำหนดเกณฑ์ในการใช้ค่าเฉลี่ยแปลความหมาย ดังนี้ (บุญชม ศรีสะอาด.2556)

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00 หมายถึง การมีส่วนร่วมมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20 หมายถึง การมีส่วนร่วมมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40 หมายถึง การมีส่วนร่วมปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60 หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง การมีส่วนร่วมน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งมีจำนวน 3 ท่าน คือ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษผู้มีความเชี่ยวชาญด้านยาเสพติด 1 คน สาธารณสุขอำเภอผู้มีประสบการณ์งานยาเสพติด 1 คน และผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดในพื้นที่ 1 คน จากนั้นนำไปหาความตรงเชิงเนื้อหาตามนิยามเชิงปฏิบัติการ จากค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) ของ Rowinell and Hambleton 1977 อ้างถึงใน (Luan, & Angkana, 1996) ซึ่งได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00

สำหรับการตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างชนิดความสอดคล้องภายในกับประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนลาเวง ตำบลเชิงคีรี แต่ไม่ใช่กลุ่มอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) รายด้านและทั้งฉบับดังนี้ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เท่ากับ 0.825 ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน เท่ากับ 0.854 ด้านการมีส่วนร่วมในการรักษาผลประโยชน์ 0.817 การมีส่วนร่วมในการประเมินผล เท่ากับ 0.875 และทั้งฉบับ เท่ากับ 0.878

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา สอบถามความสมัครใจในการร่วมตอบแบบสอบถามงานวิจัย ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปให้กับผู้รับผิดชอบงานยาเสพติดในพื้นที่ เพื่อเอาไปให้กลุ่มตัวอย่าง และอธิบายความมุ่งหมายของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจอย่างชัดเจนและอธิบายวิธีการตอบคำถามในแบบสอบถามในข้อที่นำเสนออย่างละเอียดแล้วนัดวันรับแบบสอบถามกลับคืนภายใน 7 วัน โดยให้ปฏิบัติตามมาตรการเกี่ยวกับการป้องกัน COVID -19 อย่างเคร่งครัด ทั้งนี้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้จัดทำแบบสอบถาม จำนวน 286 ชุด และสามารถเก็บคืนได้ทั้งหมด 286 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ
2. วิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสโดยใช้สถิติใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่ออธิบายลักษณะข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในการรักษาพื้นที่จังหวัดนราธิวาสจำแนกตามเพศ อายุ โดยใช้สถิติ t-test for independent
4. เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในการรักษาพื้นที่จังหวัดนราธิวาสจำแนกตามอาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่อยู่อาศัยในชุมชน และบทบาททางสังคม ซึ่งการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปรอิสระที่มี 3 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และหากพบว่ามี ความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย เรื่อง "การมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหา ยาเสพติดในจังหวัดนราธิวาส" People's Participation in Solving Drug Problems in Narathiwat Province . ได้คำขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนราธิวาส เลขที่ 04/2565 ลงวันที่ 27/07/2565 ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ โดยในการ เก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่มีการเขียนชื่อและที่อยู่ การวิเคราะห์ข้อมูลจะวิเคราะห์ในภาพรวม และนำมาใช้ในเชิง วิชาการเท่านั้นและมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างจากสถานการณ์ โควิด-19 โดยการสวมหน้ากากอนามัย และ เว้นระยะห่าง ตลอดเวลาที่มีการเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล

ตาราง 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคล (n=286)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	130	45.45
หญิง	156	54.55
อายุ		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	7	2.45
มากกว่า 20 ปี ขึ้นไป	279	97.55
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	52	18.18
มัธยมศึกษาตอนต้น	53	18.53
มัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศึกษา	86	30.07
อนุปริญญา/ปวส.	24	8.39
ปริญญาตรี	70	24.48
สูงกว่าปริญญาตรี	1	.35
อาชีพหลัก		
ทำเกษตรกรรม/เลี้ยงสัตว์	46	16.08
รับจ้างทั่วไป	109	38.11
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	40	13.99
พนักงาน/ลูกจ้างภาคเอกชน	27	9.44
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างภาครัฐ	35	12.24
อื่น ๆ	29	10.14
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	110	38.46
5,001-10,000 บาท	118	41.26
10,001-15,000 บาท	47	16.43
15,001-20,000 บาท	3	1.05
20,001-25,000 บาท	0	.00
25,001 บาทขึ้นไป	8	2.80

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชน		
ต่ำกว่า 1 ปี	1	0.35
1-5 ปี	8	2.79
5-10 ปี	14	4.90
10 ปี ขึ้นไป	263	91.96
ตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน		
กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน	7	2.40
ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน/สารวัตรกำนัน	15	5.20
สมาชิก อบต./สมาชิกสภาเทศบาล	12	4.20
ประธานชุมชน	3	1.00
คณะกรรมการหมู่บ้าน/ชุมชน	9	3.10
อสม.	59	20.60
ประชาชนในหมู่บ้าน	181	63.30
รวม	286	100.00

จากตาราง 1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.55 มีอายุมากกว่า 20 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 97.55 มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/อาชีวศึกษา ร้อยละ 30.07 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 38.11 มีรายได้ที่ 5,001 – 10,000 บาท ร้อยละ 41.26 มีระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชน 10 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 91.96 และ เป็นประชาชนในชุมชน/หมู่บ้าน ร้อยละ 63.30

2. ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในจังหวัดนราธิวาส

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในจังหวัดนราธิวาส

การมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติดในจังหวัดนราธิวาส	M	SD	แปลผล	อันดับ
1. การมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจ	2.91	.95	ปานกลาง	2
2. การมีส่วนร่วมในด้านการดำเนินงาน	2.98	.99	ปานกลาง	1
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	2.86	1.00	ปานกลาง	4
4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล	2.87	1.11	ปานกลาง	3
รวม	2.90	0.94	ปานกลาง	

จากตาราง 2 พบว่า ผลการวิเคราะห์การมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในจังหวัดนราธิวาส ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.90$, $SD=.94$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า การมีส่วนร่วมในด้านการดำเนินงาน ค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=2.98$, $SD=.99$) รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ($M=2.91$, $SD=.95$) การมีส่วนร่วมในด้านการประเมินผล ค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($M=2.87$, $SD=1.00$) และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($M=2.86$, $SD=1.11$) ตามลำดับ

3. การเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชนจำแนกตามเพศ และอายุ

ตาราง 3 เปรียบเทียบประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสจำแนกตามเพศ และอายุ โดยใช้สถิติ Independent t –test

ตัวแปร	จำนวน	M	SD	t	p-value
เพศ					
ชาย	130	2.98	.97	1.21	.229
หญิง	156	2.85	.92		
อายุ					
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	7	2.41	.52	-1.29	.196
มากกว่า 20 ปี ขึ้นไป	279	2.91	.95		

จากตาราง 3 พบว่า ประชาชนที่มีเพศและอายุต่างกัน มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส ไม่แตกต่างกัน

4. วิเคราะห์เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส จำแนก อาชีพ ระดับการศึกษา บทบาททางสังคม รายได้ ระยะเวลาที่อาศัยในชุมชน และตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน

ตาราง 4 วิเคราะห์ความแปรปรวนการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสจำแนกตามระดับการศึกษา และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยใช้สถิติ One-way ANOVA

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	6	7.97	1.59	1.82	.108
	ภายในกลุ่ม	280	245.00	.87		
	รวม	286	252.97			
ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชน	ระหว่างกลุ่ม	6	1.29	.32	.36	.837
	ภายในกลุ่ม	280	251.68	.89		
	รวม	286	252.97			

ตาราง 5 วิเคราะห์ความแปรปรวนการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสจำแนกตามอาชีพ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และทดสอบรายคู่ด้วยวิธี Scheffe

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
อาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	6	11.21	2.24	2.59	.026
	ภายในกลุ่ม	280	241.77	.86		
	รวม	286	252.98			

อาชีพ	n	M	SD	ทำ เกษตรกรรม/ เลี้ยงสัตว์	รับจ้าง ทั่วไป	ธุรกิจ ส่วนตัว/ ค้าขาย	พนักงาน/ ลูกจ้าง ภาคเอกชน	ข้าราชการ/ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ/ ลูกจ้างภาครัฐ	อื่นๆ
เกษตรกรรม/เลี้ยง สัตว์	46	3.09	0.97		.047				
รับจ้างทั่วไป	109	2.76	0.83			.003			
ธุรกิจส่วนตัว/ ค้าขาย	40	3.28	0.88				.029		.012
พนักงาน/ลูกจ้าง ภาคเอกชน	27	2.77	0.89						
ข้าราชการ/ พนักงาน รัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้าง ภาครัฐ	35	2.97	1.17						
อื่นๆ	29	2.90	0.93						

ตาราง 6 เปรียบเทียบเปรียบเทียบรายค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่จังหวัด
นราธิวาสจำแนกตามรายได้ โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และทดสอบรายค่าด้วยวิธี Scheffe

ตัวแปร	แหล่งความ แปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
รายได้	ระหว่างกลุ่ม	6	10.66	2.13	2.46	.033
	ภายในกลุ่ม	280	242.31	.86		
	รวม	286	252.97			

รายได้	n	M	SD	ต่ำกว่า 5,000 บาท	5,001- 10,000 บาท	10,001- 15,000 บาท	15,001- 20,000 บาท	20,001- 25,000 บาท	25,001 บาทขึ้นไป
ต่ำกว่า 5,000 บาท	110	2.78	.85			.026*			.025*
5,001-10,000 บาท	118	2.90	.89						
10,001-15,000 บาท	47	3.22	1.12	.026				.026	
15,001-20,000 บาท	3	2.99	1.11						
20,001-25,000 บาท	0	0	0						.012
25,001 บาทขึ้นไป	8	3.55	1.23						

ตาราง 7 เปรียบเทียบเปรียบเทียบรายค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่จังหวัด
นราธิวาสจำแนกตามตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน โดยใช้สถิติ One-way ANOVA และทดสอบรายค่าด้วย
วิธี Scheffe

ตัวแปร	แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F	p-value
ตำแหน่ง	ระหว่างกลุ่ม	6	67.45	11.24	16.90	<.001
หน้าที่ใน ปัจจุบัน	ภายในกลุ่ม	280	185.52	.66		
	รวม	286	252.97			

ตำแหน่งหน้าที่ ในปัจจุบัน	n	M	SD	กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน	ผู้ช่วย ผู้ใหญ่บ้าน/ สารวัตร กำนัน	สมาชิก อบต./ สมาชิกสภา เทศบาล	ประธาน ชุมชน	คณะกรรมการ หมู่บ้าน/ชุมชน	อสม.	ประชาชน ใน หมู่บ้าน
กำนัน/ ผู้ใหญ่บ้าน	7	4.35	0.69			.049		.002	<.001	<.001
ผู้ช่วย ผู้ใหญ่บ้าน/ สารวัตรกำนัน	15	4.07	0.60					.003	<.001	<.001
สมาชิก อบต./ สมาชิกสภา เทศบาล	12	3.58	0.60				.044			<.001
ประธานชุมชน	3	4.65	0.56					.003	.001	<.001
คณะกรรมการ หมู่บ้าน/ชุมชน	9	3.04	1.22							<.001
อสม.	59	3.09	0.70							<.001
ประชาชนใน หมู่บ้าน	181	2.61	0.85							

จากตาราง 4-7 พบว่า ประชาชนที่มีอาชีพ บทบาททางสังคม รายได้ และตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน ต่างกัน มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 ส่วนระดับการศึกษาและระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชนไม่ต่างกัน

อภิปรายผล

จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในจังหวัดนราธิวาส สามารถอภิปรายผลที่ได้จากการศึกษาตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส จากการศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส โดยภาพรวม พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผู้วิจัยเห็นว่าการที่ประชาชนจังหวัดนราธิวาส ยังมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติดภาพรวมไม่ถึงระดับมาก อาจมีสาเหตุมาจาก ความรู้ และทัศนคติ ที่อาจมองปัญหาเสพติดเป็นเรื่องไกลตัว ยังไม่เห็นประโยชน์ที่ตัวเองหรือครอบครัวจะได้รับโดยตรง หรืออาจมาจากความกลัว อิทธิพล จึงไม่กล้าให้ความร่วมมือ มากเท่าที่ควร เพราะกลัวจะเกิดอันตรายต่อตนเองหรือคนใกล้ชิด และที่สำคัญอาจเนื่องมาจากการประสานของหน่วยงานภาครัฐที่ไม่มีประสิทธิภาพ ขาดความชัดเจน และไม่ได้สร้างความเชื่อมั่นหรือให้ไว้วางใจกับผลกระทบที่อาจเกิดความไม่ปลอดภัย ต่อชีวิตความเป็นอยู่ในชุมชน สังคมซึ่งเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส ในระดับปานกลาง เรียงลำดับค่าเฉลี่ยของระดับการมีส่วนร่วมจากมากไปหาน้อย คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วมในด้านการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล และด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องงานวิจัยของสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดำรงค์ฤทธิ์ บุญอัม (2555) ที่ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนต่อมาตรการแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี และพบว่า ผลการศึกษาพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนต่อมาตรการแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนตำบลบางแม่นาง อำเภอบางใหญ่ จังหวัดนนทบุรี โดยภาพรวมทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกรายด้านมีระดับการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง รายด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับ

ผลประโยชน์ รองลงมา คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติและด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ตามลำดับ

2. ผลวิจัยพบว่าประชาชนที่มีอาชีพต่างกันมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสแตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การที่ประชาชนส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง จึงมีข้อจำกัดในการเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งในด้านเวลา และภารกิจการทำงานที่ถูกกำหนดโดยนายจ้าง ประกอบกับ อาชีพแต่ละอาชีพมีลักษณะงานและประสบการณ์ การทำงานไม่เหมือนกันส่งผลต่อมุมมองแต่ละอาชีพ ต่างกัน ซึ่งพบว่า อาชีพรับจ้างทั่วไป เข้ามามีส่วนร่วมได้น้อยกว่า กลุ่มอาชีพ ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขายหรือกลุ่มอาชีพเกษตรกรรมและเลี้ยงสัตว์ ซึ่งมีเวลารายได้ และ ภารกิจ กิจกรรมการทำงาน ที่อิสระกว่า และสามารถแยกเป็นรายคู่ ดังนี้ อาชีพทำเกษตรกรรม/เลี้ยงสัตว์ มีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส มากกว่าประชาชนที่มีอาชีพรับจ้างทั่วไปและประชาชนที่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย มีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส มากกว่ารับจ้างทั่วไป อาชีพพนักงาน/ลูกจ้างภาคเอกชนและอาชีพอื่นๆ

ประชาชนที่มีรายได้ต่างกันมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสแตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า รายได้ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต จึงส่งผลให้ผู้มีรายได้น้อยต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ไปกับการทำมาหากินและไม่มีเวลาคิดถึงเรื่องส่วนรวม และจากผลการวิจัย พบว่าประชาชนที่มีรายได้ 10,001-15,000 บาท มีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส มากกว่าประชาชนที่มีรายได้ ต่ำกว่า 5,000 บาท และประชาชนที่มีรายได้ 25,001 บาทขึ้นไป มีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส มากกว่าประชาชนที่มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ทั้งนี้เนื่องจากไม่มีความเดือดร้อนในเรื่องการเงินและอยากช่วยเหลือสังคม จึงมีเวลาในการเข้าร่วมมากกว่าผู้ที่มีรายได้ต่อเดือนในช่วงอื่นๆ ซึ่ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ อธิพงษ์ ดันศิริ (2560) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดศึกษากรณีอำเภอแกลง จังหวัดระยอง ผลการเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในเขตอำเภอแกลง จังหวัดระยอง พบว่า อาชีพ รายได้ต่อเดือน และสถานะในครอบครัว ต่างกัน มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ชนภรณ์ สังสนาและคณะ (2559) ที่ศึกษาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในบ้านคลองม่วงเหนือ หมู่ที่ 3 ตำบลลำพญากลาง อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี พบว่าประชาชน ที่มีอาชีพแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในภาพรวมแตกต่างกัน และสอดคล้อง กับการศึกษาของ กัมพล เพ็ชรล้อมทอง (2565) พบว่า ประชาชนที่มีรายได้ต่อเดือนแตกต่างกันมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในภาพรวมแตกต่างกัน

ประชาชนที่มีตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบันต่างกันมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสแตกต่างกัน ทั้งนี้อธิบายได้ว่า อาจเป็นเพราะว่าประชาชนที่มีตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบันต่างกันถูกกำหนดให้เข้ามามีส่วนร่วมตามบทบาทหน้าที่ ที่ตนเองได้รับในชุมชน โดยพบว่า โดยพบว่า ตำแหน่งหน้าที่ ที่มีส่วนร่วมมากที่สุดคือ ประธานชุมชน และตำแหน่งหน้าที่ ที่มีส่วนร่วมน้อยสุดคือ ประชาชนในหมู่บ้าน

ส่วนเพศ อายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชนพบว่าไม่แตกต่างกัน เนื่องจากยุคสมัยในปัจจุบันทุกเพศ ทุกวัย ทุกระดับการศึกษา รวมทั้งทุกช่วงเวลาของการอาศัยอยู่ในหมู่บ้าน/ชุมชนอยู่กับเทคโนโลยีและความทันสมัยของเหตุการณ์ปัจจุบันทำให้ได้รับรู้ถึงข่าวสารและการรณรงค์ของหน่วยงานภาครัฐที่เข้าถึงทุกหมู่บ้านทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเสพติดไม่แตกต่างกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ส่งเสริมให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในด้านการประเมินผล และด้านการการรับผลประโยชน์มากขึ้น โดยการกำหนดให้มีการติดตามประเมินผลโดยภาคประชาชนในกิจกรรม/ โครงการแก้ไขปัญหายาเสพติดที่ดำเนินการในพื้นที่จังหวัดนราธิวาส และสรุปผลความก้าวหน้าในการดำเนินงาน เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ผลประโยชน์จากการเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งจะมีผลต่อการสร้างแรงจูงใจในการแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างยั่งยืน
2. ส่งเสริมให้ประธานชุมชน ผู้ที่มีรายได้สูง และผู้ประกอบการอาชีพธุรกิจส่วนตัว ซึ่งมีศักยภาพสูง ในการเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหายาเสพติด มากกว่าบุคคลอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการรณรงค์ และกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ทั้งในด้านการด้านการตัดสินใจ การดำเนินงาน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและศรัทธา จะส่งผลต่อการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดได้เพิ่มขึ้น และยั่งยืน
3. จากผลการศึกษาพบว่าประชาชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดระดับปานกลาง หน่วยงานภาครัฐ จึงควรศึกษาและปรับทัศนคติประชาชนในพื้นที่ให้มีทัศนคติที่ดีต่อการเข้ามามีส่วนร่วมดูแลความ สุขของชุมชน ด้วยการลดความเสี่ยงจากภัยยาเสพติดและปัญหาเรื่องรังที่เกิเกิดขึ้นจากบุตรหลานที่ติดยาเสพติด ต้องมีการโน้มน้าว (motivation) อย่างต่อเนื่องและจริงจัง เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่ ร่วมตัดสินใจเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหายาเสพติดในพื้นที่จังหวัดนราธิวาสในระดับมากที่สุดและทำอย่างต่อเนื่องและจริงจัง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึก เช่น การสัมภาษณ์ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงพัฒนาได้ครอบคลุมในทุกด้าน
2. ควรทำการศึกษาตัวแปรอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น แรงจูงใจในการมีส่วนร่วม ผลกระทบของการมีส่วนร่วม ศักยภาพในการเรียนรู้และการป้องกันและแก้ไขปัญหายาของผู้นำชุมชน อสม. คณะกรรมการหมู่บ้าน และประชาชน เพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนให้ครอบคลุมทุกด้าน
3. ควรศึกษาถึงบทบาทของผู้นำศาสนาในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เนื่องจากผู้นำศาสนามีอิทธิพลต่อความเชื่อ และพฤติกรรมของบุคคลโดยเฉพาะ ใน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้

References

- กิตติยา รินเพ็ง และปวิศ เณลิมวัฒน์ . (2561). บทบาทหน้าที่ของผู้นำชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ภายในหมู่บ้านหรือชุมชน อำเภอสร่างคอม จังหวัดอุดรธานี. *วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*, 1(1), 91-101
- กัมพล เพ็ชรล้อมทอง และธนัสถา โรจนตระกูล. (2565). การมีส่วนร่วมของเครือข่ายภาคประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. *กรณีศึกษาตำบลลำประดา อำเภอบางมูลนาก จังหวัดพิจิตร*.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2556). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย เล่ม 1 (พิมพ์ครั้งที่ 5)*. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น.
- ล้วน สายยศ และอังคณา สายยศ. 2543. *เทคนิคการวัดผลการเรียนรู้*. กรุงเทพฯ: ชมรมเด็ก.
- สิงห์ ปานะชา. (2558). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดขององค์การบริหารส่วนตำบล ในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-พม่าอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์). บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยศรีปทุม.
- สุวรรณี เวะมิ. (2563). *การจัดการปัญหายาเสพติดในชุมชน กรณีศึกษา: ชุมชนบาราเฮาะ ตำบลบาราเฮาะ อำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนสังคม คณะมนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- เสนีย์ วยวัฒน์. (2552). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ภายในชุมชน: ศึกษา กรณีชุมชนพัฒนาอีค4-5-6 แขวงคลองเตยเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร. ภาคนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุข. (2560). ระบบข้อมูลการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดของประเทศ (บสต.). (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก:
<http://antidrugnew.moph.go.th>
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2544). การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.
- อธิพงษ์ ต้นศิริ. (2560). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด ศึกษากรณีอำเภอแกลง จังหวัดระยอง. งานนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต กลุ่มวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- อัมพร ภูแก้ว. (2556). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการแก้ปัญหายาเสพติดในพื้นที่เทศบาลตำบลพลวง อำเภอเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- Likert, R. (1967). *The Method of Constructing and Attitude Scale. Attitude Theory and Measurement*. Fishbein, Martin, Ed. New York: Wiley & Son.
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the Use of Content Specialists in the Assessment of Criterion-Referenced Test Item Validity. *Dutch Journal of Educational Research*, 2, 49-60.

การประเมินผลโครงการลดบริโภคโซเดียมในอาหารผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์
และโรงพยาบาลทั่วไป เขตสุขภาพที่ 11 ปีงบประมาณ 2564

Project Evaluation of Sodium Consumption Reduction in Patients' Foods of
Advance and General Hospitals in Health Region 11 in Fiscal Year 2021

วัลย์ลักษณ์ สิทธิบรรณ

Walailuck Sittibun

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครราชสีมา

The office of Disease Prevention and Control 11, Nakhon Si Thammarat Province

(Received: July 28, 2022; Revised: December 10, 2022; Accepted: December 31, 2022)

บทคัดย่อ

การประเมินผลโครงการลดบริโภคโซเดียมในอาหารผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S, M1) เขตสุขภาพที่ 11 เป็นการวิจัยประเมินผลโดยใช้ CIPP Model ของสตีฟ เฟลปป์ และศึกษาปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานโครงการ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาทั้งหมด 62 คน คัดเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วยนักโภชนาการ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 11 การวิเคราะห์ข้อมูล เครื่องมือแบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ผลการประเมินด้านบริบท (Context) โครงการมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และความต้องการของโรงพยาบาลในระดับมากที่สุด ส่วนผู้บริหารให้ความสำคัญโครงการในระดับมาก ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า วัสดุอุปกรณ์และงบประมาณอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความรู้ความเข้าใจของบุคลากร ความพร้อมทางเทคโนโลยีและความร่วมมือในการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก ด้านกระบวนการ (Process) พบว่าการจัดอบรมให้ความรู้เพียงพอแก่ผู้ประกอบการ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการประชาสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก ด้านผลผลิต (Product) พบว่า ความพึงพอใจโครงการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($M=3.83$, $SD=0.57$) ส่วนการปรับลดปริมาณโซเดียมในอาหารที่เกิน 660 มิลลิกรัม ลดลงร้อยละ 15 ในอาหารผู้ป่วยใน (IPD) ได้ทุกเมนู พบว่าโรงพยาบาลศูนย์ จำนวน 1 แห่ง ร้อยละ 9.10 และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 5 แห่ง ร้อยละ 45.45

2. ปัญหาอุปสรรค พบว่า ผู้ป่วยบางรายรับประทานอาหารเหลือเล็กน้อยจากเดิมและจากความเคยชินในการปรุงอาหารรสเค็ม และโปรแกรมในการคำนวณสารอาหารต้องใช้ระยะเวลาอบรมให้มีความชำนาญ

ผลการวิจัยนี้สามารถขยายไปยังชุมชนเพื่อลดการบริโภคเค็มในอาหาร และควรประชาสัมพันธ์โดยใช้แรงจูงใจต่อผู้ป่วยในการลดบริโภคเค็ม

คำสำคัญ: การประเมินผล, การลดบริโภคโซเดียมในอาหาร, โรงพยาบาลศูนย์, โรงพยาบาลทั่วไป, เขตสุขภาพที่ 11

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: walailuck_sit@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 084-6633887)

Abstract

This evaluation research aimed to investigate the project of sodium consumption reduction in patients' foods of advance (Level A) and general (Level S and M1) hospitals in Health Region 11 applying CIPP model of Stufflebeam and also study the problems and obstacles of the project implementation. Participants were 62 persons selected by purposive sampling including nutritionists and the persons who took responsibility about chronic non-communicable diseases in advance and general hospitals and also provincial public health offices in health region 11. Data were analyzed by descriptive statistics and content analysis. The results showed that:

1. The context of the project was consistent with the objectives and needs of the hospitals at the highest level. The executive administrators indicated the importance of the project at a high level. Regarding inputs of the project, materials, equipment and budget were at a moderate level, while knowledge and understanding of personnel, technology and operational cooperation were at a high level. According to process of the project, providing sufficient knowledge for entrepreneurs, exchanging of knowledge and public relations were at a high level. In terms of product of the project, the overall project satisfaction was at a high level ($M=3.83$, $SD=0.57$). The quantify of sodium dietary containing in foods, above 660 milligrams, provided by the hospitals was reduced 15% in the inpatient diet (IPD) of all menus in one advance hospital (9.10%) and five general hospitals (45.45%).

2. Regarding the problems and obstacles of the project, some patients did not finish the foods, left a little bit, and from the habit of salty cooking. In addition, the program for calculating nutrients required an appropriate period of training to be proficient.

These research findings can be extended to communities for reducing consumption of salt in foods, and to health personnel for promoting incentives to patients for reducing salt consumption.

Keywords: Project evaluation, Sodium consumption reduction in food, Advance hospital, General hospital, Health region 11

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 โรคสำคัญ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจขาดเลือด และหลอดเลือดสมองในระดับประเทศ พบว่ามีอัตราความชุกและอัตราป่วยรายใหม่สูงสุดในโรคความดันโลหิตสูง รองลงมา ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และ หลอดเลือดสมอง ตามลำดับ โดยอัตราความชุกด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากรระดับประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 7,666.82 ในปี พ.ศ.2557 เป็น 8,849.56 ในปี พ.ศ.2561 ส่วนเขตสุขภาพที่ 11 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน คือ อัตราความชุกด้วยโรคความดันโลหิตสูงต่อแสนประชากร เท่ากับ 8,540.93 ในปี พ.ศ.2557 และเพิ่มเป็น 9,530.94 ในปี พ.ศ.2561 (ระบบคลังข้อมูลสารสนเทศด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center), 2562) กลุ่มโรคนี้มีสาเหตุจากปัจจัยเสี่ยงร่วมหนึ่งปัจจัยหรือมากกว่า โดยปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมที่สำคัญ ได้แก่ การบริโภคยาสูบ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ ความเครียดเรื้อรัง และปัจจัยเสี่ยงด้านการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วน (เพชรภรณ์ วุฒิมงคลชัย, 2560) โดยเฉพาะการรับประทานอาหารเค็มจะ

ส่งผลให้เกิดความดันโลหิตสูง (วีรบุรุษ รอบสันติสุข และสิริสวัสดิ์ วันทอง, 2562) องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้คำแนะนำการบริโภคอาหารที่มีเกลือซึ่งประกอบด้วยโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน โดยทั่วไปร่างกายต้องการโซเดียมประมาณ 1,500 มิลลิกรัม/วัน แต่ในชีวิตประจำวันของเราอาจจะบริโภคโซเดียมมากกว่านั้น โดยปริมาณโซเดียมสูงสุดที่บริโภคแล้วไม่อันตราย คือ ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม/วัน หรือเกลือประมาณ 1 ช้อนชา และหากได้รับปริมาณโซเดียมเกินความจำเป็นต่อร่างกายจะก่อให้เกิดโรคต่างๆ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคไต (โรงพยาบาลราชวิถี, 2559) เพราะไตทำหน้าที่ขับโซเดียมเมื่อเกิดการเสื่อมของไตแล้วไตทำงานได้ลดลง ทำให้มีการขับโซเดียมออกจากร่างกายได้น้อยลงจนมีการคั่งของโซเดียม จะส่งผลให้เกิดการบวม (สุกิจ รักษาสุข, 2562)

ในปี พ.ศ.2562 เขตสุขภาพที่ 11 ได้มีการสำรวจความรู้พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเค็มของประชาชนในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเค็มที่มีโซเดียมในระดับปานกลาง (78.02%) (กรณิกา สุวรรณ, วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ, จิรา แก้วดำ และเลิศศักดิ์ อินทร์ภาพ, 2563) และที่สำคัญต้องคำนึงถึงประชาชนที่อยู่ในโรงพยาบาลจำเป็นต้องลดการบริโภคโซเดียมในอาหารโดยสาเหตุจากสถานบริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลเป็นสถานที่ซึ่งรับรองประชาชนจำนวนมากในแต่ละวันทั้งบุคลากร ผู้ป่วยและญาติ กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดโครงการโรงพยาบาลเค็มน้อย อร่อย (3) ดี ภายใต้แนวคิด “อาหารโรงพยาบาลเค็มน้อย ตัดโรค ดีต่อสุขภาพ และอร่อยดี” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยเป็นโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพง ส่วนโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ M1) ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ ให้ปรับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลโดยมีแหล่งอาหารโซเดียมต่ำในอาหารสำหรับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงต้องมีโครงการลดปริมาณโซเดียมในอาหารเนื่องจากผู้ป่วยได้รับอาหารส่วนใหญ่จากโรงพยาบาล และจากร้านอาหาร/ร้านสวัสดิการในโรงพยาบาล โดยโครงการมีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการสร้างความรู้ ความตระหนักการสร้างทัศนคติและค่านิยมที่ดีต่ออาหารลดเค็มโดยสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ได้เป็นอย่างดี มีเป้าหมายเพื่อดีต่อสุขภาพจากการลดบริโภคโซเดียมในอาหารซึ่งส่งผลให้ลดโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง และภาวะแทรกซ้อน ต่อผู้ป่วยในและญาติที่มาโรงพยาบาล โครงการจึงมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการลดบริโภคเกลือโซเดียมอย่างต่อเนื่อง โดยนักโภชนาการลดปริมาณโซเดียมในอาหารผู้ป่วยในไม่เกิน 660 มิลลิกรัม ลดลงร้อยละ 15 หรือลดลง 99 มิลลิกรัม (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2563) โดยดำเนินงานโครงการในโรงพยาบาลทุกเขตสุขภาพในประเทศไทย เริ่มในปีงบประมาณ 2562 ได้ดำเนินงานในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ A, S) ในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 7 โรงพยาบาล ต่อมาในปีงบประมาณ 2563 เพิ่มดำเนินงานในโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ M1) จำนวน 4 โรงพยาบาล รวมเป็นจำนวน 11 โรงพยาบาล

ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพต่อไปในโรงพยาบาลชุมชนที่เหลือในเขตสุขภาพที่ 11 จึงต้อง มีการประเมินผลโครงการโดยใช้ CIPP Model เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานตามกระบวนการด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการลดบริโภคโซเดียมในอาหารผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S, M1) เขตสุขภาพที่ 11 แล้วนำไปปรับปรุงพัฒนาโครงการต่อไปให้มีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ และนำไปขยายผลการดำเนินงานไปยังโรงพยาบาลชุมชนในเขตสุขภาพที่ 11 ต่อไป

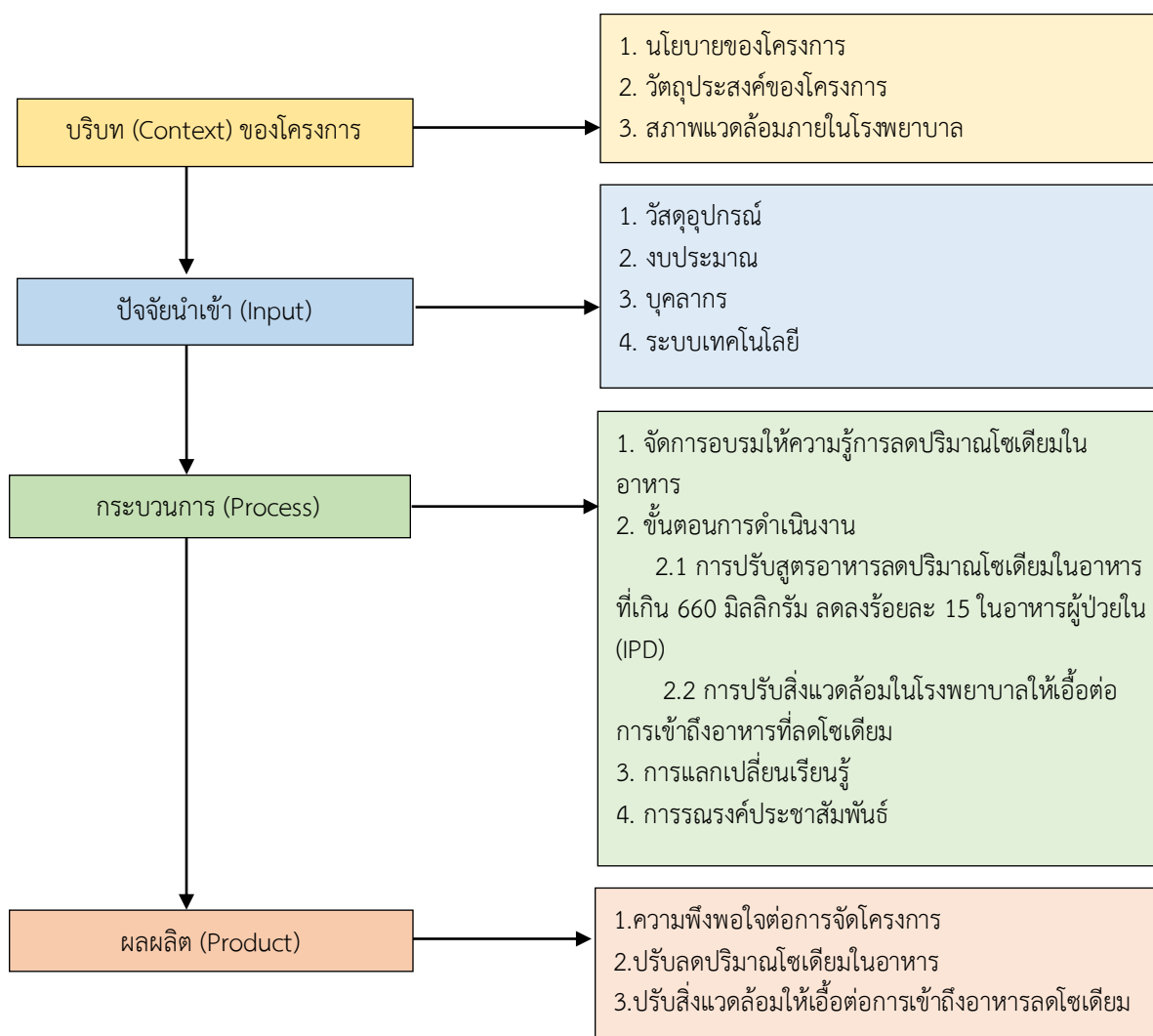
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อประเมินโครงการด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตจากการดำเนินงานลดบริโภคโซเดียมในอาหารผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S, M1) เขตสุขภาพที่ 11

2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค ของการดำเนินงานโครงการลดบริโภคโซเดียมในอาหารผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S,M1) เขตสุขภาพที่ 11

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิด CIPP Model ของสตัฟเฟิลบีม โดยเก็บข้อมูล เดือนเมษายน 2565 ได้กำหนดประเด็นการประเมินโครงการออกเป็น 4 ด้าน (พิชิต ฤทธิ์จรรยา, 2562) คือ ด้านบริบท ได้แก่ ความเหมาะสมของโครงการ และตรงตามวัตถุประสงค์ ด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ ความเพียงพอของทรัพยากร ด้านกระบวนการ ได้แก่ ขั้นตอนดำเนินงานโครงการเพื่อใช้พัฒนาแก้ไขปรับปรุงโครงการ และด้านผลผลิต ได้แก่ การประเมินผลผลิตเพื่อนำไปขยายการดำเนินงาน ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาใช้ในการวิจัยประเมินผลโครงการในครั้งนี้ ดังกรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงประเมิน (Evaluation Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักโภชนาการ ผู้ทำงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ทำงานในฝ่ายงานสุขศึกษาทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งดำเนินงานอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S และ M1) และผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 7 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวนทั้งสิ้น 66 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับโภชนาการ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้ทำงานในฝ่ายงานสุขศึกษาของโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S, M1)
2. ผู้ดำเนินงานเกี่ยวกับงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 7 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 11

เกณฑ์คัดออก เป็นผู้ไม่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักโภชนาการ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ดำเนินงานในฝ่ายงานสุขศึกษา ทั้งเพศชายและหญิง ซึ่งดำเนินงานอยู่ในโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S, M1) และผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 7 จังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 66 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เก็บจากประชากรทั้งหมด โดยเป็นผู้เกี่ยวข้องดำเนินงานโครงการลดบริโภคโซเดียมในอาหารแก่ผู้ป่วยในโรงพยาบาลทุกคน โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 66 คน ซึ่งขนาดตัวอย่างได้จากการเจาะจงประชากรทั้งหมดที่ดำเนินงานโครงการ ได้แก่ นักโภชนาการ ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และฝ่ายงานสุขศึกษา ในโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) จำนวน 21 คน และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) จำนวน 21 คน และระดับ M1 จำนวน 10 คน และผู้รับผิดชอบงาน โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 7 จังหวัด จำนวน 14 คน รวมจำนวน 66 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือเป็นแบบสอบถาม มีจำนวน 20 ข้อ และมีความพึงพอใจในภาพรวมของโครงการ 1 ข้อ โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามโดยผู้วิจัยสร้างเอง ซึ่งประเมินผลโครงการด้านบริบท จำนวน 8 ข้อ ปัจจัยนำเข้า จำนวน 5 ข้อ กระบวนการ จำนวน 7 ข้อ และความพึงพอใจในภาพรวม จำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบตามความคิดเห็นจริงโดยกากบาทในช่องระดับ Rating scale ซึ่งแบ่งคะแนนเป็น มากที่สุด=5 มีความคิดเห็นในระดับมากที่สุด, มาก=4 มีความคิดเห็นในระดับมาก, ปานกลาง=3 มีความคิดเห็นในระดับปานกลาง, น้อย=2 มีความคิดเห็นในระดับน้อย และน้อยที่สุด=1 มีความคิดเห็นในระดับน้อยที่สุด โดยผู้ตอบแบบสอบถามเป็นนักโภชนาการ ฝ่ายสุขศึกษา ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S, M1) และผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 7 จังหวัด

คะแนนเฉลี่ย 4.21 – 5.00	หมายถึง ระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.41 – 4.20	หมายถึง ระดับมาก
คะแนนเฉลี่ย 2.61 – 3.40	หมายถึง ระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.81 – 2.60	หมายถึง ระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.80	หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

ส่วนที่ 3 ประเมินโครงการด้านผลผลิต เป็นความพึงพอใจในภาพรวม และจำนวนโรงพยาบาลที่มีการปรับลดปริมาณโซเดียมในอาหารที่เกิน 660 มิลลิกรัม ลดลงร้อยละ 15 ในอาหารผู้ป่วยใน หรือลดโซเดียมลงจำนวน 99 มิลลิกรัม และจำนวนโรงพยาบาลที่มีการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเข้าถึงอาหารลดโซเดียมในอาหารผู้ป่วยใน

ส่วนที่ 4 คำถามปลายเปิด เกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานโครงการและข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ โดยทดสอบให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญด้านงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม จำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถาม โดยในบางข้อได้ ค่า IOC 0.5 ขึ้นไป และปรับปรุงแก้ไขในบางข้อที่มีค่า IOC ไม่ถึง 0.5 เพื่อให้แบบสอบถามมีความสมบูรณ์ครบถ้วน และเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างอ่านมีความเข้าใจและสามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยได้ความตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหาในแบบสอบถามทั้งฉบับ ค่า IOC เท่ากับ 0.8

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยง โดยการ Try Out แก่กลุ่มเป้าหมายจากการส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยรวมทั้งฉบับได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเอง (ไม่มีผู้ช่วยวิจัย) ได้ประสานงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาล โดยแจกแบบสอบถามและใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยทางไปรษณีย์ และให้ทำแบบสอบถามโดยรวบรวมเก็บข้อมูลแบบสอบถามจากกลุ่มเป้าหมายทางไปรษณีย์ โดยผู้วิจัยส่งแบบสอบถามไป จำนวน 66 ชุด ตอบกลับมา จำนวน 62 ชุด คิดเป็นร้อยละ 93.94

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) โดยประเมินผลในแต่ละด้าน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท (Context) ประเมินผลนโยบาย วัตถุประสงค์และสภาพแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ประเมินผลวัสดุอุปกรณ์ งบประมาณ บุคลากร และเทคโนโลยี ด้านกระบวนการ (Process) ประเมินผลขั้นตอนการดำเนินงาน ด้านผลผลิต (Product) ประเมินความพึงพอใจภาพรวม จำนวนโรงพยาบาลที่มีการปรับลดปริมาณโซเดียมในอาหารที่เกิน 660 มิลลิกรัม ลดลงร้อยละ 15 ในอาหารผู้ป่วยใน และจำนวนโรงพยาบาลที่มีการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเข้าถึงอาหารลดโซเดียมในอาหารผู้ป่วยใน

2. วิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) วิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค จากการดำเนินงานโครงการ และจากการที่ขาดการอบรมในการใช้โปรแกรม INMUCAL-Nutrients (Institutes of Nutrition, Mahidol University Calculation) คือ โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อใช้กับเครื่องไมโครคอมพิวเตอร์ โดยเก็บรวบรวมฐานข้อมูลคุณค่าสารอาหาร โดยสามารถคำนวณคุณค่าสารอาหารที่บริโภคพื้นฐาน 12 ชนิด คือ พลังงาน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน โปรตีน แคลเซียม ฟอสฟอรัส เหล็ก วิตามินเอ วิตามินบี1 วิตามินบี2 วิตามินซี และไนอาซีน และสามารถคำนวณคุณภาพโปรตีน ธาตุเหล็ก แยกตามแหล่งอาหารจากพืชและสัตว์ได้ โดยโปรแกรมสามารถบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่บริโภคได้โดยใส่ตามปริมาณ ชนิดอาหารที่ต้องการทราบคุณค่าสารอาหารและโปรแกรมจะคำนวณสารอาหารออกมาไปประมวลผลทางสถิติ ซึ่งโปรแกรมพัฒนาจากสถาบันโภชนาการของมหาวิทยาลัยมหิดล โดยในส่วนการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาใช้ตอนหลังการดำเนินงานเสร็จสิ้นแล้วมีปัญหา อุปสรรค และให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงโครงการต่อไป

จริยธรรมวิจัย

วิจัยในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย เรื่อง การประเมินผลโครงการลดบริโภคโซเดียมในอาหารผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S, M1) เขตสุขภาพที่ 11 ปีงบประมาณ 2564 ซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช โครงการวิจัยที่ เลขที่ E-02/2564 รับรองวันที่ 28 กันยายน 2564 - 27 กันยายน

2565 ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่มี การเขียนชื่อและที่อยู่ การวิเคราะห์ข้อมูลจะวิเคราะห์ในภาพรวม และนำมาใช้ในเชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปพบว่า เพศหญิง 60 คน เป็นร้อยละ 96.8 เพศชาย 2 คน ร้อยละ 3.2 กลุ่มอายุ 51-60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 33.9 อายุเฉลี่ย 44 ปี สถานภาพสมรส มากสุด ร้อยละ 50 การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 100 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ระดับ A ร้อยละ 33.87 ระดับ S ร้อยละ 33.87 และระดับ M1 ร้อยละ 12.90 ปฏิบัติงานมากที่สุดในช่วง 1-8 ปี ร้อยละ 37.1 รองลงมาในช่วง 27-35 ปี ร้อยละ 35.5 รายได้มากที่สุด ในช่วง 45,000-55,000 บาท ส่วนใหญ่ตำแหน่งนักโภชนาการ ร้อยละ 56.5 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 72.60

ตาราง 1 ประเมินผลโครงการลดบริโภคเกลือของประชาชนในโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S,M1) เขตสุขภาพที่ 11 ด้านบริบท (Context)

ด้านบริบท (Context)	M	SD	การแปลผล
1. โครงการมีความสอดคล้องกับนโยบาย/จุดเน้น กรมควบคุมโรค ของ กระทรวงสาธารณสุข	4.37	0.55	มากที่สุด
2. โครงการมีวัตถุประสงค์ ขั้นตอนและแนวทางการดำเนินงานมีความชัดเจน ตรงตามเป้าหมายของโครงการ	4.31	0.56	มากที่สุด
3. กิจกรรมโครงการสอดคล้องกับความต้องการของโรงพยาบาล	4.24	0.62	มากที่สุด
4. กิจกรรมโครงการสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ประกอบการ	3.92	0.66	มาก
5. กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ ผู้ป่วย และประชาชนที่มาโรงพยาบาล เหมาะสมกับ กิจกรรมโครงการ	4.19	0.65	มาก
6. ผู้บริหารให้ความสำคัญในการดำเนินงานตามโครงการ	4.10	0.65	มาก
7. ผู้ประกอบการร้านอาหาร มีความสนใจ และให้ความร่วมมือในการ ดำเนินการ	3.52	0.59	มาก
8. สภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาลเหมาะสมกับการดำเนินงาน เช่น การลด บริเวณการตั้งเครื่องปรุง	3.92	0.66	มาก

ด้านบริบท (Context) พบว่าโครงการมีนโยบายสอดคล้องกับความต้องการของโรงพยาบาล โดย ผู้บริหารให้ความสำคัญในการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ชัดเจนอยู่ในระดับมากที่สุด ผู้ป่วยและผู้ประกอบการ ร้านค้าในโรงพยาบาลให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามกิจกรรม ส่วนสภาพแวดล้อมภายใน โรงพยาบาลมีความเหมาะสมกับการดำเนินงานซึ่งอยู่ในระดับมาก

ตาราง 2 ประเมินผลโครงการลดบริโภคเกลือของประชาชนในโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) และโรงพยาบาล ทั่วไป (ระดับ S,M1) เขตสุขภาพที่ 11 ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)	M	SD	การแปลผล
1. วัสดุอุปกรณ์ Salt Meter มีความเพียงพอ	2.89	1.03	ปานกลาง
2. งบประมาณที่กลุ่มเป้าหมายใช้ในการดำเนินงานมีความเพียงพอ	3.10	0.78	ปานกลาง
3. บุคลากรที่ได้รับมอบหมายมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้ง ความถนัด ประสบการณ์ในการดำเนินงานโครงการมีอย่างเพียงพอ	3.82	0.71	มาก
4. มีความพร้อมทางเทคโนโลยี ได้แก่ ความน่าเชื่อถือของ salt meter ที่มิช่วยให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.42	0.88	มาก
5. หน่วยงานในโรงพยาบาลให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน	3.74	0.81	มาก

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่าวัสดุอุปกรณ์ Salt Meter และงบประมาณสนับสนุนกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานมีความเพียงพออยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความพร้อมทางเทคโนโลยี และบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ มีประสบการณ์ และให้ความร่วมมือในการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก

ตาราง 3 ประเมินผลโครงการลดบริโภคเกลือของประชาชนในโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S,M1) เขตสุขภาพที่ 11 ด้านกระบวนการ (Process)

ด้านกระบวนการ (Process)	M	SD	การแปลผล
1. การจัดอบรมให้ความรู้เพียงพอในการปรับปรุงสูตรอาหาร	3.53	0.76	มาก
2. การจัดอบรมให้ความรู้เพียงพอในการวิเคราะห์ส่วนประกอบอาหาร	3.48	0.74	มาก
3. การจัดอบรมให้ความรู้เพียงพอในการชี้แจงอบรมให้ผู้ประกอบการ	3.52	0.74	มาก
4. การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายทำให้นำมาใช้ปรับเปลี่ยนการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	3.59	0.72	มาก
5. มีช่องทางการประชาสัมพันธ์ ให้ถึงกลุ่มเป้าหมาย	3.49	0.67	มาก
6. แนวทางการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ครอบคลุมการดำเนินงานทั้งผู้ป่วยในและร้านค้าสวัสดิการในบริเวณโรงพยาบาล	3.66	0.75	มาก
7. ขั้นตอนแนวทางการดำเนินงานครอบคลุมในการดำเนินงานสอดคล้องกับวัตถุประสงค์	3.80	0.73	มาก

ด้านกระบวนการ (Process) พบว่าการจัดอบรมให้ความรู้ ปรับปรุงสูตรและวิเคราะห์ส่วนประกอบอาหารมีความเพียงพอแก่ผู้ประกอบการร้านค้าซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M=3.48$, $SD=0.74$) ส่วนขั้นตอนแนวทางการดำเนินงานมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=3.80$, $SD=0.73$) ส่วนช่องทางการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ครอบคลุมการดำเนินงานทั้งผู้ป่วยในและร้านค้าสวัสดิการในบริเวณโรงพยาบาลอยู่ในระดับมาก

ด้านผลผลิต (Product) พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการในการดำเนินงานลดการบริโภคโซเดียมในอาหารมีความพึงพอใจโครงการในภาพรวม ความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($M=3.83$, $SD=0.57$) ส่วนการปรับลดปริมาณโซเดียมในอาหารที่เกิน 660 มิลลิกรัม ลดลงร้อยละ 15 ในอาหารผู้ป่วยใน (IPD) ได้ทุกเมนู พบว่าโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) จำนวน 1 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 9.10 และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S) จำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 45.45 และโรงพยาบาลที่มีการลดปริมาณโซเดียมในอาหาร ลดลงร้อยละ 15 ได้บางเมนู มีจำนวน 5 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 45.45 และมีโรงพยาบาล จำนวน 11 แห่ง ที่มีการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเข้าถึงอาหารลดโซเดียมในอาหารผู้ป่วยใน คิดเป็นร้อยละ 100

สรุปโครงการผ่านเกณฑ์ตามที่กำหนดโดยบรรลุตามวัตถุประสงค์ในประเด็นที่ผู้ป่วยลดการบริโภคโซเดียมในอาหารจากที่นักโภชนาการปรับลดปริมาณโซเดียมในอาหารที่เกิน 660 มิลลิกรัม ลดลงร้อยละ 15 ในอาหารผู้ป่วยใน (IPD) ทั้งจำนวน 11 โรงพยาบาล ควรปรับปรุงในด้านปัจจัยนำเข้าเกี่ยวกับงบประมาณ อุปกรณ์ Salt Meter ให้มีความเพียงพอต่อการดำเนินงาน ส่วนด้านกระบวนการ โรงพยาบาลควรมีการจัดอบรมให้ความรู้เพียงพอแก่ร้านค้าในการวิเคราะห์ส่วนประกอบอาหาร ปรับปรุงสูตรอาหารให้มีความเข้าใจ และจัดให้มีหลายช่องทางในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์แก่ผู้ป่วยและญาติที่มาโรงพยาบาลให้รับทราบในการลดบริโภคโซเดียมในอาหาร และควรระวังในการประยุกต์ใช้ในการลดโซเดียมในอาหารแก่ผู้ป่วยใน ซึ่งต้องเป็นอาหารที่มีโซเดียมเกิน 660 มิลลิกรัม เพราะถ้าลดโซเดียมในอาหารที่มีโซเดียมไม่เกิน 660 มิลลิกรัม อย่างต่อเนื่องผู้ป่วยอาจเกิดการขาดโซเดียมในร่างกายทำให้ควบคุมความสมดุลของน้ำและของเหลวในร่างกายไม่ได้ ส่งผลให้ควบคุมระบบความดันโลหิต การทำงานของเซลล์ประสาทและกล้ามเนื้อ ตลอดจนจนถึงการดูดซึมสารอาหารและเกลือแร่ในไตและลำไส้เล็กในร่างกายไม่ได้หรืออาจเจ็บป่วยอาหารน้อยลงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ขาดสารอาหารได้

ส่วนปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานลดการบริโภคโซเดียมในอาหารของผู้ป่วยในที่อยู่ในโรงพยาบาล พบว่าอาหารที่มีโซเดียมลดลงทำให้ผู้ป่วยบางรายรับประทานได้น้อยลงจากเดิม และความเคยชินในการปรุงประกอบอาหารรสเค็มซึ่งต้องค่อยปรับลดปริมาณโซเดียมลงเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ ส่วนโปรแกรม คำนวณบางโปรแกรมต้องเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อโปรแกรมเพื่อลงโปรแกรมในคอมพิวเตอร์ เช่น โปรแกรม INMUCAL-Nutrients ส่วนบางโปรแกรมที่ดาวน์โหลดจากคอมพิวเตอร์ เช่น โปรแกรม Thai Nutri Survey (TNS) ของสำนักโภชนาการมาคำนวณสารอาหารซึ่งโปรแกรมเหล่านี้ต้องทำการฝึกอบรมก่อนซึ่งต้องใช้เวลาในการอบรม

อภิปรายผล

การประเมินผลโครงการลดบริโภคโซเดียมในอาหารผู้ป่วยของโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S, M1) เขตสุขภาพที่ 11 เป็นการประเมินผลโครงการเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นลดบริโภคโซเดียมในอาหารโดยสาเหตุจากสถานบริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาลเป็นสถานที่ซึ่งรับรองประชาชนจำนวนมากในแต่ละวันทั้งบุคลากร ผู้ป่วยและญาติ จึงได้จัดโครงการโรงพยาบาลคึกคักน้อยอร่อย (3) ดี ภายใต้แนวคิด “อาหารโรงพยาบาลคึกคักน้อย ดีลดโรค ดีต่อสุขภาพ และอร่อยดี” โดยให้รับสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลโดยมีแหล่งอาหารโซเดียมต่ำในอาหารสำหรับผู้ป่วยที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาล จึงต้องมีโครงการลดปริมาณโซเดียมในอาหารเนื่องจากผู้ป่วยได้รับอาหารส่วนใหญ่จากโรงพยาบาล และจากร้านอาหาร/ร้านสวัสดิการในโรงพยาบาล โดยโครงการมีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนการสร้างความรู้ความตระหนักการสร้างทัศนคติและค่านิยมที่ดีต่ออาหารลดเค็มโดยสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) โครงการจึงมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องการลดบริโภคเกลือโซเดียมอย่างต่อเนื่อง โดยนักโภชนาการลดปริมาณโซเดียมในอาหารผู้ป่วยในทีเกิน 660 มิลลิกรัม ลดลงร้อยละ 15 หรือลดลง 99 มิลลิกรัม และบริเวณร้านค้าภายในโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) และโรงพยาบาลทั่วไป (ระดับ S, M1) ในการวิจัยใช้ทฤษฎีของสต๊อฟเฟิลบีม ประเมินผลโครงการโดย แบ่งเป็น 4 ด้านการอภิปรายผลการวิจัย ดังนี้

ด้านบริบท (Context) โครงการมีนโยบายสอดคล้องกับความต้องการของโรงพยาบาลโดยผู้บริหารให้ความสำคัญในการดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ และขั้นตอนที่ชัดเจนอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนผู้ประกอบการร้านค้าในโรงพยาบาลให้ความสนใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินการตามกิจกรรม ซึ่งสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาลมีความเหมาะสมกับการดำเนินงานซึ่งอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับผลการศึกษาของ วีระชัย นลวชัย, ผุสดี เวชพิพัฒน์, ปัทมสร ผลโพธิ์, จินตนา เทียมทิพร และกรณิการ์รัตน์ บุญช่วย ธนาสิทธิ์ (2562) ศึกษาการประเมินผลโครงการ ออย. ร่วมใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่กรมสุขภาพดี (ออย.Fit&Firm) พบว่าผู้บริหารส่วนใหญ่เห็นด้วยกับวัตถุประสงค์ของโครงการลดการบริโภคหวาน มัน เค็ม ของบุคลากร ซึ่งโครงการสอดคล้องกับนโยบาย ลดการบริโภคเค็มซึ่งประกอบด้วยโซเดียมในอาหาร และมีการตั้งเป้าหมายดำเนินงานชัดเจน ซึ่งทำให้บุคลากรดำเนินงานไปในแนวทางเดียวกัน

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่าวัสดุอุปกรณ์ Salt meter และงบประมาณสนับสนุนกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานมีความเพียงพออยู่ในระดับปานกลาง ส่วนความพร้อมทางเทคโนโลยี และบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจ มีประสิทธิภาพ และให้ความร่วมมือในการดำเนินงานอยู่ในระดับมาก ชัดแจ้งกับการศึกษาของ พงนิย ไชโย (2562) ศึกษาการประเมินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ เฝ้ารวัง และแก้ไขปัญหาสุขภาพบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลท่าแพะ จังหวัดชุมพร ปี 2560 พบว่างบประมาณในการดำเนินงานโครงการ วัสดุอุปกรณ์มีความเพียงพอในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาสุขภาพบุคลากรสาธารณสุขซึ่งการมีทรัพยากรเพียงพอในการดำเนินงานกิจกรรมทำให้โครงการมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ด้านกระบวนการ (Process) พบว่า การจัดอบรมให้ความรู้เพียงพอในการวิเคราะห์ส่วนประกอบอาหารซึ่งมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($M=3.48$, $SD=0.74$) ส่วนขั้นตอนแนวทางการดำเนินงานมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=3.80$, $SD=0.73$) ส่วนการชี้แจงและจัดอบรมให้ผู้ประกอบการปรับปรุงสูตรอาหาร

การมีช่องทางการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ครอบคลุมการดำเนินงานทั้งผู้ป่วยในและร้านค้าสวัสดิการในบริเวณโรงพยาบาล รวมทั้งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายทำให้นำมาใช้ปรับเปลี่ยนการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ัญญพิชชา ศักดิ์ภิรมย์ และพรพิรุณ ดีสวัสดิ์ (2562) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานอาหารปลอดภัย จังหวัดปทุมธานี พบว่าการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ เสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย และการประชาสัมพันธ์ โดยการนำความรู้และการประชาสัมพันธ์ให้ถึงกลุ่มเป้าหมายเป็นส่วนทำให้การดำเนินงานกิจกรรมในโครงการมีความสำเร็จบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการได้

ด้านผลผลิต (Product) พบว่าผู้เข้าร่วมโครงการในการดำเนินงานลดการบริโภคโซเดียมในอาหาร มีความพึงพอใจโครงการในภาพรวมความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ($M=3.83$, $SD=0.56$) ส่วนการปรับลดปริมาณโซเดียมในอาหารที่เกิน 660 มิลลิกรัม ลดลงร้อยละ 15 ในอาหารผู้ป่วยใน (IPD) ได้ตามวัตถุประสงค์ของโครงการ เนื่องจากสอดคล้องกับความต้องการของนักโภชนาการซึ่งได้นำความรู้ ขั้นตอนการดำเนินงานมาใช้ทำกิจกรรมลดบริโภคโซเดียมในอาหารแก่ผู้ป่วย และโรงพยาบาลทุกแห่งมีการปรับสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการเข้าถึงการลดโซเดียมในอาหารผู้ป่วยใน

ส่วนด้านปัญหาอุปสรรค พบว่า ผู้ป่วยบางรายยังปรับการรับประทานอาหารลดเค็มยังน้อย ทำให้ปริมาณอาหารเหลือจากเดิมเล็กน้อยและยังต้องปรับเทคนิคที่เคยชินในการปรุงประกอบอาหารรสเค็ม ซึ่งต้องค่อยปรับลดปริมาณโซเดียมลงเพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้ สอดคล้องกับการศึกษาของลือชัย ศรีเงินยวง ศึกษาสถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในประชากรไทย จากการสำรวจพบว่าพฤติกรรมการปรุงรสชาติของอาหารซึ่งมีการเติมเครื่องปรุงรสเป็นนิสัยของคนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.4) โดยมีนิสัยเติมเครื่องปรุงแบบเคยชิน โดยมีการปรุงก่อนชิม (ร้อยละ 39.7) และชิมก่อนปรุง (ร้อยละ 48.6) ซึ่งผู้ตอบแบบสำรวจประมาณ 4 ใน 10 คน มีนิสัยการเติมเครื่องปรุงแบบเคยชิน สอดคล้องกับการศึกษาของอรนุช ศรีหะถม, ทักษิณ พิมพ์ภักดิ์ และ พงษ์ภา ธานี (2562) ศึกษาปริมาณโซเดียมในอาหารที่บริโภคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านดอนกลางใต้ ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคโซเดียมที่เหมาะสม ซึ่งสามารถรับประทานได้แต่ควรปริมาณน้อย ร้อยละ 100 รองลงมาการประกอบอาหารด้วยตนเองสามารถจำกัดปริมาณเครื่องปรุงรสที่เติมในอาหารได้ ร้อยละ 96.43 ส่วนทัศนคติที่ไม่เหมาะสม คือ การรับประทานผักจะไม่ได้รับโซเดียม ร้อยละ 57.14 และสอดคล้องกับการศึกษาของปราโมทย์ ถ่างกระโทก, สิริณาด ขาวแขก, พนิดา มงคลดี, พัชรธิดา พิณรัตน์ และเปรมฤทัย พวงเพชร (2559) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การบริโภคอาหารเค็ม ระดับปานกลาง (รสปกติ) ของผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีชุดเครื่องปรุงไว้สำหรับการปรุงอาหาร การเตรียมอาหารโดยคำนึงถึงความปลอดภัยรสชาติถูกปาก จากพฤติกรรมเสี่ยงทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหาร รสจืดได้ ทำให้อาหารลดระดับความเค็มจากโซเดียมเหลือได้จากเดิม

ส่วนโปรแกรมคำนวณสารอาหารต้องทำการฝึกอบรมก่อนซึ่งต้องใช้เวลาในการอบรม เพราะต้องมีความชำนาญในการใช้โปรแกรมนำมาคำนวณสารอาหารต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำนโยบายที่สอดคล้องกับความต้องการของโรงพยาบาล ซึ่งผู้บริหารให้ความสำคัญในการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ชัดเจน นำไปใช้ขยายในโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ F1, F2 และ F3) ที่เหลือในเขตสุขภาพที่ 11 โดยให้นักโภชนาการในโรงพยาบาลมีการดำเนินงานตามขั้นตอนที่ชัดเจนในการลดโซเดียมในอาหารแก่ผู้ป่วยใน ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

2. จัดให้มีวัสดุอุปกรณ์ Salt Meter และงบประมาณ ความพร้อมทางเทคโนโลยีสนับสนุนกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานให้มีความเพียงพอ และสำรวจความรู้ความเข้าใจ ประสพการณ์ของบุคลากรก่อนการดำเนินงานเพื่อนำไปปรับปรุงในการดำเนินงานต่อไป ในโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ F1, F2 และ F3) ในเขตสุขภาพที่ 11

3. นำไปจัดอบรมให้ความรู้ วิเคราะห์สูตรและส่วนประกอบอาหาร และขั้นตอนแนวทางการดำเนินงาน ที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์แก่ผู้ประกอบการร้านค้า และรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ครอบคลุมการดำเนินงาน ทั้งผู้ป่วยในและร้านค้าสวัสดิการในบริเวณโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ F1, F2 และ F3) ในเขตสุขภาพที่ 11

4. นำกิจกรรมการลดบริโภคโซเดียมในอาหารแก่ผู้ป่วยดำเนินงานในโรงพยาบาลชุมชน (ระดับ F1, F2 และ F3) ที่เหลือในเขตสุขภาพที่ 11 ทุกแห่ง โดยให้มีการปรับสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเข้าถึงการลดโซเดียมในอาหารต่อผู้ป่วยใน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

นำผลการดำเนินงานด้านบริบท (Context) ไปประยุกต์ขยายให้มีการศึกษาวิจัยในการพัฒนารูปแบบชุมชนลดเค็มในอาหาร ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) ปรับปรุงให้มีงบประมาณ อุปกรณ์ที่เพียงพอในการดำเนินงาน ส่วนด้านกระบวนการ (Process) จัดให้มีการพัฒนาศักยภาพให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ไปยังชุมชน เพื่อให้มีแรงจูงใจในการลดบริโภคเค็มในอาหารแก่ประชาชนในชุมชนและแก่เด็กในสถานศึกษา เพื่อให้มีความเคยชินในการลดบริโภคเค็มในอาหารต่อไป โดยวัดระดับความเค็มในอาหารก่อนให้ความรู้และการปฏิบัติตนลดบริโภคเค็มในอาหาร หลังจากนั้นวัดระดับความเค็มในอาหารจากการปรุงและการปฏิบัติตนจากกลุ่มเป้าหมายในชุมชน เพื่อให้ได้รูปแบบชุมชนลดเค็มขยายไปยังชุมชนอื่นที่เหลือต่อไป

References

- กรรณิกา สุวรรณ, วลัยลักษณ์ สิทธิขรรค์, จิรา แก้วดำ และเลอศักดิ์ อินทร์ภาพ (2563). ความรู้ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 2, 53-61.
- กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลเค็มน้อยอร่อย (3) ดี. ข้อมูลระบบคลังข้อมูลสารสนเทศด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health data center) กระทรวงสาธารณสุข*. ค้นเมื่อ 30 กันยายน 2562, จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
- ธัญญพิชชา ศักดิ์ภิรมย์ และพรพิรุณ ดีสวัสดิ์. (2562). การประเมินผลการดำเนินงานอาหารปลอดภัย จังหวัดปทุมธานี. *วารสารอาหารและยา*, 26, 64-75.
- ปราโมทย์ ถ่างกระโทก, สิรินาถ ขาวแขก, พนิดา มงคลดี, พัชรจิตา พิณรัตน์ และเปรมฤทัย พวงเพชร. (2559). พฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มของผู้สูงอายุในเขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 9(3-4), 71-78.
- พจนีย์ ไชโย. (2562). การประเมินโครงการสร้างเสริมสุขภาพ เฝาระวัง และแก้ไขปัญหาสุขภาพบุคลากรสาธารณสุข โรงพยาบาลท่าแซะ จังหวัดชุมพร ปี 2560. *วารสารวิชาการแพทย์ เขต 11*, 33, 1-10.
- พิชิต ฤทธิ์จรรณ. (2562). *การประเมินโครงการ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้*. กรุงเทพมหานคร: แฮสส์ ออฟ เคอร์ มีส์.
- เพชรภรณ์ วุฒิมงคลชัย. (2560). *คู่มือการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน : ชุมชนลดเค็ม ลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (CBI NCDs)*. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. บริษัทโอเอ็มเอ็น อาร์ต จำกัด.
- โรงพยาบาลราชวิถี. (2559). *รู้ทัน “โซเดียม” เลี่ยงโรค*. ค้นเมื่อ 23 ธันวาคม 2565, จาก <https://www.rajavithi.go.th/rj/?p=2046>

- วีรณัฐ รอบสันติสุข และสิริสวัสดิ์ วันทอง. (2562). *ลดเค็มพิชิตภัยเงียบ*. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. ค้นเมื่อ 30 กันยายน 2562, จาก
<http://www.thaihypertension.org/hypertensiondetail.php?nid=237>
- วีระชัย นวลชัย, ผุสดี เวชพิพัฒน์, ปภัสสร ผลโพธิ์, จินตนา เทียมทิพร และกรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์ (2562). รายงานการประเมินผลโครงการ *อย.ร่วมใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสู่กรรมสุขภาพดี (อย. Fit & Firm)*. สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข.
- สุกิจ รักษาสุข. (2562). *มารู้จักโซเดียมกันเถอะ*. บทความสุขภาพ. ค้นเมื่อ 23 ธันวาคม 2565, จาก
https://www.si.mahidol.ac.th/siriraj_online/thai_version/Health_detail.asp?id=1365
- อรณัฐ ศรีหะตม, ทักษิณ พิมพ์ภักดิ์ และพจนาภา ธาณี. (2562). ศึกษาปริมาณโซเดียมในอาหารที่บริโภคของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บ้านดอนกลางใต้ ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 2, 34-43.

การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรค
ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์
เครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลนครปฐม
Development and Evaluation of Disease Control Behavior Model
among Chronic Kidney Disease Patients in Ongphrapathomchedee Health
Community Center Networking of Nakhonpathom Hospital's Contracted Unit
of Primary Care

สุนันทา อยู่เพ็ญ

Sunanta Upaniad

กลุ่มงานสุขศึกษา โรงพยาบาลนครปฐม

Health education department, Nakhonpathom hospital

(Received: November 10, 2022; Revised: December 25, 2022; Accepted: December 31, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรค ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์เครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครปฐม การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมในการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง จำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามพฤติกรรมในการควบคุมโรค การสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรค โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 และยกร่างรูปแบบโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรค ในกลุ่มทดลองจำนวน 34 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามพฤติกรรมในการควบคุมโรค วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติ Pair Sample t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีพฤติกรรมในการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมโรค และพฤติกรรมในการควบคุมโรคอยู่ในระดับปานกลาง

2. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้ ขั้นตอนที่หนึ่งการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองการควบคุมโรคด้านอาหารและยา ขั้นตอนที่สอง การพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองการควบคุมโรคด้านการออกกำลังกาย การกลั่นปัสสาวะ และ ขั้นตอนที่สาม การพัฒนาการคงพฤติกรรมในการควบคุมโรค

3. ผลการดำเนินกิจกรรมพบว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ และพฤติกรรมในการควบคุมโรค สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่งผลให้ค่าการกรองของไตสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ในขณะที่ค่าเฉลี่ยการทำงานของไตลดลง กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้น รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรค สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการควบคุมโรค ในทางที่ดีขึ้น ควรขยายผลไปสู่ชุมชนอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมในการควบคุมโรค, โรคไตเรื้อรัง, ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: glamsu04@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 086-6123674)

Abstract

The purposes of this research development study were to develop and evaluate a disease control behavior model for chronic kidney disease in Ongphraphathomchedee Health Community Center networking of Nakhonpathom Hospital's Contracted Unit of Primary Care. The research procedure consisted of 3 phases including: 1) analysis of behavior in 35 chronic kidney disease patients by using questionnaires and in-depth interviews; 2) development of the model based upon the outcomes of phase 1 using self-efficacy theory; and 3) testing and evaluating the model for 34 patients in the experimental group. The instruments used in this study were questionnaires and in-depth interviews. The data were analyzed by descriptive statistics and paired sample t-test.

The results showed that; 1) most of the participants had the middle level of perceived self-efficacy of disease control behavior, outcome expectations of disease control behavior and disease control behavior; 2) the development of disease control behavior model among chronic kidney disease patients included 3 stages: firstly, development of perceived self-efficacy and outcome expectations of food and drug intake; secondly, development of perceived self-efficacy and outcome expectations of exercise and holding bladder or urinary continence; and finally, development of maintenance of disease control behavior; and 3) the results of the model implementation revealed that the average scores of perceived self-efficacy of disease control behavior, outcome expectations of disease control behavior, and disease control behavior were significantly higher than before model implementation ($p\text{-value}<0.001$). In addition, eGFR had significantly higher rate than before intervention ($p\text{-value}<0.05$), while Cr had significantly lower rate than before intervention ($p\text{-value}<0.05$).

The findings of this study demonstrated that the disease control behavior model can improve perceived self-efficacy, outcome expectations and disease control behavior among chronic kidney disease patients. Therefore, this model should be continued and expanded in other communities.

Keywords: Disease control behavior, Chronic Kidney Disease, Health Community Center

บทนำ

โรคไตเรื้อรังกำลังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก เพราะทวีความรุนแรงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของทุกประเทศ ความชุกของผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องบำบัดทดแทนไตทั่วโลกในปี 2557 คิดเป็น 280 ต่อล้านประชากร ในส่วนของเอเชียการศึกษาความชุกของโรคไตเรื้อรัง ในประเทศจีน ในปี 2555 พบว่ามีความชุกเฉลี่ย 10.8% เป็นโรคไตระยะที่สาม 1.7% ในญี่ปุ่น ในระยะ 30 ปีที่ผ่านมา มีความชุกเพิ่มขึ้นชัดเจนในเพศชาย ในปี 2517-2545 จาก 13.8% เป็น 22.1% และจากการศึกษาเปรียบเทียบความชุกโรคไตในสิงคโปร์ ซึ่งประกอบด้วยเชื้อชาติหลักคือ จีน มลายู และอินเดีย พบว่ามีความชุกเท่ากับ 15.6 % โดยเป็น 11.4% ในเชื้อชาติจีน 18.6 % ในเชื้อชาติมลายู และ 17.6 % ในเชื้อชาติอินเดีย (ประเสริฐ ธนกิจจารุ, 2558)

ในประเทศไทยโรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ กระทรวงสาธารณสุขพบว่า คนไทยป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 17.6 ของประชากรหรือประมาณ 8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย 200,000 คนและต้องได้รับการบำบัดทดแทนไตด้วยการฟอกเลือดหรือล้างไตทางช่องท้องซึ่งต้องใช้งบประมาณการดูแลรักษากว่า 20,000 ล้านบาทต่อปี ผู้ป่วยเพิ่มปีละ 7,800 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 15-20% ต่อปี หากไม่ได้รับการรักษาที่

ถูกต้องจะเกิดโรคแทรกซ้อนถึงเสียชีวิต (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) เนื่องจากโรคไตเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขและมีความสำคัญสูงดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดให้มีการจัดบริการคลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD clinic) ในโรงพยาบาล ว่าต้องมี 3 องค์ประกอบคือ 1) บุคลากรประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกำหนดอาหาร หรือโภชนาการ เภสัชกร และนักกายภาพบำบัด 2) Education Program เพื่อให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและชุมชน 3) การจัดระบบข้อมูลข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยกำหนดให้โรงพยาบาล ต้องมีองค์ประกอบครบทั้ง 3 ข้อ โดยมีเป้าหมายชะลอการเสื่อมหน้าที่ของไตคือ ให้ผู้ป่วยมีอัตราการลดลงของ eGFR เฉลี่ย น้อยกว่า 4ml/min/1.73 m² ต่อปีและอย่างน้อย ร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ติดตามการรักษาใน CKD (ประเสริฐ ธนิกิจารุ, 2558)

จังหวัดนครปฐมมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไตเรื้อรังเพิ่มขึ้นทุกปี ในปี 2559-2561 จากข้อมูลของงานสารสนเทศโรงพยาบาลนครปฐมปี 2560 มีผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เข้ารับการรักษาทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 3,765 4,370 4,852 และ 3,342 3,373 3,491 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีและจากข้อมูลของศูนย์สุขภาพชุมชนองค์พระปฐมเจดีย์ซึ่งเป็นเครือข่ายบริการของโรงพยาบาลนครปฐมพบว่าผู้ป่วยมีภาวะไตเสื่อมระดับ 4 และ 5 ต้องเข้ารับการรักษาที่คลินิกไตวาย โรงพยาบาลนครปฐม เพิ่มขึ้นสูงทุกปี โดยปี 2562 มีผู้ป่วยไตวายเข้ารับการรักษาบำบัดทดแทนไตจำนวน 19 ราย จึงเปิดให้บริการคลินิกชะลอไตเสื่อมในปี 2562 ให้บริการตรวจรักษาผู้รับบริการผู้ป่วยไตเสื่อมในระยะที่ 3 โดยมีผู้มารับบริการในคลินิกจำนวน จำนวน 132 ราย เปิดบริการได้ 6 เดือน มีผู้ป่วย eGFR ลดลง<4 ml/min /1.73 คิดเป็นร้อยละ 31 จากการศึกษาข้อมูลผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคลินิกชะลอไตเสื่อม ที่มารับบริการศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคไตประมาณ 1 ปี โรคร่วมคือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 94.3 โรคเบาหวานร้อยละ 54.3 ไขมันร้อยละ 37.1 ส่วนมากมี ค่าการกรองของไตอยู่ในระยะ 3 ตอนต้น (eGFR44-59/ml/min/1.73 m²) ร้อยละ 51.4 การศึกษา ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 60 คิดว่าไม่สามารถลดเนื้อสัตว์ได้ตามเกณฑ์ ร้อยละ 80 คิดว่าไม่สามารถเลี่ยงการรับประทานอาหารเค็มเช่น น้ำพริก พริก น้ำปลา ปลาแดดเดียว ปลาเค็ม ปลาทุย หมูยอ ไส้กรอก กุนเชียง ร้อยละ 74.3 คิดว่าไม่สามารถเลี่ยงการรับประทานของทอด ร้อยละ 68.6 ไม่สามารถเลี่ยงการรับประทานขนมหวาน ขนมปังได้ ร้อยละ 54.3 คิดว่าเป็นการยากที่จะเลี่ยงการรับประทานเครื่องดื่มรสหวาน พฤติกรรมการควบคุมโรคไต ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 77.2 ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ร้อยละ 34.3 ยังมีการใช้ยาสมุนไพร หรืออาหารเสริมร้อยละ 14.3 ยังใช้ยาชุด ร้อยละ 60 ไม่ค่อยมีกิจกรรมเคลื่อนไหวทางกาย ร้อยละ 71.4 ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 2.9 ยังสูบบุหรี่ ร้อยละ 5.7 ดื่มสุรา ร้อยละ 5.7 ยังมีการกลืนปัสสาวะ

และจากการสัมภาษณ์พูดคุยกับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการ ในคลินิกชะลอไตเสื่อมศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ ผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป ผู้ป่วยให้ความเห็นว่า การควบคุมโรคไตมีความยากลำบากในการปฏิบัติพฤติกรรมตามคำแนะนำเพราะมีรายละเอียดที่ต้องปฏิบัติเยอะโดยเฉพาะเรื่อง การรับประทานอาหาร ผู้ป่วยเล่าว่า “ฟัง ๆ คุณแล้วต้องอดอยากทุกอย่าง กินอะไรไม่ได้เลยจะอยู่อย่างงั้นนะ นั่นก็กินไม่ได้ นี่ก็กินไม่ได้ลำบากแท้” จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น จะเห็นว่าผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง คลินิกชะลอไตเสื่อม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ ยังมีปัญหาในเรื่องการรับรู้ที่ไม่ถูกต้องในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเอง เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังเกิดการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรค เกิดความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ให้ถูกต้อง และมีการปฏิบัติพฤติกรรมได้อย่างสม่ำเสมออันจะช่วยให้สามารถชะลอการบำบัดทดแทนไต และดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

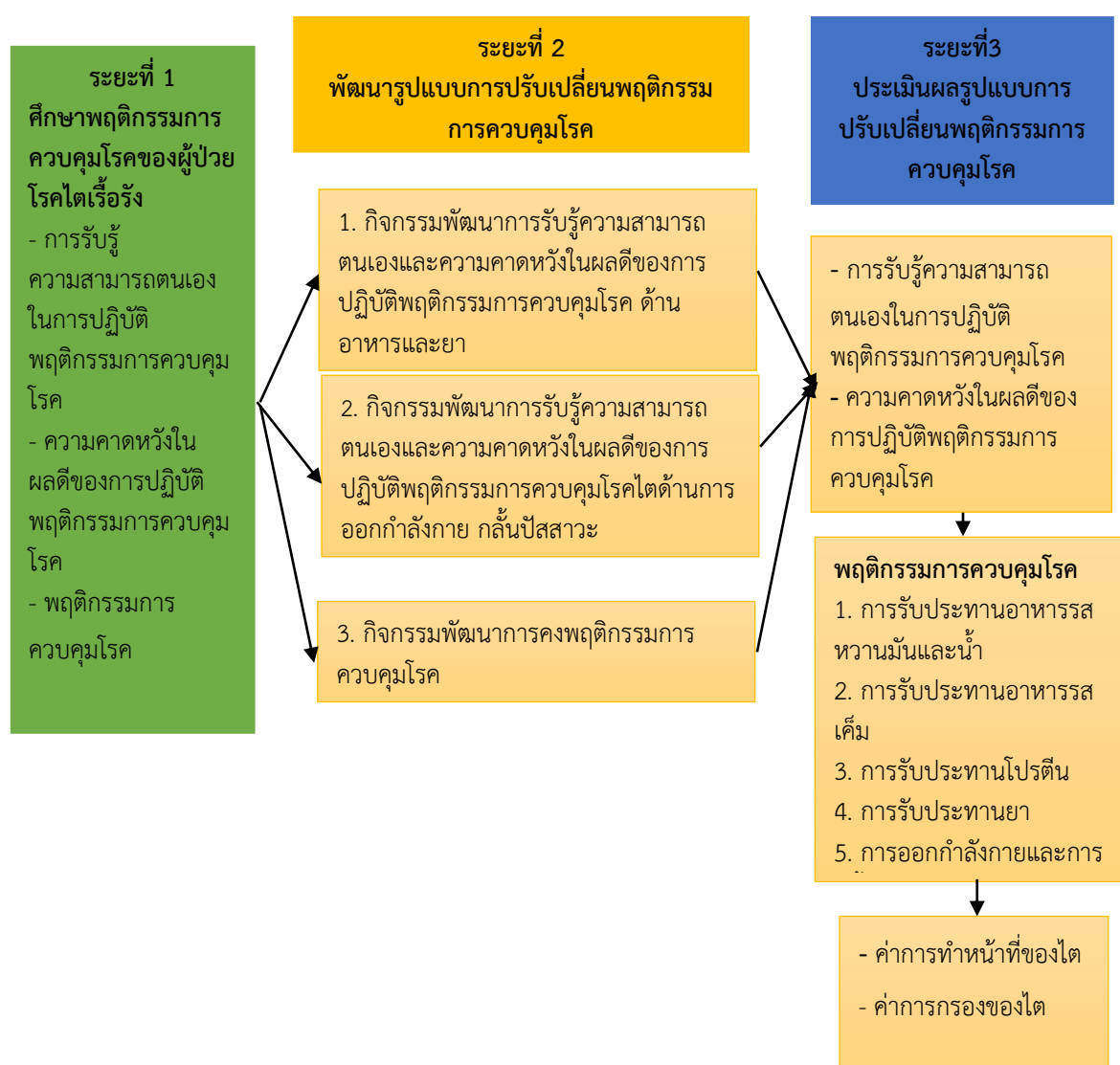
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์

2. พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรคโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์
3. เพื่อประเมินรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมโรคโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการศึกษาข้อมูลพฤติกรรมในการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1 พบว่ามีการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมในการควบคุมโรค และพฤติกรรมในการควบคุมโรคอยู่ในระดับปานกลาง และจากการสัมภาษณ์เชิงลึก แม้ว่าผู้ป่วยจะรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาแต่ก็ยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับที่ดีได้โดยให้ความเห็นว่าปฏิบัติได้ยากมาก แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) ของแบนดูรา(1986) ซึ่งให้ความจำกัดความว่า คนที่เชื่อว่าตนเองมีความสามารถจะมีความอดทนอดสาหัสไม่ท้อถอยง่าย และจะประสบความสำเร็จในที่สุด ผู้วิจัยได้นำมาสรุปเป็นกรอบแนวคิดดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมและการควบคุมโรคในผู้โรคไตเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ เครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลนครปฐม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อมศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 132 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ 1) มีค่าการกรองของไตระยะที่ 3 (eGFR30-59ml/min/1.73m²) 2) สามารถพูดคุยโต้ตอบช่วยเหลือตัวเองได้ดี 3) ยินดีให้ข้อมูลเพื่อการศึกษาพฤติกรรมและการควบคุมโรค เกณฑ์การคัดออกคือกลุ่มตัวอย่างไม่อยู่ในช่วงเก็บข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อมศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ อาศัยอยู่ในเขต จำนวน อ.เมือง จ.นครปฐม จำนวน 35 คนโดยใช้วิธีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 25 ของขนาดประชากร (ธีระวุฒิ เอกะกุล, 2543) ได้จำนวน 30 คน เพื่อป้องกันแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ กำหนดเป็น 35 คน สุ่มอย่างง่ายจากผู้มารับบริการตรวจตามนัด ทุกๆ 5 คน จนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 35 คนในช่วงเดือนมีนาคม-เมษายน 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยกำหนดกรอบแนวคิดในการสร้างแบบสอบถามจากเนื้อหา ความสอดคล้อง ความครอบคลุมตามพฤติกรรมและการควบคุมโรค ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

2. แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมและการควบคุมโรคดัดแปลงจาก อติเทพ ผาติอินทร์ (2560) ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 1-4 แบบประเมินด้านบวกสูงสุดได้ 4 คะแนน ด้านลบให้คะแนนตรงข้ามกับด้านบวก

3. แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในการปฏิบัติพฤติกรรมและการควบคุมโรค ดัดแปลงจากพิมพ์สุภัท ปานเพียรกุลภัก (2559) ใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 1-4 แบบประเมินด้านบวกสูงสุดได้ 4 คะแนน ด้านลบให้คะแนนตรงข้ามกับด้านบวก

4. แบบสอบถามพฤติกรรมและการควบคุมโรค ดัดแปลงจากแบบสอบถามพฤติกรรมและการจัดการตนเองของ อติเทพ ผาติอินทร์ (2560) และพิมพ์สุภัท ปานเพียรกุลภัก (2559) ครอบคลุมพฤติกรรม ด้านการรับประทาน อาหารรสหวานมันและน้ำ ด้านการรับประทานอาหารรสเค็ม ด้านการรับประทานโปรตีน ด้านการรับประทาน ยา ด้านการออกกำลังกายและการกลั่นปัสสาวะ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 1-4 แบบประเมินด้านบวกสูงสุดได้ 4 คะแนน ด้านลบให้คะแนนตรงข้ามกับด้านบวก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษประจำคลินิกชะลอไตเสื่อมศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานสุขศึกษาโรงพยาบาลนครปฐม ผลการทดสอบได้ค่า Content validity index (CVI) โดยรวม 0.9 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ได้ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิในเรื่องเพิ่มคำถามการรับประทานยาคุมกำเนิดซึ่งมีผลต่อการกรองของไต การรับประทานเนื้อสัตว์ตามเกณฑ์ระบุข้อต่อมือและผลไม่ระบุปริมาณต่อมือ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่างกลุ่ม ณ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ ทำการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมและการควบคุมโรค แบบสอบถามความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ แบบสอบถามพฤติกรรมและการควบคุมโรค และการปฏิบัติพฤติกรรมและการควบคุมโรค ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงรวมของคำถามดังนี้ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมและการควบคุมโรคมีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.80 แบบสอบถาม ความคาดหวังในผลดีของการ

ปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคมีความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.88 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการควบคุมโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง คลินิกชะลอไตเสื่อม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ เครือข่ายบริการสุขภาพ ระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลนครปฐม

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้น จากแหล่งต่างๆมาประกอบในการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรวมทั้งวิเคราะห์เนื้อหาทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง จากการวิเคราะห์ ประเด็นสำคัญที่พบในการศึกษาวิจัยในระยะที่ 1 จากการสัมภาษณ์กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อม ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ จากการสังเกตการทำงานของทีมผู้ให้บริการในคลินิกชะลอไตเสื่อม ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ และ การศึกษาทบทวน ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง

2. กำหนดขอบเขตเนื้อหาของรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมโรค ให้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์และสมมติฐาน ตามประเด็นเนื้อหาที่ต้องการ ได้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 พัฒนาการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคในด้านการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การรับประทานยา และการกระตุ้นเตือนพฤติกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคในด้านการออกกำลังกาย และการกลั่นปัสสาวะ และการกระตุ้นเตือนพฤติกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 3 เป็นกิจกรรมพัฒนาการคงพฤติกรรมการควบคุมโรค

3. การหาคุณภาพของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรค โดยประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง โดยการหาความตรงตามเนื้อหาของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรค ได้ทำการตรวจสอบจาก ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่านประกอบด้วยแพทย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษประจำคลินิกชะลอไตเสื่อมศูนย์แพทย์ชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานสุขศึกษาโรงพยาบาลนครปฐม ผลการทดสอบได้ค่า Content validity index (CVI) ดังนี้ กิจกรรมครั้งที่ 1 มีค่าความตรงตามตามเนื้อหาเท่ากับ 0.82 กิจกรรมครั้งที่ 2 มีค่าความตรงตามตามเนื้อหาเท่ากับ 0.96 กิจกรรมครั้งที่ 3 มีค่าความตรงตามตามเนื้อหาเท่ากับ 0.91 ผู้วิจัยได้นำไปปรับแก้ในเนื้อหากิจกรรมครั้งที่หนึ่งเรื่องของการรับประทานยาไม่ควรรับประทานยาแก้ปวดเป็น รับประทานยาแก้ปวดข้อตามแพทย์สั่งหรือไม่เกิน 1 สัปดาห์ และใช้บริการกายภาพบำบัดหากมีอาการปวดเรื้อรัง ในกิจกรรมครั้งที่สองปรับแก้การกลั่นปัสสาวะจะทำให้ไตเสื่อม เป็นการกลั่นปัสสาวะอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อกระเพาะปัสสาวะส่งผลกระทบต่อไต ในครั้งที่สาม ให้เพิ่มเติมเรื่องกระตุ้นเรื่องการปรับพฤติกรรมต้องทำต่อเนื่องจึงทำให้การกรองของไตดีขึ้น หากกลับไปรับประทานอาหารที่มีผลต่อไตก็จะทำให้ไตเสื่อมได้อีก

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาเป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อมศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 132 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าได้แก่ 1) มีค่าการกรองของไตระยะที่ 3 (eGFR30-59ml/min/1.73m²) 2) สามารถพูดคุยโต้ตอบช่วยเหลือตัวเองได้ 3) อ่านออกเขียนได้ 4) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมได้จนจบโปรแกรม เกณฑ์การคัดออกคือ 1) เป็นผู้ป่วยติดเตียง 2) เป็นพระภิกษุหรือนักบวช 3) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนจบโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อมศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ อาศัยอยู่ในเขต จำนวน อ.เมือง จ.นครปฐม จำนวน 50 คนโดยใช้วิธีกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ ร้อยละ 25 ของขนาดประชากร (ธีระวุฒิ เอกะกุล, 2543) ได้จำนวน 30 คนเพื่อกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 50 จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 50 คน สุ่มอย่างง่ายจากผู้มารับบริการตรวจตามนัด ทุกๆ 5 คน จนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คนในช่วงเดือน กรกฎาคม 2563 ถึงมกราคม 2564 ภายหลังดำเนินการวิจัยเหลือผู้เข้าร่วมวิจัยจำนวน 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยกำหนดกรอบแนวคิด ในการสร้างแบบสอบถามจากเนื้อหา ความถูกต้อง ความครอบคลุม ตามพฤติกรรมประกอบด้วย 4 ส่วนดังต่อไปนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ พฤติกรรมการควบคุมโรค ดัดแปลงจาก อติเทพ ชาติอภินันท์ (2560) ใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 1-4 แบบประเมินด้านบวกสูงสุดได้ 4 คะแนน ด้านลบให้คะแนนตรงข้ามกับด้าน ส่วนที่ 3. แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ดัดแปลงจาก พิมพ์สุภัค ปานเพียรกุล (2559) ใช้มาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 1-4 แบบประเมินด้านบวกสูงสุดได้ 4 คะแนน ด้านลบให้คะแนนตรงข้ามกับด้านบวก ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคดัดแปลงจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการจัดการตนเอง ของกัลปิงหา โชสิวสกุล และอติเทพ ชาติอภินันท์ (2560) ครอบคลุมพฤติกรรม ได้แก่ 1) ด้านการรับประทานอาหารรสหวานมันและน้ำ 2) ด้านการรับประทานอาหารเค็ม 3) ด้านการรับประทานโปรตีน 4) ด้านการรับประทานยา 5) ด้านการออกกำลังกายและการกลั่นปัสสาวะ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 1-4 แบบประเมินด้านบวกปฏิบัติเป็นประจำได้ 4 คะแนน ด้านลบให้คะแนนตรงข้ามกับด้านบวก โดยมีเกณฑ์ในการแปลความหมายของคะแนนการตอบข้อคำถามโดยใช้การแบ่งช่วงคะแนนแบบอิงเกณฑ์ ตามเกณฑ์ของ (Bloom, 1971) ร้อยละ 80 ขึ้นไปหมายถึง การรับรู้ระดับสูง ร้อยละ 60-79 หมายถึง การรับรู้ในระดับปานกลาง น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง การรับรู้ในระดับต่ำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรค ซึ่งสร้างขึ้นจากการประยุกต์ทฤษฎี ความสามารถตนเองในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ซึ่งได้จากการวิจัยในระยะที่ 2

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยแพทย์ประจำคลินิกชะลอไตเสื่อมศูนย์แพทย์ชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษประจำคลินิกชะลอไตเสื่อมศูนย์แพทย์ชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานสุขศึกษาโรงพยาบาลนครปฐม ผลการทดสอบได้ค่า Content validity index (CVI) ดังนั้นแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.9 แบบสอบถามความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคมีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.94 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรค มีค่าความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ 0.9 ความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่ได้ปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังต่างกลุ่ม จำนวน 40 คน จากนั้นได้ทำการวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติการควบคุมโรคมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 แบบสอบถามความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 แบบสอบถามพฤติกรรมการควบคุมโรคมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา ในการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค และพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค โดยใช้ ค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Pair Sample t-test เนื่องจากค่าเฉลี่ยมีการกระจายแบบโค้งปกติ

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขด้านพฤติกรรมสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบ ผู้วิจัยไม่ได้ส่งกรรมการพิจารณาจริยธรรม ในการนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ 3 ประการคือ 1)หลักความเคารพในบุคคล (Respect for Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ3)หลักยุติธรรม (Justice) โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์เข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยแจ้งสิทธิในการตอบรับ ปฏิเสธและบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ผลการวิจัยจะใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล และกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

ผลการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โรงพยาบาลนครปฐมพบว่า

ระยะที่ 1 พฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ศึกษาพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ที่มารับบริการที่คลินิกชะลอไตเสื่อมศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ เครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลนครปฐม มีค่าการกรองของไตระยะที่ 3 (eGFR30-59ml/min/1.73m²) และสามารถพูดคุยโต้ตอบ ช่วยเหลือตัวเองได้ จำนวน 35 คนในช่วงเดือนมีนาคม-เมษายน 2563 พบว่าส่วนมากเป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสหม้าย มีอายุระหว่าง 70-79 ปี ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ นับถือศาสนาพุทธ มีรายได้อยู่ในช่วง 5,000-9,999 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระยะเวลาการเจ็บป่วย1 ปี โรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง ดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ (18.5-24.9) การทำงานของไตในระยะที่ 2 (1.2-1.79) การกรองของไตอยู่ในระยะ 3a (45-59)

ตาราง 1 ระดับคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค พฤติกรรมการควบคุมโรคก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	M	SD	แปลผล
การรับรู้ความสามารถ	32.5	2.3	ปานกลาง
ความคาดหวังในผลดี	30.7	2.3	ปานกลาง
พฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค	95.5	4.8	ปานกลาง

จากตาราง 1 พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค ($M=32.5$, $SD=2.3$) ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค ($M=30.7$, $SD=2.3$) และพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรคอยู่ในระดับปานกลาง ($M=95.5$, $SD=4.8$)

ระยะที่ 2 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการควบคุมโรค ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 12 สัปดาห์ดังนี้

กิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคในด้านการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การรับประทานยา ประกอบด้วย

1. ให้ความรู้เรื่องโรคไตเรื้อรังและ การปฏิบัติเพื่อชะลอไตเสื่อม
 2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้คำแนะนำ การให้ข้อมูลจากตัวแบบผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีพฤติกรรมควบคุมโรคได้ดี
 3. คัดเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคไตเรื้อรัง ทั้งหมดอาหารหวาน มัน อาหารเค็มน้อย เนื้อสัตว์ที่เหมาะสมทั้งชนิดและปริมาณ การดื่มน้ำเปล่าที่เหมาะสม และการรับประทานยา อาหารเสริมที่ถูกต้อง
 4. สรุปรายการกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบที่ปฏิบัติได้ดี โดยผู้วิจัยพูดชักจูงให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้อง
 5. ให้คำปรึกษาและการสอนเฉพาะตัวเพื่อช่วยวางแผนในการปฏิบัติเพื่อการปรับการควบคุมโรคไต
 6. โทรศัพท์ให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน เพื่อการกระตุ้นเตือนพฤติกรรมทุก 4 สัปดาห์
- หลังเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคในด้านการออกกำลังกาย และการกลั่นปัสสาวะ ประกอบด้วย

1. ประเมินความพร้อมในการร่วมกิจกรรม ช่วยเหลือให้กำลังใจ
2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัวแบบโรคไตที่ปฏิบัติพฤติกรรมการออกกำลังกายได้ดี
3. สาธิตการออกกำลังกายด้วย SKT สมารถปฏิบัติที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคไต และฝึกปฏิบัติ SKT สมารถ บำบัด พร้อมทั้งชักจูงให้เกิดความเชื่อมั่นในการฝึกออกกำลังกายที่เหมาะสม
4. สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องการกลั่นปัสสาวะ และผลกระทบต่อไป เมื่อกลั่นปัสสาวะ ชักจูงให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติที่ถูกต้อง
5. ให้คำปรึกษาและการสอนเฉพาะตัวช่วยวางแผนแก้ปัญหาและให้กำลังใจในพฤติกรรมที่ยังไม่สามารถปฏิบัติได้
6. โทรศัพท์ให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อติดตามกระตุ้นเตือนพฤติกรรมทุก 4 สัปดาห์ หลังเข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมครั้งที่ 3 เป็นกิจกรรมพัฒนาการควบคุมพฤติกรรมควบคุมโรค

1. ประเมินความพร้อมในการร่วมกิจกรรม ช่วยเหลือให้กำลังใจ ทบทวนกิจกรรมที่ผ่านมา
2. สรุปรายการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านบวก และการเอาชนะอุปสรรค เพื่อให้ข้อมูลจากตัวแบบโรคไตเรื้อรัง ที่ปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคได้ดี
3. ให้คำชมเชย มอบรางวัลสำหรับผู้ปฏิบัติได้ดีเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ผลการประเมินรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรค โดยนำรูปแบบการประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมโรค ไปใช้ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งมารับบริการรักษาโรคไตในคลินิกชะลอไตเสื่อม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ เครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิ โรงพยาบาลนครปฐม มีผู้เข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 34 คน พบว่า

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค พฤติกรรมการควบคุมโรคก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		t	df	P-value
	M	SD	M	SD			
การรับรู้ความสามารถ	33.5	2.9	39.5	3.9	-9.343	33	<.001
ความคาดหวังในผลดี	33.6	2.6	40.4	3.0	-10.473	33	<.001
พฤติกรรมการควบคุมโรค	83.1	11.5	105.6	8.1	-12.323	33	<.001

จากตาราง 2 พบว่าการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ($p < 0.001$) ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ พฤติกรรมการควบคุมโรค ($p < 0.001$) พฤติกรรมการควบคุมโรค สูงกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย การทำงานของไตและการกรองของไต ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

ตัวแปร	ก่อนเข้าโปรแกรม		หลังเข้าโปรแกรม		t	df	P-value
	M	SD	M	SD			
การทำงานของไต	1.4	0.3	1.3	0.3	2.251	33	.031
การกรองของไต	43.4	7.4	47.4	11.8	-2.074	33	.046

จากตาราง 3 พบว่าการทำงานของไตลดลงต่ำกว่าก่อนเข้ารับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การกรองของไต สูงขึ้นสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาบริบทและสภาพปัญหาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังคลินิกชะลอไตเสื่อมที่มารับบริการศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์. จากผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ พฤติกรรมการควบคุมโรคไต ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติ พฤติกรรมการควบคุมโรคของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งยังไม่มากพอที่จะทำให้เกิดความมั่นใจในการปรับพฤติกรรมการควบคุมโรค แม้ว่าผู้ป่วยจะมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคไตเรื้อรัง โดยจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังให้ความเห็นว่ากลัวต้องฟอกไต แต่ก็รู้สึกว่าการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคทำได้ยากมาก เหมือนต้องอดอยากทุกอย่าง อดตายกันพอดี ใช้ชีวิตอยู่ยากมากที่เป็นเช่นนี้เพราะ ผู้ป่วยมีการรับรู้ยังไม่ถูกต้องในเรื่องของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ การควบคุมโรคให้สามารถชะลอไตเสื่อมได้ อีกทั้งการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคอาจมีรายละเอียดของข้อปฏิบัติหลายประการ ซึ่งจะต้องฝึกความเคยชินที่เคยปฏิบัติมาทั้งชีวิต 2) ผู้ป่วยยังต้องการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค เนื่องจากพฤติกรรมการควบคุมโรค ของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังยังอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการวิจัยของ Moktan, Leelacharas & Prapaipanich (2019) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของ ความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนฟอกไตในรพ ระดับตติยภูมิ เมืองกาดมันทุ ประเทศเนปาล จำนวน 97 คน ผลการวิจัยพบว่าความรู้ และการรับรู้ความสามารถตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะก่อนฟอกไต มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.5$)

ระยะที่ 2 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรค ประกอบด้วยกิจกรรมจำนวน 3 ครั้ง ห่างกันครั้งละ 12 สัปดาห์

โดยกิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ในด้านการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การรับประทานยา กิจกรรมนี้ประกอบด้วยการบรรยาย การฝึกทักษะ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้คำปรึกษา สอนเฉพาะตัว และการกระตุ้นเตือนทางโทรศัพท์ ในกิจกรรม บรรยายทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รู้จักโรคไตเรื้อรัง และรู้ว่าจะต้องปฏิบัติและหลีกเลี่ยง อย่างไรบ้างเพื่อชะลอ การเสื่อมของไต ซึ่งอาจดูว่าการปฏิบัติทำได้ยาก แต่เมื่อได้ลองคัดเลือกอาหารที่เหมาะสมกับโรคไตเรื้อรัง ทำให้ ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีทักษะในการเลือกอาหารได้ดีขึ้น ส่วนสำคัญของกิจกรรมครั้งนี้อยู่ที่ การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์ซึ่งจะเป็นเหมือนการนำความรู้สู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริงของตัวแบบที่ได้มาเล่าเรื่องการปฏิบัติ ที่ส่งผลให้ค่าการกรองของไตดีขึ้น ซึ่งส่วนมากเลือกที่จะหลีกเลี่ยงอาหารเค็มจัด หวานจัดที่ตนชอบรับประทาน โดยรับประทานอาหาร 5 หมู่ วันละ 3 มื้อ เลือกผลไม้ 5-8 คำแทนขนมหวาน เลื่อนน้ำเปล่าให้พอดิ แทนเครื่องดื่ม รสหวาน และฝึกให้เคี้ยวช้า รวมทั้งหลีกเลี่ยงยาแก้ปวด สมุนไพร ตลอดจนอาหารเสริมต่าง ๆ จนส่งผลให้การ กรองของไตดีขึ้น ส่วนผู้ที่การกรองของไตแยลงมักมาจากยังรับประทานอาหารแปรรูป ขนมปัง อาหารหมัก ดอง อาหารประเภทน้ำจิ้ม ขนมหวาน และดื่มเครื่องดื่มรสหวาน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรม ได้เรียนรู้ทางสายกลางของการเลือกอาหารที่เหมาะสมทำให้อยู่ได้ไม่ยากอย่างที่คิด เพราะสามารถกินอาหาร 5 หมู่ ได้เหมือนคนทั่วไป แต่ต้องรู้จักว่าอาหารประเภทใดเรียกว่าอาหารรสจัด อาหารแปรรูป นอกจากนี้การให้ คำปรึกษาและการสอนเฉพาะตัว จะช่วยให้เกิดการวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมควบคุมโรคร่วมกันระหว่าง ผู้ป่วยและผู้วิจัยเพื่อการวางแผนแก้ไข และติดตามสนับสนุนให้กำลังใจเป็นเสมือนพี่เลี้ยงช่วยกระตุ้นเตือนการ เปลี่ยนพฤติกรรมทางโทรศัพท์ทุก 4 สัปดาห์ ซึ่งผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกถึงความหวังใจ มีกำลังใจ และพึงพอใจกับ กิจกรรมนี้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกัลปิงหา โซลิสกุล, นพวรรณ เปียชื่อ และสุริยห์ ศักดานุภาพ (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการบูรณาการดูแลโดยทีมสหวิชาชีพร่วมกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มี ปัญหาซับซ้อน ในผู้ป่วยโรคไตระยะที่ 3 โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดกาญจนบุรี โดยการให้ความรู้แลกเปลี่ยน ประสบการณ์ ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนเฉลี่ยความรู้และพฤติกรรม การจัดการตนเองด้านอาหารและน้ำมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กิจกรรมครั้งที่ 2 เป็นกิจกรรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมควบคุม โรคในด้านการออกกำลังกาย และการกลั่นปัสสาวะ กิจกรรมนี้ทำให้ผู้ร่วมกิจกรรมได้เกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้องด้าน การออกกำลังกาย จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับตัวแบบที่สามารถออกกำลังกายได้ตามเกณฑ์ ได้ แลกเปลี่ยนว่า แม้จะป่วยแต่ร่างกายสามารถบำบัดได้ด้วยกายการออกกำลังกาย เคยนอนติดเตียงยังสามารถออก กำลังบำบัดตัวเองจนกลับมายืน และเดินได้ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้เรียนรู้ว่าการออกกำลังกายทำได้ทุก สถานการณ์ ไม่ว่าจะป่วยมากเพียงใด การออกกำลังกายช่วยฟื้นฟูได้ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากตัว แบบที่ร่างกายแข็งแรงขึ้น เดินได้ดีขึ้น ขาบวมลดลงเพราะไม่เอาแต่นั่ง ทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวได้ดี อ่อนเพลีย ลดลง นอนหลับได้ดีขึ้น ทำให้สมาชิกได้รับรู้ถึงความสำคัญของการออกกำลังกายเกิดความคาดหวังในผลดีของการ ปฏิบัติและพร้อมฝึกปฏิบัติจาก การสาธิตการออกกำลังกายมากขึ้น ซึ่งการสาธิต การออกกำลังกายแบบสมาธิ บำบัดนั้นมีความเหมาะสมและทำได้ง่าย เป็นการออกกำลังกายผสมผสานกับลมหายใจ จะทำให้ร่างกายได้ออกซิเจน เพิ่มขึ้น เช่นการเดินจงกรม เป็นการฝึกกล้ามเนื้อเท้า ขา สะโพก เมื่อได้ลองฝึกผู้ป่วยจะรับรู้ได้ถึงความสามารถใน การปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอดิเทพ ผาติอินันท์ (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการ ตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรังระยะที่3ต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและความดันโลหิตสูง ที่ โรงพยาบาลหฤทัยภูมิจังหวัดราชบุรี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมจัดการตนเองด้าน การออกกำลังกายด้วยการเดินและแกว่งแขนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

นอกจากนี้การแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องการกลั่นปัสสาวะทำให้ผู้ร่วมกิจกรรมได้รู้ว่าอันตรายของ การกลั่นปัสสาวะทำให้มีโอกาสเกิดการติดเชื้อของกระเพาะปัสสาวะ เป็นอันตรายต่อไต โดยมีผู้ป่วยบางรายไม่ ชอบดื่มน้ำเนื่องจากไม่ชอบเข้าห้องน้ำบ่อยๆ การให้คำปรึกษา และสอนเฉพาะตัวช่วยผู้ป่วยวางแผนแก้ปัญหานี้ ที่เหมาะสมมากขึ้น การโทรศัพท์ให้กำลังใจทุก 4 สัปดาห์ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ เป็นเสมือนพี่เลี้ยงช่วยผู้ป่วยปฏิบัติ

กิจกรรมตามแผนมากขึ้น สอดคล้องกับการวิจัยของ กังสดาล หาญไพบูลย์ (2561) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โรงพยาบาลคลองขลุง จ. กำแพงเพชร ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะแห่งตน การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความแตกต่างด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมเพื่อชะลอไตเสื่อมระยะที่ 3-4 ได้ร้อยละ 27

กิจกรรมครั้งที่ 3 เป็นกิจกรรมพัฒนาด้านการคงพฤติกรรมการควบคุมโรคส่วนสำคัญของกิจกรรมครั้งนี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง จากประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จด้วยตนเอง และถ่ายทอดแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการปฏิบัติที่ประสบความสำเร็จด้วยความภาคภูมิใจ ทั้งในเรื่อง การรับประทานอาหาร น้ำ การรับประทานยาและสมุนไพร ตลอดจนการออกกำลังกาย จนมีค่าการกรองของไตที่ดีขึ้น ส่งผลให้การทำงานของไตดีขึ้น การให้คำชมเชย การให้รางวัลจากผู้จัดกิจกรรม เป็นการกระตุ้นความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การให้ผู้ร่วมกิจกรรมได้สะท้อนความรู้สึกถึงการปฏิบัติเพื่อการชะลอไตเสื่อม ว่าไม่ยากจนปฏิบัติไม่ได้ การเป็นโรคไตกินอะไรไม่ได้เลยนั้นไม่ใช่เรื่องจริง เนื่องจากการดูแลสุขภาพทั้งอาหาร น้ำและออกกำลังกาย เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติสำหรับการมีสุขภาพดีของทุกคนอยู่แล้ว ไม่ได้มีความแตกต่างจากคนปกติ ตรงกันข้ามใครปฏิบัติแบบนี้ป้องกันโรคเรื้อรัง อื่น ๆ ได้ด้วย และทำให้สามารถอยู่กับโรคไตเรื้อรังได้อย่างเป็นปกติสุข

ระยะที่ 3 ประเมินผลการนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรค ไปใช้ในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 ซึ่งมารับบริการรักษาโรคไตในคลินิกชะลอไตเสื่อม ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืององค์พระปฐมเจดีย์ เครือข่ายบริการสุขภาพปทุมภูมิ โรงพยาบาลนครปฐม พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรม การควบคุมโรค พฤติกรรมการควบคุมโรค สูงกว่าก่อนทดลองนั้น เกิดจากผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรค ซึ่งประกอบด้วย การบรรยายในเรื่อง การปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการควบคุมโรค การให้ตัวแบบของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคได้ดี จนมีค่าการกรองของไตที่ดีขึ้นตามขั้นตอนของทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของ แบนดูรา (1986) โดยการประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ จะก่อให้เกิดการรับรู้ กระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจ และเกิดความมั่นใจในตนเอง ในการเผชิญอุปสรรค เนื่องจากประสบการณ์ที่ใช้ในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จะมีทั้งประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จของสมาชิกในกลุ่ม และความล้มเหลวของสมาชิกจะทำให้คนได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และรับรู้ถึงความสามารถของตนเองจากประสบการณ์ตรงที่นำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสมาชิกในกลุ่ม และความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติที่เกิดกับสุขภาพจากตัวแบบที่มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับสมาชิกในกลุ่ม อีกทั้งการให้แรงเสริมโดยการโทรศัพท์พูดคุยกับสมาชิกกลุ่มเพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ในทุก 4 สัปดาห์จะเป็นแรงเสริมที่จะช่วยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมสามารถเรียนรู้สอบถามปัญหา และทบทวนการฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมให้เป็นไปโดยถูกต้องมากขึ้น และสามารถลดพฤติกรรมที่เป็นไปในทาง ไม่พึงประสงค์ได้อย่างทันที่ และยังได้จัดแสดงตัวแบบในด้านบวก ซึ่งได้แก่ตัวแบบซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรค เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถในตนเองของสมาชิกให้เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิมพ์สุภักดิ์ ปานเพียรกุลภักดิ์ (2559) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาล พระนครศรีอยุธยา ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการควบคุมอาหาร ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการควบคุมอาหาร และพฤติกรรมการควบคุมอาหารสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วัชรพร สนิทผล, นันธิดา จาระธรรม และจันทร์เพ็ญ ประยงค์ (2560) ได้ศึกษาโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการควบคุมโรคในผู้ป่วยไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกไตเทียมโรงพยาบาลลำพูน กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมควบคุมโรคสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ในส่วนการทำงานของไตลดลง กว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีค่าการกรองของไตเพิ่มสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เกิดจากรูปแบบของกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

การควบคุมโรคไต ที่สร้างการรับรู้ความสามารถในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อการควบคุมโรคไต ความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อการควบคุมโรค ทำให้เกิดพฤติกรรมการควบคุมโรค จนส่งผลต่อการทำงานของไต ที่ลดลงและมีค่าการกรองของไตที่เพิ่มขึ้น ซึ่งทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จในการปฏิบัติพฤติกรรมจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพอีกทั้งการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทุกครั้งที่ได้มีการประชุมกลุ่ม การจัดการปัญหาของตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้เกิดการเลียนแบบ และประยุกต์ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง และการให้รางวัล คำชมเชย การพูดชักจูงใจจากเจ้าหน้าที่และสมาชิกที่ร่วมแบ่งปันประสบการณ์ล้วนเป็นแรงเสริมที่ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ จนส่งผลให้มีค่าการทำงานของไตที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ เรืองดิษฐ์ ,เสาวลักษณ์ อุไรรัตน์ และชุลันดา สมะแอ (2559) ได้ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับ ปฐมภูมิ โรงพยาบาลสงขลา เป็นการวิจัยกึ่งทดลองในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 โดยใช้โปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่พัฒนาแนวทางการจัดการตนเอง ร่วมกับรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้วยเทคนิค 5A ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้และการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหาร การผ่อนคลายอารมณ์ และการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถชะลอการเกิดภาวะไตวาย จากระดับครีเอตินินที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ รัตตินันท์ สิ่งประเสริฐ,นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และวรวรรณ ชัยลิ้มปมนตรี (2560) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการได้รับการบำบัดทดแทนไต โดยบูรณาการทฤษฎีการดูแลตนเองแนวการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนการบำบัดทดแทนไต ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่อง CKD สูงขึ้น หลังการสอนทันที และในเดือนที่ 6 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น ในเดือนที่ 3 และที่ 6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการควบคุมโรคโดยใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง มีความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค และปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรคได้ดี สามารถใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในระยะ 3 เพื่อชะลอการบำบัดทดแทนไต
2. การให้ตัวแบบเป็นกลวิธีที่สำคัญ และเหมาะสมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถและความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติพฤติกรรมการควบคุมโรค ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง เพราะผู้ป่วยจะได้รับประสบการณ์เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคจากตัวแบบที่มีความคล้ายคลึงกับตนเอง แต่สามารถควบคุมโรคไตได้ดี ก่อให้เกิดการเรียนรู้และมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ว่าจะสามารถนำไปปฏิบัติให้ได้ผลเช่นเดียวกับตัวแบบ
3. การให้แรงสนับสนุนโดยการติดตามให้กำลังใจทางโทรศัพท์เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนพฤติกรรมเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในความห่วงใยและเกิดกำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยกล้าสนทนา ซักถาม และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในการปฏิบัติเพื่อควบคุมโรคได้มากขึ้น ก่อให้เกิดการเรียนรู้ เชื่อมมั่นและมั่นใจในการพัฒนาทักษะการปฏิบัติเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาโดยนำรูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมการควบคุมโรคนี้ไปประยุกต์จัดกิจกรรมในกลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพอื่น ๆ
2. ควรทำการศึกษาโดยนำไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทำได้ค่อนข้างยาก เช่น โรคเบาหวานชนิดที่ 1 ผู้มีน้ำหนักเกินอย่างรุนแรง เป็นต้น

References

- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). การจัดการโรคไตเรื้อรังนำสู่การจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังการประชุมประจำปี สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 24 ตุลาคม 2562, จาก <http://www.hfocus.org/content/2017/08/14351>.
- กังสดาล หานูโพบูลย์. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3-4 โรงพยาบาลคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร วิทยานิพนธ์ ส.ม. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- กัลปังกา โชสิวิสกุล, นพวรรณ เปียเชื้อ และสุรวิทย์ ศักดานุกาภ. (2560). ผลของโปรแกรมบูรณาการดูแลโดย ทีมสหวิชาชีพร่วมกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน. *วารสารการพยาบาล*. 32(4), 79-93.
- เบญจมาศ เรืองดิษฐ์, เสาวลักษณ์ อุไรรัตน์ และชุลันดา สมะแอ. (2559). การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในเครือข่ายบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิโรงพยาบาลสงขลา. *วารสารเครือข่าย วิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 3(3), 194-207.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2558). สถานการณ์ปัจจุบันโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. *วารสารกรมการแพทย์*, 40(5), 5-18.
- พิมพ์สุภัก ปานเพียรกุลภัก. (2559). ผลของโปรแกรมการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในคลินิกชะลอไตเสื่อม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 6(3), 205-215.
- รัตตินันท์ สิงห์ประเสริฐ, นิโรบล กนกสุนทรรัตน์ และวรวรรณ ชัยลิมนนตรี. (2561). ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงต่อผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังก่อนได้รับการบำบัดทดแทนไต. *วารสารการปฏิบัติพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 5(1), 57-73.
- วัชรภาพร สนิทผล, นันธิดา จาระธรรม และจันทร์เพ็ญ ประยงค์. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะ แห่งตนเองต่อพฤติกรรมควบคุมโรคในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 และ 4 ที่แผนกไตเทียม โรงพยาบาลลำพูน. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 13(2), 48-63.
- อติเทพ ผาติอินันท์. (2560). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่มีโรคไตเรื้อรัง ระยะที่ 3 ต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและความดันโลหิตสูง ที่โรงพยาบาลห้วยผะหมื่นแห่งหนึ่งใน จังหวัดราชบุรี วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. NewYork: McGraw-Hill.
- Moktan, S., Leelacharas, S. & Prapaipanich. W. (2019). Knowledge, Self-Efficacy, Self-Management Behavior of the Patient With Predialysis Chronic Kidney Disease. *Rammathibodi Medical Journal*, 42(2), 38-48.

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะของอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรปราการ

Participatory Action Research on Garbage Sorting of a Ban-Eua-Arthon Condominium, Samutprakan Province

เสาวลักษณ์ ลักขมิจรุลกุล¹ มงคล บุญอุ้น², พิพัฒน์ ลักขมิจรุลกุล^{3*}

Saovalug Luksamijarulkul¹, Mongkon Bunon², Pipat Luksamijarulkul^{3*}

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ¹,

คณะกรรมการนิติอาคารชุดบ้านเอื้ออาทร บางนา ², คณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยเทคโนโลยีสยาม^{3*}

Faculty of Public and Environmental Health, Huachiew Chalermprakiet University¹,

Ban-Eua-Arthon Condominium Juristic Committee², Faculty of Health Sciences, Siam Technology College^{3*}

(Received: January 21, 2022; Revised: August 13, 2022; Accepted: December 29, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาการคัดแยกขยะของชุมชนอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ และพัฒนาโครงการชุดกิจกรรมที่กระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะ รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการชุดกิจกรรมดังกล่าว เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การอภิปรายกลุ่มย่อยกับกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ คณะกรรมการนิติอาคารชุด 15 คน และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยเก็บจากแบบบันทึกข้อมูลการมีส่วนร่วมของครัวเรือนในการคัดแยกขยะและน้ำหนักของขยะแต่ละชนิดที่สถาบันบันทึกขยะที่คัดแยกได้ศึกษานี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนดำเนินโครงการชุดกิจกรรม ระยะพัฒนาและดำเนินโครงการชุดกิจกรรม (6 เดือน) และระยะประเมินผลลัพธ์หลังจากโครงการชุดกิจกรรมสิ้นสุด วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ปัญหาการคัดแยกขยะของอาคารชุดบ้านเอื้ออาทร บางนา 6 จังหวัดสมุทรปราการ มีปริมาณขยะจำนวนมาก ไม่มีการคัดแยกขยะก่อนทิ้ง ขยะล้นถัง กระจายกระจายตามพื้นและส่งกลิ่นเหม็น

2. โครงการชุดกิจกรรมที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการนิติฯ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์ การจัดตั้งสถานีคัดแยกขยะ การจัดทำตะแกรงกรองสำหรับขยะรีไซเคิลและถังรองรับขยะอินทรีย์ ขยะทั่วไปและขยะอันตราย การจัดทำแบบบันทึกน้ำหนักตามชนิดของขยะที่คัดแยก และการนำกลยุทธ์การตลาดมาใช้ดำเนินกิจกรรม

3. ผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการฯ พบว่า ชุมชนมีการคัดแยกขยะก่อนทิ้งร้อยละ 43.55 ของครัวเรือนที่โอนกรรมสิทธิ์แล้ว โดยมีปริมาณขยะเฉลี่ยต่อเดือน 334.65 กรัม เป็นขยะรีไซเคิลร้อยละ 53.79 ขยะทั่วไปร้อยละ 26.69 และขยะอินทรีย์ร้อยละ 19.27 ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของครัวเรือนในการคัดแยกขยะจากไม่เคยคัดแยกขยะมาเป็นมีการคัดแยกขยะตามชนิดของขยะและมีการใช้ประโยชน์จากการคัดแยกขยะ มีการใช้กลยุทธ์การตลาดช่วยดึงดูดการมีส่วนร่วม ประธานคณะกรรมการนิติฯ มีบทบาทสำคัญในการดำเนินโครงการ เป็นต้น

ผลจากการศึกษามีการนำมาขยายเป็นมติให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมอาคารชุดบ้านเอื้ออาทรอื่น ๆ

คำสำคัญ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม, การคัดแยกขยะและการจัดการ, อาคารชุดบ้านเอื้ออาทร

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pipatl@siamtechno.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 064-6733249)

Abstract

This participatory action research aimed to study garbage sorting problems of a Ban-Eua-Arthon condominium, Samutprakan province, to develop an activity program to encourage garbage sorting participation, and to assess outputs of the program. The qualitative data were collected using a focus group discussion of 15 condominium juristic committee members. The quantitative data were collected from the records of garbage sorting weight and a number of participated households at the community garbage sorting station. The study included 3 phases; the phase of before developing the activity program, the phase of activity program development and implementation (a 6-month program), and the phase of output assessment after finishing the program. The analysis of quantitative data using descriptive statistics and qualitative data using content analysis was performed. The results revealed that:

1. The garbage sorting problems included having mixed garbage over the storage bins, no garbage sorting and bad smell.

2. After the participatory meeting of the juristic committee members, the activity program was developed consisting of public relations, establishment of garbage sorting station, preparing of a grid cage for recycling garbage, procuring of garbage bins for general, organic and hazardous garbage, garbage sorting weight record forms, and use of marketing strategy.

3. After finishing the program, the results showed that the households' participation for garbage sorting was 43.55%. The garbage weight average was 334.65 grams per month consisting of 53.79% of recycle garbage, 26.69% of general garbage and 19.27% of organic garbage. Regarding qualitative data, there were the household participation for garbage sorting, the utilization of the sorted garbage, marketing strategy usage to encourage participation and the head of juristic committee playing an important role in the program implementation.

The implication of this study needs to be considered for carrying on the program continuously and expanding the implementation of the program for other Ban-Eua-Arthon condominiums.

Keywords: Participatory action research, Garbage Sorting, Ban-Eua-Arthon Condominium

บทนำ

ปัญหาขยะในประเทศไทยเป็นปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่สำคัญของประเทศและส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นทางตรงหรือทางอ้อม ในปี 2560 ปริมาณขยะที่เกิดขึ้นในประเทศไทยประมาณ 27 ล้านตัน เพิ่มขึ้นร้อยละ 1.15 เนื่องจากจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้น การขยายตัวของเมือง การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตความเป็นอยู่ไปเป็นชุมชนเมือง (กรมควบคุมมลพิษ 2560) ปัญหาการจัดการขยะถือเป็นปัญหาที่รัฐบาลให้ความสำคัญโดยบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) ยุทธศาสตร์ที่ 4 การเติบโตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน เป้าหมายที่ 3 สร้างคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่ดี ลดมลพิษ และลดผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และระบบนิเวศ โดยให้ความสำคัญเป็นลำดับแรกกับการจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายฟื้นฟูคุณภาพแหล่งน้ำสำคัญของประเทศและแก้ไขปัญหาวิกฤตหมอกควัน (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2559)

การอยู่อาศัยในอาคารชุด โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร อาคารชุดในภาคเอกชนมักไม่ค่อยมีปัญหาในการจัดการและการคัดแยกขยะ เนื่องจากผู้อยู่อาศัยหรือเจ้าของร่วมมีระดับการรับรู้และพฤติกรรมในการจัดการ

และคัดแยกขยะอยู่ในระดับมาก มีคณะกรรมการนิติอาคารชุดและมีการเก็บค่าส่วนกลางจากเจ้าของร่วมตั้งแต่เริ่มต้นและเก็บทุกปีในราคาที่ค่อนข้างแพง จึงเพียงพอในการดำเนินงานของคณะกรรมการนิติฯ (อมร อภิสิทธิ์อมร, 2561) สำหรับอาคารชุดของภาครัฐที่จัดสรรให้ประชาชนที่มีรายได้น้อยเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตจากชุมชนแออัดเขตเมืองให้ดีขึ้น ความสำเร็จของการจัดการกิจการต่าง ๆ ของอาคารชุด ขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของคณะกรรมการนิติฯ และความสามารถในการขอความร่วมมือการเก็บค่าใช้จ่ายส่วนกลาง กฎหมายกำหนดให้โครงการอาคารชุดทุกแห่งต้องดำเนินการ ตั้งแต่วันที่มีการจดทะเบียนจัดตั้งให้เป็นนิติบุคคลอาคารชุด เพื่อให้ทรัพย์สินส่วนกลางได้รับการจัดการและดูแลรักษาหรือเพิ่มมูลค่าอย่างต่อเนื่อง อยู่ในสภาพที่ปลอดภัยต่อการใช้งานและสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างคุ้มค่า หน้าที่ของคณะกรรมการนิติฯ อาจแตกต่างกันบ้างตามลักษณะของแต่ละอาคารชุด ส่วนใหญ่มีหน้าที่คล้ายคลึงกัน ได้แก่ การจัดการดูแลอาคารและพื้นที่ส่วนกลาง การจัดการงานบำรุงรักษาระบบประกอบอาคาร การจัดการบริเวณโดยรอบอาคารชุด การจัดการความปลอดภัยด้านอัคคีภัยและเหตุการณ์ฉุกเฉิน การจัดการรักษาความมั่นคงปลอดภัย การจัดการขยะ การป้องกันและกำจัดแมลง และการจัดการและดูแลรักษาที่จอดรถ เป็นต้น

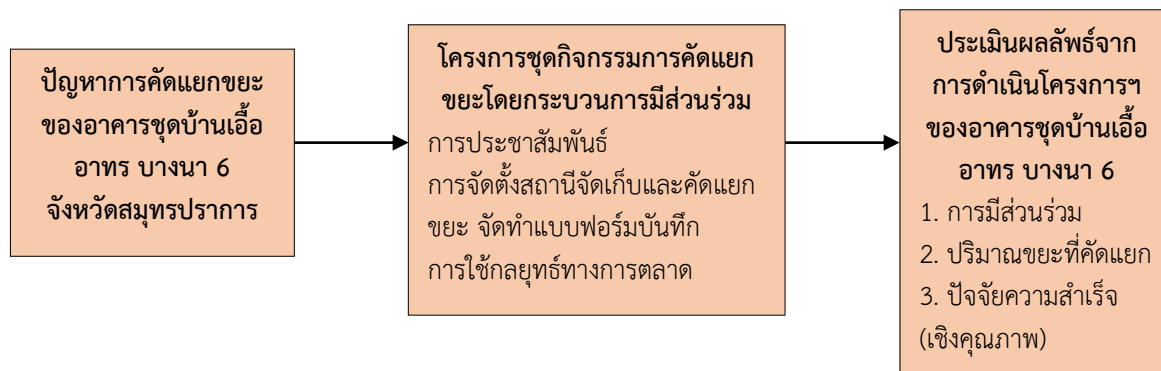
ชุมชนนิติบุคคลอาคารชุดบ้านเอื้ออาทร บางนา 6 ตำบลบางโคล่ อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ เป็นชุมชนหนึ่งในหกของอาคารชุดเอื้ออาทรบางนา ลักษณะชุมชนประกอบด้วยอาคาร จำนวน 21 อาคาร เริ่มตั้งแต่ อาคารหมายเลข 110 ถึงอาคารหมายเลข 130 แต่ละอาคารสูง 5 ชั้น แต่ละชั้น มี 8 ห้อง ดังนั้น 1 อาคาร จึงมี 40 ห้อง รวมห้องอยู่อาศัยในชุมชนอาคารชุดเอื้ออาทรบางนา 6 ทั้งหมด ประมาณ 830 ห้อง คริวเรือนที่อยู่อาศัยในห้องชุดเรียกว่า “เจ้าของร่วม” การโอนกรรมสิทธิ์เป็นเจ้าของห้อง ประมาณร้อยละ 45 คิดเป็นคริวเรือนที่โอนกรรมสิทธิ์และอยู่ประจำ ประมาณ 380 คริวเรือน กระจายอยู่ทั้งหมด 21 อาคาร จากการทบทวนเอกสารโครงการที่ผ่านมาพบว่า คริวเรือนไม่มีการคัดแยกขยะก่อนทิ้ง การทิ้งขยะเป็นการรวมขยะทุกอย่างในถุงเดียวกัน ทำให้ปริมาณขยะที่ต้องจัดเก็บของคณะกรรมการนิติฯ มีปริมาณมาก ล้นออกมานอกถัง ส่งกลิ่นเหม็น เป็นแหล่งแพร่กระจายของสัตว์พาหะนำโรคต่างๆ เช่น หนู แมลงสาบ แมลงวัน เป็นต้น (รังษิยา กมลพนัส, 2556) ซึ่งหากสามารถแยกขยะออกตามชนิดของขยะ ขยะบางชนิดสามารถนำไปใช้ประโยชน์ต่อหรือขายเป็นรายได้ของส่วนกลางได้ เช่น ขยะรีไซเคิล และขยะอินทรีย์ เป็นต้น ขยะส่วนที่เหลือเป็นขยะทั่วไปและขยะอันตรายที่ต้องจัดเก็บและส่งต่อไปยังบริษัทเอกชนมารับไปจัดการต่อจะเป็นการลดปริมาณขยะและลดค่าใช้จ่ายในการจัดการของอาคารชุด คณะกรรมการนิติฯ อาคารชุดบ้านเอื้ออาทร บางนา 6 ซึ่งประกอบด้วยสมาชิกจากการเลือกตั้งรวม 9 คน โดยเจ้าของร่วมเสนอชื่อหากเกินจำนวนจะมีการเลือกตั้ง คณะกรรมการนิติฯ มีบทบาทในการบริหารจัดการอาคารชุดแทนเจ้าของร่วม จึงเริ่มมีความคิดในการคัดแยกขยะและการใช้ประโยชน์จากขยะที่คัดแยกไว้ จึงได้ลงมตร่วมกันที่จะดำเนินโครงการนี้ขึ้นตามแนวทางของภาครัฐ (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี 2562) ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัญหาการคัดแยกขยะของอาคารชุดดังกล่าวและพัฒนาโครงการชุดกิจกรรมดำเนินการคัดแยกขยะให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนรวมทั้งประเมินผลลัพธ์ของโครงการเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการขยะชุมชนของอาคารชุดได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยเจ้าของร่วมมีส่วนร่วม

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาการคัดแยกขยะของอาคารชุดบ้านเอื้ออาทร บางนา 6 จังหวัดสมุทรปราการ ก่อนการดำเนินโครงการชุดกิจกรรม
2. เพื่อพัฒนาโครงการชุดกิจกรรมดำเนินการคัดแยกขยะให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของอาคารชุดบ้านเอื้ออาทร บางนา 6 จังหวัดสมุทรปราการ
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการชุดกิจกรรมการคัดแยกขยะให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนของอาคารชุดบ้านเอื้ออาทร บางนา 6 จังหวัดสมุทรปราการ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Zuber-Skerrit, 1995 เป็นการวิจัยที่มองปัญหาเป็นการเรียนรู้อย่างเป็นระบบเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติหรือพัฒนาการกระทำของสังคม โดยผู้ปฏิบัติมีส่วนร่วมและเข้าใจการกระทำของตนเองเพื่อให้ชุมชนมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เมื่อนำแนวคิดมาประยุกต์กับกรณีศึกษา ได้แสดงดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ระยะก่อนดำเนินโครงการชุดกิจกรรม ศึกษาปัญหาการคัดแยกขยะของอาคารชุด เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้การอภิปรายกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) กับกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ คณะกรรมการนิติของอาคารชุด จำนวน 15 คน ได้แก่ ประธาน (1 คน) เจ้าหน้าที่วางแผนและติดตามผลการดำเนินงาน (1 คน) เจ้าหน้าที่ฝ่ายประชาสัมพันธ์ (2 คน) เจ้าหน้าที่ฝ่ายสถานที่และอุปกรณ์ (2 คน) เจ้าหน้าที่ฝ่ายงานทะเบียน/เหรียญ (2 คน) เจ้าหน้าที่คัดแยกและรวบรวมสินค้า(แม่บ้าน) (4 คน) เจ้าหน้าที่จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ (รปภ.) (4 คน) และเลขานุการทำหน้าที่ติดตามผลการดำเนินงาน (1 คน) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การบันทึกด้วยเครื่องบันทึกเสียง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาและดำเนินโครงการชุดกิจกรรม พัฒนาโครงการชุดกิจกรรมโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการนิติอาคารชุด โดยผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาจากระยะที่ 1 และกระตุ้นการมีส่วนร่วมในการประชุม จากนั้นคณะกรรมการนิติอาคารชุดร่วมกันเสนอความคิดเห็นและกำหนดชุดกิจกรรมที่จะดำเนินการ โดยมีมติให้ดำเนินกิจกรรมเป็นระยะเวลา 6 เดือน หลังจากนั้นจะประเมินผลลัพธ์ของโครงการชุดกิจกรรม

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการฯ ใช้การวิจัยเชิงผสมผสาน (Mixed Method) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การอภิปรายกลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) กับกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ คณะกรรมการนิติฯ จำนวน 15 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบบันทึกข้อมูลการมีส่วนร่วมของแต่ละครัวเรือนในการคัดแยกขยะและนำขยะที่คัดแยกได้มาชั่งน้ำหนักที่สถานีรับบันทึกขยะที่คัดแยก โดยใช้แบบบันทึกข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ยเลขคณิต

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เก็บข้อมูลระยะก่อนดำเนินโครงการชุดกิจกรรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการคัดแยกขยะของอาคารชุด ปัญหาและอุปสรรค โดยใช้การอภิปรายกลุ่มย่อยกับคณะกรรมการนิติฯ จำนวน 15 คน

2. การพัฒนาโครงการชุดกิจกรรม ผู้วิจัยได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยเชิญ คณะกรรมการนิเทศฯ ทั้ง 15 คน มาร่วมกันคิดชุดกิจกรรมที่จะดำเนินการเพื่อลดปัญหาและอุปสรรคของการคัด แยกขยะของอาคารชุด โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นเพียงพี่เลี้ยง จัดสิ่งเอื้อต่างๆในการประชุมและทำหน้าที่เก็บรวบรวมความคิดเห็นและผลสรุปเท่านั้น

3. คณะกรรมการนิเทศฯ กำหนดช่วงเวลาในการดำเนินโครงการชุดกิจกรรมที่สร้างขึ้น โดยได้เริ่ม ดำเนินการประชาสัมพันธ์ในเดือนมิถุนายน 2562 และช่วงดำเนินโครงการตั้งแต่ เดือนกรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2562 รวม 6 เดือน

4. ระเบียบประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการชุดกิจกรรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการคัดแยกขยะของอาคารชุด ปัญหาและอุปสรรค โดยเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การอภิปรายกลุ่มย่อยกับ คณะกรรมการนิเทศฯ จำนวน 15 คน และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบบันทึกข้อมูลการมีส่วนร่วมของแต่ละ ครั้วเรือนในการคัดแยกขยะและนำขยะที่คัดแยกมาชั่งน้ำหนักที่สถานีรับบันทึกขยะที่คัดแยก

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลเชิงคุณภาพทั้งจากระยะก่อนดำเนินโครงการชุดกิจกรรมและระเบียบประเมินผลลัพธ์จากการ ดำเนินโครงการชุดกิจกรรม มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและพรรณนาเนื้อหาเชิงคุณภาพ สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณที่ เก็บจากแบบบันทึกข้อมูลการมีส่วนร่วมของแต่ละครัวเรือนในการคัดแยกขยะและนำขยะที่คัดแยกมาชั่งน้ำหนัก ที่สถานีรับบันทึกขยะที่คัดแยกแล้ว จะวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เป็น จำนวน ร้อยละ และค่าเฉลี่ย เลขคณิต

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างงานวิจัยต่อคณะกรรมการวิจัยของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดและคณะกรรมการนิเทศฯของกรมศึกษา เพื่อพิจารณาตรวจสอบและขออนุญาตดำเนินการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความเคารพในความเป็นบุคคล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยชี้แจง วัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงใดบ้างที่จะได้รับการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับการวิจัย จะใช้ประโยชน์ทางวิชาการและเสนอในภาพรวม รวมทั้งก่อนนำเสนอผลการวิจัยจะต้องได้รับอนุญาตจาก คณะกรรมการนิเทศฯของกรมศึกษาเท่านั้น ในกรณีที่กลุ่มตัวอย่างปฏิเสธไม่เข้าร่วมการวิจัยหรือถอนตัวจากการ วิจัยในภายหลัง ไม่ว่าด้วยเหตุผลใดก็ตาม ผลจากการปฏิเสธจะไม่ส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่าง ตัดสินใจแล้วให้เซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาขยะและการคัดแยกขยะ พบว่า บริเวณในชุมชนอาคารชุดมีขยะปริมาณมาก ไม่มีการคัด แยกขยะก่อนทิ้ง แต่ละครัวเรือนทิ้งขยะทุกประเภทไว้รวมกันตรงตำแหน่งที่ทางนิติบุคคลอาคารชุดจัดเตรียมไว้ให้ ซึ่งเป็นถังขยะพลาสติกทึบขนาดใหญ่รองรับ ปริมาณขยะมีมากและล้นออกมานอกถัง ทำให้ขยะกระจัดกระจาย ตามพื้นและส่งกลิ่นเหม็น โดยเฉพาะเวลาน้ำท่วม ขยะจะเน่าเสียและส่งกลิ่นเหม็น และไปอุดตันทางระบายน้ำ ของชุมชน ส่งผลทำให้สภาพแวดล้อมในชุมชนไม่น่าอยู่ สาเหตุของปัญหาดังกล่าว คือ ไม่มีการคัดแยกขยะ และ ไม่มีการจัดที่รองรับขยะแยกแต่ละประเภทไว้อย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามมีเจ้าของร่วมบางคนที่คัดแยกเฉพาะขยะรีไซเคิลเอาไว้ขายเอง ขยะที่เหลือจะรวมใส่ถุงทิ้ง เช่น ตนเอง สมาชิกกรรมการนิเทศฯบางคน (คำบอกเล่าจากคุณ มงคล บุญอ่อน ประธานโครงการฯ)

2. โครงการชุดกิจกรรมชุดกิจกรรมที่ได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ นิเทศฯ ได้แก่ 1) การประชาสัมพันธ์ 2) การจัดตั้งสถานีจัดเก็บและคัดแยกขยะ โดยจัดให้มีการคัดแยกตามชนิดของ ขยะ แบ่งเป็น ขยะทั่วไป ขยะอินทรีย์ ขยะรีไซเคิล และขยะอันตราย โดยจัดทำทรงตะแครงลวดสี่เหลี่ยมขนาด ใหญ่จำนวน 3 กรง ที่มีหลังคาพร้อมป้ายผ้าสำหรับคัดแยกขยะรีไซเคิลซึ่งเป็นขยะที่ค่อนข้างสะอาด ได้แก่ ขวด

พลาสติก กระดาษ ขวดแก้ว เป็นต้น และใช้ถังพลาสติกขนาดใหญ่ 2 ถังที่มีฝาปิด สำหรับขยะทั่วไปใหญ่ 1 ถัง และขยะอันตราย 1 ถัง เขียนป้ายบอกชนิดของขยะเรียบร้อย และจัดทำถังรองรับขยะอินทรีย์โดยใช้ถังพลาสติก ขนาดความจุ 200 ลิตร จำนวน 2 ใบวางคู่กัน แล้วเจาะรูต่อท่อพีวีซีให้น้ำจากขยะไหลออกได้ ภายในถังใส่ถ่าน และทรายเป็นชั้นๆ เพื่อกรองน้ำจากขยะออก และใช้ถ่านเป็นสารดูดกลิ่น ต่อท่อระบายน้ำออกสู่ท่อระบายน้ำ ของชุมชนอาคารชุด ทั้งหมดจะวางอยู่บริเวณสถานีคัดแยกขยะในชุมชน ทำให้ที่รองรับขยะแต่ละประเภท ครบถ้วน 3) จัดทำแบบฟอร์มบันทึก เพื่อบันทึกข้อมูลของครัวเรือนที่นำขยะที่คัดแยกไว้แล้วมาชั่งน้ำหนักตาม ชนิดของขยะ ณ สถานีคัดแยกขยะ ดังภาพ 2 4) การนำกลยุทธ์ทางการตลาดมาใช้ดำเนินกิจกรรม โดยนำน้ำหนัก ของขยะที่แยกเป็นประเภทมาคิดเป็นคะแนน แล้วสะสมไว้แลกกับของรางวัล รวมทั้งการจูงใจรางวัลโปรโมชั่นพิเศษ



ภาพ 2 สถานีคัดแยกขยะและรับบันทึกขยะที่คัดแยกแล้วโดยใช้แบบบันทึก

3. การประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินโครงการชุดกิจกรรม ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับการคัดแยกขยะภายหลังสิ้นสุดการดำเนินโครงการ (ระยะดำเนินโครงการ 6 เดือน) โดยใช้การอภิปราย กลุ่มย่อยกับคณะกรรมการนิเทศ จำนวน 15 คน และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลการมีส่วนร่วมของแต่ละครัวเรือนในการคัดแยกขยะและนำขยะที่คัดแยกมาชั่งน้ำหนักที่สถานีรับบันทึกขยะที่คัดแยกแล้ว ผลการศึกษาพบว่า ความสำเร็จและผลลัพธ์ของโครงการที่สำคัญ 2 ประการ ในช่วงดำเนินโครงการ 6 เดือน (กรกฎาคม ถึง ธันวาคม 2562) คือ

3.1 ผลลัพธ์จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ชุมชนมีการคัดแยกขยะก่อนทิ้งจำนวน 135 ครัวเรือน จาก 310 ครัวเรือน ที่โอนกรรมสิทธิ์แล้ว คิดเป็นร้อยละ 43.55 โดยมีปริมาณขยะรวมทั้งหมด 2,007.87 กรัม

หรือเฉลี่ยต่อเดือน 334.65 กรัม ทั้งนี้ขยะรีไซเคิลเป็นขยะที่มีปริมาณมากที่สุด ร้อยละ 53.79 ของขยะทั้งหมด รองลงมาเป็นขยะทั่วไป ร้อยละ 26.69 และขยะอินทรีย์ร้อยละ 19.27 รายละเอียดข้อมูลเชิงปริมาณของจำนวนขยะแยกตามชนิดและจำแนกเป็นรายเดือนแสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 ปริมาณขยะแยกตามประเภท จำแนกตามเดือนที่ร่วมโครงการจากแบบบันทึกการคัดแยกขยะที่สถานีคัดแยกขยะของชุมชนอาคารชุดบ้านเอื้ออาทร บางนา 6 อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

เดือน	จำนวนขยะ (กรัม)				รวม
	รีไซเคิล	อินทรีย์	อันตราย	ทั่วไป	
กรกฎาคม	213.47	75.01	0	18.50	306.98
สิงหาคม	360.31	147.55	2.95	264.08	773.99
กันยายน	300.30	146.30	2.90	224.30	673.80
ตุลาคม	121.20	13.00	0	10.00	144.20
พฤศจิกายน	30.20	4.50	0	3.60	38.30
ธันวาคม	54.60	0.50	0	15.50	70.60
รวม	1080.08	386.86	4.95	535.98	2,007.87

หมายเหตุ ปริมาณขยะเฉลี่ยต่อเดือน = $2,007.87/6 = 334.65$ กรัม
 ปริมาณขยะรีไซเคิล คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 53.79 ของขยะทั้งหมด
 ปริมาณขยะอินทรีย์ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 19.27 ของขยะทั้งหมด
 ปริมาณขยะอันตราย คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 0.25 ของขยะทั้งหมด
 ปริมาณขยะทั่วไป คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 26.69 ของขยะทั้งหมด

3.2 ผลลัพธ์จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของครัวเรือนในการคัดแยกขยะจากไม่เคยคัดแยกขยะ มาเป็นมีการคัดแยกขยะตามชนิดของขยะและมีการใช้ประโยชน์จากการคัดแยกขยะ เช่น ขยะรีไซเคิล ชุมชนนำไปขายต่อเป็นเงินและนำเงินที่ได้มาใช้ประโยชน์โดยใช้ติดตั้งไฟส่องสว่างในชุมชน ปรับปรุงสภาพแวดล้อมชุมชนให้สะอาด น่าอยู่ สำหรับขยะอินทรีย์เมื่อคัดแยกแล้วชุมชนนำไปหมักทำปุ๋ยหมักได้สำเร็จ นำไปใช้ปลูกผักสวนครัว เป็นต้น ข้อมูลเชิงคุณภาพที่สนับสนุนผลสำเร็จในการดำเนินงาน ผู้วิจัยขอยกเป็นตัวอย่าง เช่น คำถามว่าจะทำอย่างไรให้ครัวเรือนยินดีเข้าร่วมอย่างต่อเนื่อง มีคำตอบจากแม่บ้านที่ร่วมเป็นคณะกรรมการของนิติ กล่าวในที่ประชุมอภิปรายกลุ่มย่อยว่า “ตนเองได้เสนอให้ใช้กลยุทธ์การตลาดของร้านสะดวกซื้อ ที่มีบัตรสะสมแต้ม และนำมาแลกของรางวัล โดยให้ใส่รายการของรางวัลที่จะให้แลกไว้ในบัตรสะสมแต้มด้วย จะช่วยดึงดูดความสนใจได้” แม่บ้านอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า “ในทางปฏิบัติทุกคนทำงานร่วมกัน หากมีใครติดภารกิจกรรมการที่อยู่ปฏิบัติงานสามารถทำงานแทนกันได้ การปฏิบัติงานเน้นวันที่นัดครัวเรือนนำขยะมาที่สถานีคัดแยกขยะเป็นทุกวันเสาร์ อาทิตย์ เวลา 9.00 – 12.00 น.” มีกรรมการอีกท่านหนึ่งกล่าวขึ้นมาว่า “ผมได้ขอรับบริจาครองเท้าผ้าใบและรองเท้า safety จากบริษัทแห่งหนึ่ง จำนวน 800 คู่ (เนื่องจากทางบริษัทจะเปลี่ยนแบบรองเท้าใหม่และต้องการยกเลิกรองเท้าแบบเดิม) มาใช้เป็นของรางวัลให้กับผู้คัดแยกขยะแล้วนำมาร่วมโครงการ โดยแจกวันละ 2 คู่ ใช้วิธีจับสลากผู้นำขยะที่คัดแยกแล้วมาร่วมโครงการในแต่ละเสาร์ อาทิตย์ ช่วงเวลา 12.00 น.” มีกรรมการอีกท่านกล่าวถึงความสำคัญของประธานคณะกรรมการนิติว่า มีส่วนสำคัญช่วยให้ผลลัพธ์การดำเนินงานดี “ประธานเป็นบุคคลที่ชุมชนยอมรับและศรัทธา เป็นตัวแทนเจ้าของร่วม พักอาศัยในชุมชนและเคยได้รับคัดเลือกให้เป็นประธานคณะกรรมการนิติอาคารชุดเอื้ออาทรบางนา 6 มาก่อนถึง 2 สมัยติดต่อกัน เวลาเรียกประชุมวางแผน ติดตามการทำงาน หรือมอบหมายงาน ให้สมาชิกคณะกรรมการคนใดทำงาน สมาชิกจะตอบรับและให้ความร่วมมืออย่างดี” เป็นต้น

อภิปรายผล

จะเห็นได้ว่าความสำเร็จและผลลัพธ์ของโครงการที่สำคัญมี 2 ประการหลักๆ คือ ประการแรกเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดแยกขยะก่อนทิ้ง แล้วค่อยให้บริษัทมาจัดเก็บไปทำลายจำนวน 135 ครั้วเรือน จาก 310 ครั้วเรือนที่มีการโอนกรรมสิทธิ์ คิดเป็นร้อยละ 43.55 และคาดว่าจะประสบความสำเร็จสูงขึ้นในปีถัดไป ซึ่งในอดีตไม่เคยมีการคัดแยกขยะมาก่อน ความสำเร็จและผลลัพธ์ที่ 2 คือ ชุมชนมีการคัดแยกขยะแต่ละประเภทเป็นอย่างดีและมีการนำขยะที่คัดแยกได้ไปใช้ประโยชน์ เช่น ขยะรีไซเคิล ซึ่งเป็นขยะที่ค่อนข้างสะอาด และมีปริมาณมากที่สุด คือ ประมาณร้อยละ 53.79 ของปริมาณขยะทั้งหมด ชุมชนนำไปขายต่อเป็นเงิน และนำเงินที่ได้มาใช้ประโยชน์โดยใช้ติดตั้งไฟส่องสว่างในชุมชน ปรับปรุงสภาพแวดล้อมชุมชนให้สะอาด น่าอยู่ สำหรับขยะอินทรีย์ ซึ่งมีปริมาณ ร้อยละ 19.27 ประเด็นที่สำคัญ คือ ขยะอินทรีย์ที่คัดแยกแล้วสามารถนำไปหมักทำปุ๋ยหมักได้สำเร็จ รวมทั้งนำไปใช้ปลูกผักสวนครัวของชุมชน ทั้งที่ก่อนหน้านี้ชุมชนไม่เคยคัดแยกขยะอินทรีย์มาก่อน จากการสังเกตชุมชนให้ความสนใจมากกับการคัดแยกขยะอินทรีย์โดยจัดทำถังรองรับขยะขึ้นใช้เองเป็นถังพลาสติกขนาดความจุ 200 ลิตร จำนวน 2 ใบ วางคู่กัน แล้วเจาะรูต่อท่อพีวีซีให้น้ำจากขยะไหลออกได้ภายในถังใส่น้ำ และทลายเป็นชั้นๆ เพื่อกรองน้ำจากขยะออก และใช้ถ่านเป็นสารดูดกลิ่น เป็นนวัตกรรมของชุมชนเอง การศึกษานี้ พบว่า ขยะที่ครัวเรือนคัดแยกได้และนำมาบันทึกน้ำหนัก ณ สถานีบันทึกและจัดการคัดแยกขยะมีค่อนข้างน้อยกว่าที่ควรจะเป็น อาจเนื่องจากการคัดแยกขยะอินทรีย์ในระดับครัวเรือนค่อนข้างลำบาก และยากกว่าการคัดแยกขยะรีไซเคิล ขยะทั่วไปและขยะอันตราย ผลการศึกษาครั้งนี้มีผลลัพธ์ใกล้เคียงกับรายงานการศึกษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อม บ้านเอื้ออาทร บางโกลน ระยะที่ 3/1 และ 3/2 จังหวัดสมุทรปราการ ในช่วงปี พ.ศ. 2556 (รังษิยา กมลพนัส, 2556)

ปัจจัยหรือเงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จ พอสรุปได้ดังนี้ ประการแรกคณะกรรมการนิเทศีมีการออกแบบเก็บข้อมูลการคัดแยกขยะอย่างเป็นระบบและมุ่งใจให้ครัวเรือนมีการคัดแยกอย่างต่อเนื่อง เป็นเงื่อนไขสำคัญนำไปสู่ความสำเร็จ มีการออกแบบสถานีจุดคัดแยกขยะ การออกแบบบันทึกข้อมูลน้ำหนักของขยะที่คัดแยกได้แต่ละชนิด การตั้งกติกาให้ครัวเรือนคัดแยกขยะแล้วนำมาเข้าร่วมโครงการ การคิดหาของรางวัลที่น่าสนใจมากระตุ้นให้ครัวเรือนมีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะ ประการที่สองการประชาสัมพันธ์และการใช้กลยุทธ์การตลาด คณะกรรมการนิเทศี มีการประชาสัมพันธ์ก่อนเริ่มโครงการประมาณเกือบ 1 เดือน เมื่อเริ่มโครงการมีการนำกลยุทธ์การตลาดของร้านสะดวกซื้อที่ใช้การสะสมคะแนน และนำมาแลกของรางวัล โดยให้ใส่รายการของรางวัลที่จะให้แลกไว้ในแบบบันทึกข้อมูลน้ำหนักของขยะที่คัดแยกได้แต่ละชนิดแล้วคิดเป็นคะแนนสะสมในแต่ละครั้งที่มาร่วมโครงการ เมื่อสะสมคะแนนครบตามที่ระบุไว้สามารถนำมาแลกของรางวัลได้ นอกจากนี้ยังมีการจับฉลากรายชื่อครัวเรือนที่เข้าร่วมโครงการทุกสัปดาห์ให้รางวัลเป็นรองเท้า เป็นกลยุทธ์การขายที่น่าสนใจสามารถกระตุ้นการมีส่วนร่วมได้ดี การศึกษาของ สุรสิทธิ์ เพชรปิฎพงษ์ และสุวรรณ์ แลสันกลาง (2560) พบว่า การประชาสัมพันธ์และการให้ความรู้ประชาชนจะช่วยกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมดีขึ้น การศึกษาของปิยวัฒน์ โพชะกะ และกาญจนา ครองธรรมชาติ (2554) ซึ่งทำการศึกษาเรื่อง “การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองแวงโสภพระ อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น” และกนกอร บุญมี (2560) ที่ศึกษาเรื่อง แนวทางการจัดการขยะโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น การวิจัยทั้ง 2 เรื่อง ผลการวิจัยพอสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นปัจจัยสำคัญสู่ความสำเร็จ และปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการจัดการมูลฝอยชุมชน ได้แก่ การที่ประชาชนมีรายได้ หรือของตอบแทนจากการคัดแยกขยะ เช่นเดียวกับการศึกษานี้ที่มีการใช้กลยุทธ์การตลาดสะสมคะแนน และนำมาแลกของรางวัลรวมทั้งการจับรางวัลให้กับเจ้าซึ่งร่วมที่เข้ามามีส่วนร่วมในการคัดแยกขยะ ประการสุดท้าย ประธานคณะกรรมการนิเทศีเป็นบุคคลที่ชุมชนยอมรับและศรัทธา พักอาศัยในชุมชนอาคารชุดเช่นเดียวกับทุกครัวเรือนและเคยได้รับคัดเลือกให้เป็นประธานคณะกรรมการนิเทศีอาคารชุดฯ ถึง 2 สมัยติดต่อกัน (หลังการดำเนินโครงการนี้เสร็จได้รับเชิญเป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการนิเทศีอาคารชุดฯ) จากการสังเกตพฤติกรรมกรรมการดำเนินโครงการและการทำงานอื่นๆของคณะกรรมการนิเทศี พบว่า คณะกรรมการนิเทศีและครัวเรือนในอาคารชุดยอมรับและศรัทธา ในการทำหน้าที่

ประธานจะเรียกประชุมวางแผน ติดตามการทำงาน มอบหมายงาน ให้สมาชิกคนใดทำงาน สมาชิกจะตอบรับและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของสันชัย พรหมสิทธิ์ (2562) เกี่ยวกับการจัดการขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่พบว่าปัจจัยความสำเร็จ คือความร่วมมือในการทำงานและผู้บริหารที่กำกับดูแลติดตาม เช่นเดียวกับการประชาสัมพันธ์สื่อสารชุมชนที่มีความสำคัญ สมจินตนา คุ่มภัย (2559) ได้ศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชาวชุมชนในองค์การบริหารส่วนตำบลต้นแบบที่บูรณาการแผนชุมชนสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า การสื่อสารให้ข้อมูลข่าวสารแก่ชาวชุมชนอย่างชัดเจน จะมีผลทางบวกต่อการมีส่วนร่วมของชาวชุมชน เช่นเดียวกับการศึกษานี้ และเมื่อกล่าวโดยภาพรวมความสำเร็จดังกล่าวมีปัจจัยหรือเงื่อนไขใกล้เคียงกับการศึกษาที่เทศบาลตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี (นภา จันทรตรี, 2563) ซึ่งพบว่า การจัดการขยะด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน การส่งเสริมความรู้ในการคัดแยกขยะ การประดิษฐ์ถังขยะหรือภาชนะบรรจุด้วยวัสดุในท้องถิ่น การจัดการขยะในครัวเรือนที่ถูกวิธี การรณรงค์เพื่อปลูกจิตสำนึกรักษาสภาพแวดล้อม และการนำขยะไปใช้ประโยชน์ในชุมชน จะช่วยให้การจัดการคัดแยกขยะมีความยั่งยืน

โอกาสความต่อเนื่องและยั่งยืนในพื้นที่ที่ศึกษาครั้งนี้มีค่อนข้างสูง เนื่องจากการจัดทำโครงการ ได้นำเข้าสู่ระบบกลไกการทำงานของคณะกรรมการนิตาการชุดเอื้ออาทรบางนา 6 สำหรับการดำเนินงานของวาระการดำรงตำแหน่งของคณะกรรมการชุดถัดไป มีการบรรจุในวาระการประชุมของคณะกรรมการอย่างสม่ำเสมอ ผู้สมัครคณะกรรมการนิตาที่มาจากผู้แทนเจ้าของร่วมมีจิตอาสาและทำงานเพื่อชุมชน มีการเชิญชวนบุคคลในครอบครัว เช่น ภรรยา บุตร ให้เข้ามามีส่วนร่วมในโครงการ ในการประชุมสรุปโครงการและคืนข้อมูลสู่ชุมชน คณะกรรมการนิตามีมติให้ดำเนินโครงการต่อเนื่อง และขยายผลไปดำเนินโครงการทำนองนี้ในชุมชนอาคารชุดเอื้ออาทรบางนาที่เหลือต่อไป

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษากการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ นอกจากจะเป็นประโยชน์โดยตรงกับชุมชนอาคารชุดบ้านเอื้ออาทร บางนา 6 ตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ แล้วคณะกรรมการนิตาการชุดของภาครัฐอื่นๆ สามารถนำไปใช้เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการขยะชุมชนได้ รวมทั้งใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาท้องถิ่นด้านการจัดการขยะชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ควรขยายโครงการให้ครอบคลุมอาคารชุดบ้านเอื้ออาทร บางนา 6 ตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ทั้งหมด นอกจากนี้ควรมีการประเมินผลเป็นระยะๆ เช่น ทุก 6 เดือน หรือทุกปี เพื่อประเมินความคงอยู่และความยั่งยืนของโครงการ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่ได้อนุมัติโครงการประจำปีงบประมาณ 2562 (โครงการนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุน)

References

- กนกอร บุญมี, ธวัช ทะเพชร, และ นภารัตน์ พุฒนา (2560). แนวทางการจัดการขยะโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารสถาบันวิจัยพินลธรรม*, 4(2), 85-98.
- กรมควบคุมมลพิษ. (2560). *รายงานสถานการณ์มลพิษของ ประเทศไทย ปี 2560*. บริษัททวงศ์สว่างพัลลิ่งซิง แอนด์ พรินติ้ง จำกัด

- นภา จันทรตรี, ทิพวรรณ พลสุขสมบัติ, ราตรี พิงกุล, เรืองอุไร วรรณโก, เบญจพร ประจง, และธนวัฒน์ กันภัย. (2563). แนวทางการจัดการขยะอย่างยั่งยืนด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในเขตเทศบาลตำบลปากน้ำแหลมสิงห์ จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิจัยรำไพพรรณี*, 14(3), 25-31.
- ปิยวัฒน์ โพชะกะ และกาญจนา ครอบธรรมชาติ (2554). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการมูลฝอยชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองแขวโสภพระ อำเภอลพ จังหวัดขอนแก่น. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น*, 18(2), 56-57.
- รังษิยา กมลพนัส, พิศสมร เหลืองทองคำ, นวกร อุ่นจิตติ, อนวรรณ นาคงาม, อมรรัตน์ ทองน้อย. (2556). ผลการปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและแก้ไขผลกระทบสิ่งแวดล้อมและมาตรการติดตามตรวจสอบคุณภาพสิ่งแวดล้อมระยะดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน พ.ศ. 2556 โครงการบ้านเอื้ออาทร บางโกลน ระยะที่ 3/1 และ 3/2 สมุทรปราการ. รายงานบริษัทเอเชียแอสไพร์คอนซัล แตนท์ จำกัด.
- สมจินตนา คุ่มภัย (2559). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชาวชุมชนในองค์การบริหารส่วนตำบลต้นแบบที่บูรณาการแผนชุมชนสู่แผนพัฒนาท้องถิ่น จังหวัดนครศรีธรรมราช. *Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ*, 9(2), 733-748.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2559). *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)*.
- สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี. (2562). *แผนปฏิบัติการลด และคัดแยกขยะมูลฝอย สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562*. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี.
- สันชัย พรหมสิทธิ์. (2562). การจัดการขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขนาดใหญ่ กลาง เล็ก ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารวิชาการและวิจัย มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 9(1), 67-81.
- สุรสิทธิ์ เพชรพิตพงษ์ และสุรัฐ แลสันกลาง (2560). การประเมินโครงการบริหารจัดการขยะมูลฝอย บ้านวังหม้อ เทศบาลตำบลร่องกวาง อำเภอร่องกวาง จังหวัดแพร่. *วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย*, 10(3), 131-142.
- อมร อภิสิทธิ์อมร. (2561). *พฤติกรรมและการรับรู้ของประชาชนในการจัดการขยะครัวเรือน: กรณีศึกษา คอนโดมิเนียมในเขต กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- Zuber-Skerrit, O. (1995). *Models for Action Research*. In: Prindren S and Passfield R (Eds). *Moving on: Creation Applications of Action Learning and Action Research*. Queensland, Australia: Action Research, Action Learning and Process Management.

รูปแบบการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนด้านปกครองในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19

อำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน

Development Model of Administrative Community leaders participation in the prevention and control of Corona virus Mueang Nan District, Nan Province

จงจิต ปินศิริ¹, นิรัชรา ลิลละฮ์กุล^{2*} และเจษฎากร โนอินทร์³

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน¹,

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดยะลา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก²

มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม³

Provincial Public Health Office¹,

Sirindhorn.College of Public Health Yala Faculty of Public Health and Allied Health Sciences^{2*}

Pibulsongkram Rajabhat University³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนด้านปกครองและพัฒนารูปแบบในการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคัดเลือกแบบเจาะจง ได้แก่ ผู้นำชุมชนด้านปกครอง ในอำเภอเมืองน่าน จำนวน 327 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถาม แบบประเมินการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการอภิปรายกลุ่ม การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ด้านการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 โดยรวมระดับมาก ($\bar{X}$ =17.58 S.D.=1.570)

2. รูปแบบการดำเนินการป้องกันการควบคุมโรคโควิด-19 ของผู้นำชุมชนด้านปกครอง อำเภอเมืองน่าน ประกอบด้วย 1) การแต่งตั้งหน่วยปฏิบัติการคัดกรอง แยกกัก กักกัน คุ่มไว้สังเกตระดับพื้นที่ 2) การกำหนดแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการควบคุมดูแลผู้ที่เดินทางกลับจากพื้นที่เสี่ยง 3) การรณรงค์ให้ความรู้และสื่อสารประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรค 4) การเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน 5) การดูแลช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรค และ 6) การติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการโรคอุบัติใหม่ที่จะอาจเกิดขึ้นในอนาคตของหน่วยงานสาธารณสุขต่อไป

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วม, ผู้นำชุมชนด้านปกครอง, โรคโควิด-19

Abstract

The participatory action research purpose of this study was to study the level of participation of community leaders in the administrative area and to develop a model for the prevention and control of the COVID-19. There were 327 people in Mueang Nan District. The research tools were a questionnaire, a questionnaire, a questionnaire for participation in the prevention and control of the COVID-19. Data were collected by interviewing, group chat participatory observation and group discussions quantitative data analysis Descriptive statistics were used: frequency distribution, percentage, mean, standard deviation. Qualitative data using content analysis. The results showed that

1. The overall participation in prevention and control of the disease of community leaders in the prevention and control of the COVID-19 was at a high level, and
2. The operational model of the prevention and control of the COVID-19 of Community Leaders in Governance Muang Nan consists of 1) the appointment of screening, separation, quarantine and supervision units to observe at the area level; 2) the establishment of clear guidelines for supervising those returning from risky areas; 4) Enhancing the participation of network partners from all sectors; 5) Caring and helping people affected by the disease; and 6) Monitoring and evaluating performance. The results of this study can be used as a guideline for emerging diseases that may occur in the future for public health agencies.

Keywords: Participation, Community leaders in the administrative, COVID-19

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 พบครั้งแรกในเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อเดือน ธันวาคม 2562 และมีการระบาดใหญ่ (Pandemic) ไปทั่วโลก เนื่องจากเชื้อโคโรนาไวรัส สามารถแพร่เชื้อจากคนสู่คนได้โดยติดต่อผ่านทางละอองฝอย ที่มีเชื้อไวรัสโคโรนาจากการไอหรือจาม รดกันแล้วหายใจเอาเชื้อเข้าสู่ปอด รวมถึงการสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อ โดยที่มือสัมผัสกับน้ำมูก น้ำลายหรือสัมผัสสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งก่อให้เกิดอาการเช่นเดียวกับผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ อาการมีตั้งแต่ระดับความรุนแรงน้อย ได้แก่ คัดจมูก เจ็บคอ ไอ และมีไข้ ในบางรายที่มีอาการรุนแรงจะมีการปอดอักเสบหรือหายใจลำบากร่วมด้วย หากรุนแรงมาก อาจทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตได้และในทางระบาดวิทยาคลินิกลักษณะทางห้องปฏิบัติการและลักษณะจากภาพถ่ายรังสี พบว่าเซลล์ที่มีโอกาสถูกทำลายจะเป็นด้านล่างของทางเดินหายใจ ซึ่งจะส่งผลให้การทำงานของระบบทางเดินหายใจล้มเหลว โดยผู้สูงอายุและเพศชายเมื่อมีการติดเชื้อจะมีการรุนแรงมากกว่า (World Health Organization, 2022)

จากการระบาดในประเทศไทยในครั้งแรกและการระบาดระลอกใหม่ที่มีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งมีจำนวนผู้ติดเชื้อรวม 4 ล้าน คิดเป็น 66,472 ต่อประชากรล้านคน โดยมีผู้เสียชีวิต 31,887 ราย คิดเป็น 458 ต่อประชากรล้านคน) รัฐบาลไทยได้ออกมาตรการและขอความร่วมมือประชาชนในการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด ภายใต้มาตรการ “D-M-H-T-T” ได้แก่ D : Social Distancing เว้นระยะห่าง M : Mask สวมหน้ากากผ้า/หน้ากากอนามัยทุกครั้งที่ออกนอกบ้าน/อยู่ในพื้นที่สาธารณะ H : Hand ล้างมือบ่อย ๆ ด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ และ T : Testing การตรวจเร็วรักษาเร็ว T : Thai cha na ใช้แอปไทยชนะ การไม่รวมกลุ่มกับผู้คนจำนวนมาก รวมถึงการใช้มาตรการป้องกันโรคเพื่อตนเองและแสดงความรับผิดชอบต่อสังคม ดังนั้น ทุกภาคส่วน โดยเฉพาะผู้นำชุมชนด้านปกครองจึงต้องมีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดแนวทาง ความร่วมมือในการดูแลและควบคุมผู้ที่เดินทางกลับจากพื้นที่ที่มีการระบาดของโรค ร่วมกับประชาชนในชุมชน โดย

การแยกกักตัว และเฝ้าสังเกตอาการจนครบ 14 วัน เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งสำคัญที่ทำให้การป้องกันโรคและควบคุมโรคประสบความสำเร็จ นั่นคือการมีส่วนร่วมของชุมชนและทุกภาคส่วนด้วยชุมชนเอง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

จังหวัดน่านเป็นจังหวัดที่เกิดผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 เช่นกัน โดยจากรายงานการเฝ้าระวังพบว่า มีผู้ป่วยสะสมตั้งแต่เริ่มการระบาด จนถึงปัจจุบัน 103,640 ราย เสียชีวิตสะสม 113 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, 2565) ซึ่งในการป้องกันการแพร่กระจายของโรคดังกล่าว ต้องได้รับความร่วมมือจากประชาชนในการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด โดยอาศัยความร่วมมือของผู้นำชุมชน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมและระดับของการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนด้านปกครอง ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 เนื่องจากที่ผ่านมายังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานในการป้องกันที่ชัดเจน และเพื่อทราบแนวทางปฏิบัติ ปัญหา ข้อเสนอแนะด้านการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 เพื่อก่อให้เกิดความยั่งยืน และสามารถจะนำไปใช้เป็นแนวทางในการโรคอุบัติใหม่ที่จะอาจเกิดขึ้นในอนาคตของหน่วยงานสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนด้านปกครองในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
2. เพื่อสร้างรูปแบบในการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนด้านปกครอง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research; PAR) โดยใช้กระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control)

พื้นที่และระยะเวลาการศึกษา

ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ศึกษาแบบเจาะจง คือ อำเภอเมืองน่าน ซึ่งเป็นอำเภอที่มีประชากรเดินทางเข้าออกเป็นจำนวนมากของจังหวัดน่าน มีความเสี่ยงในการระบาดสูงมากที่สุดและผู้นำชุมชนด้านปกครองมีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน พฤษภาคม 2564 – กันยายน 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้นำชุมชนด้านปกครองที่อาศัยอยู่ในอำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน จำนวน 109 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling Techniques) รวมทั้งหมด 327 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้นำชุมชนทางด้านปกครอง ซึ่งเป็นตัวแทนคนในชุมชนในการให้ข้อมูล วิเคราะห์ ปัญหาแนวทางแก้ไข ร่วมปฏิบัติและติดตามประเมินผลการปฏิบัติได้
2. เป็นคณะกรรมการโรคติดต่อตำบลหรือหมู่บ้าน
3. อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองน่าน
4. ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชนิด คือ

1. แบบสอบถามโดยผู้วิจัยได้สร้างขึ้นและดัดแปลงจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ศาสนา สถานภาพสมรส บทบาทหน้าที่สถานะทางสังคมในชุมชน โรคประจำตัว แหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความเกี่ยวข้องกับบุคคลในพื้นที่เสี่ยงจากการระบาดของโรคโควิด-19

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 เป็นแบบเลือกตอบ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดเป็น 0 ประกอบด้วย 4 ประเด็น ได้แก่ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค จำนวน 5 ข้อคำถาม ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อและอาการของโรค จำนวน 5 ข้อคำถาม ความรู้เกี่ยวกับมาตรการควบคุมโรคจำนวน 5 ข้อคำถามและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของโคเฮนและอัฟฮอฟฟ์ (Cohen and Uphoff, 1980) ประกอบด้วยขั้นตอนการมีส่วนร่วม 4 ประการคือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการวางแผน การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล จำนวน 20 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ

3. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน AIC ได้แก่ คำถามในการสนทนากลุ่ม เป็นข้อมูลที่ได้จากการกระบวนการมีส่วนร่วม นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้องแยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ทั้งหมด โดยนำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหาของข้อมูล (Content analysis) เพื่อสรุปและนำไปเชื่อมโยง ความสัมพันธ์กับประเด็นที่ศึกษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยนำประเด็นคำถามให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านงานบริการด้านปฐมภูมิ 1 ท่านและผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในชุมชน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและความตรงของเนื้อหา วิเคราะห์ความตรงของเครื่องมือโดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Congruence: IOC) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.50–1.00

2. ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ผ่านการแก้ไข ปรับปรุง นำไป (Try Out) กับผู้นำชุมชนด้านปกครองซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คนหลังจากนั้นได้ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามการมีส่วนร่วม โดยใช้ Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เลือกใช้เทคนิค AIC ทำให้ชุมชนร่วมกันระดมความคิด ความรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ รับฟังข้อมูลข่าวสาร ข้อเสนอที่ก่อให้เกิดความเข้าใจ ความต้องการและหาข้อสรุปร่วมกัน นำมาจัดทำแผนแก้ไขปัญหในพื้นที่ มีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

1. **ขั้นเตรียมการ (Pre-Research Phase)** 1. ศึกษาข้อมูลเอกสาร (documentary research) ประกอบด้วย 1) เอกสารชั้นต้น (primary source) ได้แก่ นโยบายของรัฐบาล คำสั่ง ประกาศ ข้อกำหนดระเบียบปฏิบัติ นโยบายระดับจังหวัด อำเภอ ประกาศ คำสั่ง ข้อกำหนด รวมถึงเอกสารของทางราชการที่เกี่ยวข้อง 2) เอกสารชั้นรอง (secondary source) ได้แก่ งานเขียน บทความ วารสาร วิทยานิพนธ์ สารนิพนธ์ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการจัดการภัยพิบัติ การนำนโยบาย ไปปฏิบัติ การมีส่วนร่วม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 2. วิเคราะห์และรวบรวมข้อมูลพื้นฐาน สภาพการณ์ปัจจุบันของพื้นที่ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 3) ประสานงานกับชุมชน ได้แก่ ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องเพื่อเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยใช้แรงจูงใจและวิธีดำเนินการดำเนินงาน

2. **ระยะดำเนินการ (Research phase)** มีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาความรู้ พื้นฐานและวิเคราะห์สภาพปัญหา เป็นการศึกษาระดับพื้นฐานและวิเคราะห์สภาพปัญหาต่างๆ ที่มีอยู่ก่อนที่จะเริ่มดำเนินการพัฒนา โดยศึกษาความรู้ พื้นฐานและวิเคราะห์สภาพ ปัญหาในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19

ขั้นตอนที่ 2 การประชุมโดยใช้เทคนิคกระบวนการ AIC เป็นการประชุม จัดทำแผนปฏิบัติการตามกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยการค้นหาปัญหาและวิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน กำหนดแนวทางและวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยนำผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 มาใช้ เพื่อให้ได้แนวทางและรูปแบบในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินการตามแผนที่ได้จากกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน และตัวแทนหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้อง ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล เป็นการประเมินผลทั้งในระหว่างดำเนินการและหลังการดำเนินการตามแผนงาน ในประเด็นการมีส่วนร่วมและการสนับสนุน ตามแผนงานการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ระดับความร่วมมือ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) โดยข้อมูลแจกแจง นำเสนอด้วยจำนวน และค่าร้อยละ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการกระบวนการมีส่วนร่วม นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความถูกต้อง สรุปและเชื่อมโยงกับประเด็นที่ศึกษา วิเคราะห์เชิงเนื้อหาของข้อมูล (Content analysis)

จริยธรรมวิจัย

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มผู้ให้ข้อมูลการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน รหัส NAN REC 64 - 12 เมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม 2564

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาประกอบด้วยผู้นำชุมชนด้านปกครองทั้งหมด ประกอบด้วยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 109 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 78.9 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 43 ปี (S.D.= 8.64, Min= 26, Max = 60) สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.7 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 98.2 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย มากที่สุด ร้อยละ 45.0 อาชีพหลักคือเกษตรกร ร้อยละ 68.8 รองลงมาอาชีพค้าขาย ร้อยละ 12.8 และรับจ้าง ร้อยละ 8.3 ตามลำดับ สถานะทางสังคมในชุมชนพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้นำชุมชนฝ่ายปกครอง ร้อยละ 94.5 และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70.7 สำหรับแหล่งข้อมูลที่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กลุ่มตัวอย่างได้รับพบว่าส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารจากโทรทัศน์ ร้อยละ 75.2 สถานบริการสาธารณสุข ร้อยละ 10.1 และจากผู้นำด้านสุขภาพ เช่นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชนฯ รวมทั้งหอกระจายข่าว ร้อยละ 5.5 ตามลำดับ และความเกี่ยวข้องกับบุคคลในพื้นที่เสี่ยงจากการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นกลุ่มคนที่เป็เพื่อนบ้านใกล้เคียง ร้อยละ 39.4

2. ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด- 19 พบว่าโดยรวมอยู่ระดับมาก ($\bar{X}$ =17.58 ,S.D.=1.570) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าอยู่ในระดับมากทุกด้านเช่นกัน เรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อยได้ดังนี้ การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล ($\bar{X}$ =4.81,S.D. =0.293) รองลงมาคือการมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจ ($\bar{X}$ =4.46,S.D.=0.202) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและ

ควบคุมโรคโควิด 2019 ($\bar{X}=4.17, S.D.=0.542$) และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ($\bar{X}=4.14, S.D.=0.533$) ตามลำดับ

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 (n=109)

ระดับการมีส่วนร่วม	mean	S.D.	การแปลผล
การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจ	4.46	0.202	มาก
การมีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค	4.17	0.542	มาก
การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์	4.14	0.533	มาก
การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล	4.81	0.293	มาก
ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19	17.58	1.570	มาก

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน

การป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของอำเภอเมืองน่าน จังหวัดน่าน ได้มีการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วมของชุมชน โดยใช้เทคนิคกระบวนการ AIC มี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การค้นหาปัญหาและวิเคราะห์ปัญหา ขั้นตอนที่ 2 การหาแนวทางแก้ไขปัญหา และขั้นตอนที่ 3 การวางแผนแก้ไขปัญหา โดยผู้วิจัยและทีมพี่เลี้ยงประจำกลุ่มทำหน้าที่กระตุ้นและสนับสนุนและให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็นร่วมกัน ส่งผลให้มีกระบวนการจัดการโรคโควิด-19 เกิดมาตรการและมีผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นแยกตามรายด้านต่าง ๆ ได้ดังนี้

4.1 ด้านการนำนโยบายและมาตรการบริหารจัดการกับพื้นที่ เมื่อภาครัฐกำหนดนโยบายแก้ไขการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ออกมาตามประกาศของศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และประกาศจังหวัดน่านเรื่องมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เกี่ยวกับการเดินทางเข้ามาในพื้นที่จังหวัดน่าน ทางอำเภอเมืองน่าน ได้มีระบบการดำเนินการสรุปผลได้ดังนี้

4.1.1 นายอำเภอเมืองน่านได้ประชุมชี้แจงและมอบนโยบายให้ทุกชุมชนได้รับทราบแนวทางเพื่อนำไปปฏิบัติในพื้นที่ชุมชนเชิงรุก ดำเนินการจัดการโดยกลไกพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีนายอำเภอเมืองน่าน เป็นประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองน่าน ได้ตระหนักถึงสถานการณ์การเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 โดยให้เพิ่มประเด็นโรคติดต่ออันตราย ไว้ในประเด็นการขับเคลื่อน พชอ. และได้แต่งตั้งคณะทำงานหน่วยปฏิบัติการดำเนินการคัดกรอง แยกกัก กักกัน คุ่มไว้สังเกต กรณีโรคโควิด-19 อำเภอเมืองน่าน ขึ้น เพื่อกำหนดกระบวนการจัดการดูแล ผู้ที่เดินทางกลับมาจากพื้นที่เสี่ยงสูงโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ตามหลักเกณฑ์และแนวทางของกรมควบคุมโรค

4.1.2 มีการประชุม War room ทุกภาคส่วนในพื้นที่ เพื่อการเฝ้าระวังโรคโควิด-19 โดยมีกำนันเป็นประธานศูนย์ปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคทุกตำบล (ศปก.ต.) พร้อมภาคีเครือข่าย จากงานระบาดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน งานระบาดโรงพยาบาลน่าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองน่าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้นำชุมชน ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข โรงเรียน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กประชุมร่วม เพื่อซักซ้อมทำความเข้าใจ พร้อมได้ขอความร่วมมือและกำหนดมาตรการในการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันการระบาดของโรคโควิด-19 และได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินของระดับตำบล (Emergency Operation Center: EOC ตำบล) เพื่อเป็นศูนย์ประสานงาน รับข่าวสาร แจ้งข่าวสารติดตาม เฝ้าระวังโรคโควิด-19 ของตำบล และประสานทีมงานเข้าติดตามเฝ้าระวัง คัดกรอง กลุ่มเสี่ยง ของหมู่บ้าน รวมทั้งสร้างการรับรู้และความเข้าใจในวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้องของพี่น้องประชาชน ที่เดินทางกลับจากต่างจังหวัด ต่างประเทศ ซึ่งเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรค

4.1.3 เกิดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ที่กลับจากพื้นที่เสี่ยง (พื้นที่ควบคุม/ประเทศกลุ่มเสี่ยง) ร่วมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและคณะกรรมการชุมชน

ก่อนการกักตัว/แยกตัว	ช่วงเวลาการกักตัว 14 วัน	หลังการกักตัว/แยกตัว 14 วัน
- ญาติและครอบครัว เตรียมพื้นที่และสถานที่กักกันตัว โดยมีทีมบูรณาการจาก อบต./รพ.สต./กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และ อสม. เข้าร่วมดำเนินการ - ญาติจัดเตรียมอาหาร/ข้าวของเครื่องใช้ สำหรับการกักตัว/แยกตัวร่วมกับทางชุมชน ในระยะ 14 วัน - คณะกรรมการควบคุมโรคระดับหมู่บ้าน ทำความเข้าใจกับชุมชนรอบบ้านผู้ที่กลับจากพื้นที่เสี่ยง - อสม./ผู้นำชุมชน รับผิดชอบในการเฝ้าระวังโรคจาก รพ.สต. เพื่อมอบให้กลุ่มที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยง	- รายงานตัวเองหรือให้ญาติแจ้ง แก่กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/รพ.สต./อสม.ในพื้นที่ เพื่อแจ้งข้อมูลและคัดกรองเบื้องต้นภายใน 3 ชั่วโมงที่เดินทางกลับมาถึง - อยู่ในสถานที่กักตัว/แยกตัว รวม 14 วันและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด - แจ้งอาการกับ อสม./ผู้นำชุมชน ที่ออกติดตามอาการของทุกวันผ่านช่องทางสื่อสารต่าง ๆ เช่น ไลน์ โทรศัพท์ - หากมีอาการเหมือนเป็นไข้ อุณหภูมิสูงกว่า 37.3 องศาเซลเซียส ไอ เจ็บคอ อาเจียน ถ่ายเหลว คลื่นไส้ อ่อนเพลีย รับแจ้ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินตำบล : EOC ตำบล #ในเวลา ราชการ*ทีมสื่อสาร HOT LINE รพ.น่าน โทร 054-719-000 ต่อ 5501,5502 #นอกเวลาราชการ# โทร 1669 หรือ 1422 (กรมควบคุมโรค)	- แจ้งกับทาง อสม./ผู้นำชุมชน/รพ.สต. เพื่อตรวจร่างกายเบื้องต้น เช่น วัดอุณหภูมิ/ฟังปอด พร้อมนำอุปกรณ์ชุดเฝ้าระวังมาคืนด้วย - ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ กินของร้อน ใช้ช้อนส่วนตัว หมั่นล้างมือ สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลา เว้นระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร - ครบกำหนดกักตัว ให้ไปรับการตรวจจาก รพ.สต. ก่อนที่หมู่บ้านจะประกาศรับรองว่าเป็นผู้ผ่านการกักตัวแล้ว *ระบบการดูแลเป็นไปอย่างเหมาะสม*

*****อยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ*****

4.2 ด้านการให้คำแนะนำความรู้และวิธีป้องกันตนเอง การแนะนำความรู้ โดยหน่วยงานราชการและภาคีเครือข่ายต่างๆ ทั้งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลน่าน หน่วยงานสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นเจ้าพนักงานสาธารณสุข ที่มีความรู้ ความชำนาญในการป้องกัน และควบคุมโรค รวมทั้งกำนันผู้ใหญ่บ้าน และอาสาสมัครสาธารณสุข ได้มีการแนะนำผ่านสื่อประชาสัมพันธ์ และแผ่นพับ รวมทั้งประกาศ ด้วยรถประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ อีกทั้งได้มีการประสานข่าวสารและมาตรการด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนด้วยข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง นอกจากนี้สามารถติดตามความรู้ผ่านสื่อโทรทัศน์ของศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด - 19 ได้ทุกวัน ทั้งนี้ประชาชนในพื้นที่ต่างมีความรู้ในการป้องกันตนเองและปฏิบัติตามมาตรการสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด สังเกตได้จากการสวมใส่หน้ากากอนามัย มีการเตรียมเครื่องตรวจวัดอุณหภูมิ แอลกอฮอล์เจล และน้ำยาฆ่าเชื้อ ซึ่งได้รับความร่วมมือจากประชาชนเป็นอย่างดี

4.3 ด้านการบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและประชาชน โดยได้มอบหมายเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานร่วมกัน กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน อสม.จิตอาสาและประชาชนทั่วไปเพื่อให้การเฝ้าระวังโรคโควิด-19 มีมาตรฐานเดียวกัน เป็นการแก้ไขปัญหาโดยพื้นที่ ชุมชน เกิดการสร้างความร่วมมือ ร่วมใจ ดูแลกันในยามวิกฤติ รวมทั้งมีการประสานงานกันอย่างต่อเนื่อง เพื่อแจ้งข้อมูลการจัดการ และกระบวนการปฏิบัติงานในการตรวจคัดกรองประชาชน ก่อนเดินทางเข้าพื้นที่ ซึ่งประชาชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี นับว่าผู้เกี่ยวข้องในการนำนโยบายไปปฏิบัติ มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนให้นโยบาย ประสบความสำเร็จได้ ทั้งนี้ผลลัพธ์ของการจัดการอย่างเคร่งครัด ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม ส่งผลให้การจัดการพื้นที่ประสบผลสำเร็จ โดยพบสถิติผู้ติดเชื้อสะสมของจังหวัดน่าน ณ 30 กันยายน 2564 จำนวน 2,383 ราย เป็นผู้ติดเชื้อจากต่างจังหวัด 1,729 ราย มีเพียง 654 ราย

(ร้อยละ 27.44) เท่านั้น ที่เป็นผู้ติดเชื้อภายในจังหวัด ถือเป็นการรับประโยชน์จากการบริหารจัดการที่มุ่งปฏิบัติ เพื่อควบคุมและป้องกันโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.4 ด้านการช่วยเหลือประชาชน เมื่อได้รับผลกระทบ มีการช่วยเหลือประชาชนครอบคลุมทุกด้านจากหน่วยงานที่รับมอบหมายภารกิจ ได้แก่ ฝ่ายปกครองอำเภอเมืองน่าน โรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กองสาธารณสุขและอนามัยสิ่งแวดล้อม ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลเมืองน่าน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองน่าน/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน ดำรวจและตรวจคนเข้าเมืองจังหวัดน่าน ทั้งในการแจกถุงยังชีพ การแจกอาหาร การทำความสะอาดพื้นที่แหล่งชุมชน การคัดแยกขยะติดเชื้อ ตลอดจนการทำลายเชื้อ เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค

4.5 ด้านการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงาน ทุกภาคส่วนมีการบูรณาการร่วมกัน ทั้งภาครัฐ อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำ คณะกรรมการควบคุมโรค รวมทั้งตำรวจและตรวจคนเข้าเมือง มีการจัดทำแผนในการลงพื้นที่ตรวจเยี่ยมติดตามผลการช่วยเหลือประชาชนและให้คำแนะนำต่อเนื่อง ประชาชนเมื่อได้รับการตรวจติดตามจากเจ้าหน้าที่ที่มีการรับฟังคำแนะนำ และให้ความร่วมมือตามมาตรการที่ชุมชนกำหนดเป็นอย่างดี

4.6 ด้านปัญหาและอุปสรรคในการจัดการโควิด - 19 ในพื้นที่ของชุมชนอำเภอเมืองน่าน พบว่าเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ผู้นำชุมชนและผู้ปฏิบัติงาน ได้ติดต่อประสานงานและลงพื้นที่พบเจอประชาชนอย่างต่อเนื่อง และมีกลุ่มเสี่ยงเดินทางเข้าพื้นที่จำนวนมาก จำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ป้องกันตน ทั้งหน้ากากอนามัย แอลกอฮอล์เจล ในปริมาณมาก รวมทั้งชุดสำหรับป้องกันไวรัสที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อให้กับเจ้าหน้าที่นั้นมีไม่เพียงพอและเนื่องจากมีการระบาดของโรคกระจายเป็นวงกว้าง ทำให้การดูแลรักษา การส่งต่อผู้ป่วยเข้ารักษาหรือการจัดสถานที่กักกัน ศูนย์พักคอย อาจทำได้ไม่เต็มศักยภาพ และพบว่าปัญหาที่เกิดขึ้นจากการระบาดของโรคโควิด-19 นั้นส่งผลกระทบโดยตรงต่อประชาชน แม้ว่ามาตรการด้านสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดจะประสบผลสำเร็จ แต่ในด้านเศรษฐกิจได้รับผลกระทบอย่างมาก ซึ่งผู้ประกอบการและประชาชนในพื้นที่ขาดรายได้จากการประกอบอาชีพ ขาดรายได้จากนักท่องเที่ยวเป็นเวลายาวนาน จากสถานการณ์ดังกล่าวควรมีการสนับสนุนชุดสำหรับป้องกันไวรัสให้กับเจ้าหน้าที่ เนื่องจากมีการลงพื้นที่และพบปะประชาชนเป็นประจำทุกวัน จึงเสี่ยงติดเชื้อได้ง่าย อีกทั้งแก้ปัญหาวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันตนเองให้มีราคาถูก ประชาชนเข้าถึงและหาซื้อได้โดยง่าย ควรณรงค์ให้ประชาชนทุกคนมีจิตสาธารณะ ตระหนักและให้ความร่วมมือ ในทุกด้าน เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และภาคประชาชนเสนอแนะว่าเป็นปัญหาของคนทั้งประเทศทุกคนควรให้ความร่วมมือและสามัคคีกัน เพื่อให้การแก้ไขปัญหาบรรลุผลสำเร็จในเวลาอันรวดเร็วขึ้น

จากข้อมูลรายงานของระบาดวิทยาน่าน พบว่าผู้ติดเชื้อสะสมของจังหวัดน่าน จำนวน 2,383 ราย เป็นผู้ติดเชื้อจากต่างจังหวัด 1,729 ราย มีเพียง 654 ราย ร้อยละ 27.44 เท่านั้นที่ติดเชื้อในจังหวัด และมีผู้เสียชีวิตสะสม 9 ราย ซึ่งพบว่าจากผลการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคอย่างเป็นระบบของอำเภอเมืองน่าน ทำให้มีการบริหารจัดการในการดูแลผู้ที่กลับจากพื้นที่เสี่ยง (พื้นที่ควบคุม/ประเทศกลุ่มเสี่ยง) โดยชุมชนเอง ถึงแม้ว่าจะมีผู้กลับจากประเทศกลุ่มเสี่ยงและจากพื้นที่เสี่ยงซึ่งเป็นพื้นที่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 เช่น กรุงเทพฯ และปริมณฑลรวมต่างจังหวัดต่าง ๆ รวม 29 จังหวัด ช่วงเดือนสิงหาคม - กันยายน 2564 จำนวนมากถึง 2,840 คน ทุกคนได้เข้าสู่ระบบกักตัวครบตามระบบ 14 วันตามมาตรการชุมชนของอำเภอเมืองน่าน จำนวน 2,840 คน ผลปกติ 2,809 ราย และมีกลุ่มเสี่ยงที่เข้าข่ายที่ต้องสอบสวนโรค (PUI) ทุกรายได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกราย (ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2564)

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่ค้นพบดังกล่าวข้างต้น สามารถอภิปรายผลได้ ด้านการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคโรคโควิด-19 พบว่าอยู่ระดับมากทุกด้าน โดยการมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-2019 และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ตามลำดับ สอดคล้องกับ

การศึกษาของจิราพร บาร์ศรีและคณะ (2563) พบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด - 2019 โดยรวมอยู่ในระดับมากและรายด้านอยู่ในระดับมากเช่นกัน และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของศักดิ์ชัย ธิวงค์ (2559) พบว่าการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับมากทุกด้าน แสดงให้เห็นว่า ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคทุกระบบการ ตั้งแต่การค้นหาปัญหาและการตัดสินใจ การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรค การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และขั้นตอนการติดตามประเมินผล แสดงให้เห็นว่าผู้นำชุมชนมีบทบาทและมีศักยภาพในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนเป็นอย่างมาก

จากผลการวิจัยพบว่าการนำกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนด้านปกครองในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 โดยใช้เทคนิคกระบวนการ AIC ทำให้ผู้นำในชุมชนด้านปกครองได้ร่วมกันค้นหาปัญหาสาเหตุปัญหาและกำหนดมาตรการร่วมกันกับภาครัฐ รวมทั้งติดตามประเมินผลการดำเนินงานทุกขั้นตอน พบว่าทุกชุมชนได้มีการนำนโยบายและมาตรการบริหารจัดการกับพื้นที่ เกิดแนวปฏิบัติในการดูแลเฝ้าระวังผู้ที่กลับจากพื้นที่เสี่ยง เฝ้าระวังพื้นที่ควบคุม มีการบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและประชาชนโดยได้มอบหมายเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานร่วมกันมีการช่วยเหลือประชาชนเมื่อได้รับผลกระทบและมีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานตามมาตรการที่ชุมชนกำหนดไว้ โดยทีมบูรณาการทุกภาคส่วน ซึ่งได้รับความร่วมมือจากประชาชนเป็นอย่างดี สอดคล้องกับงานวิจัยของพัสกร สงวนชาติ พบว่าการมีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านชุมชนมีส่วนร่วมในการปฏิบัติดีขึ้น ทำให้ค่าดัชนีความชุกถูกน้ำยุงลายลดลง และยังสอดคล้องกับการศึกษาของวรยุทธ นาคอ้าย,กมลนัธ ม่วงยิ้มและเดชา วรณพาทูล พบว่ากระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด-19 เกิดจากการยอมรับศักยภาพของแกนนำ เครือข่ายและระบบจิตอาสาพัฒนา ทั้งนี้ เนื่องจากผู้นำชุมชนเป็นผู้รับนโยบายข้อสั่งการและแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นำสู่การปฏิบัติในชุมชน รวมทั้งเป็นแกนนำในการดำเนินงานในชุมชน การเป็นผู้นำต้องมีศักยภาพและมีบทบาทในทุกขั้นตอนในการพัฒนาชุมชนในทุก ๆ ด้านอีกด้วย

การนำผลวิจัยไปใช้

นำรูปแบบในการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในจังหวัดน่าน และนำไปเป็นแนวทางในการโรคอุบัติใหม่ที่จะอาจเกิดขึ้นในอนาคตของหน่วยงานสาธารณสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบในการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19

รายการอ้างอิง

- กชกร สมมั่ง. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของ ผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. *วารสารสุขศึกษา*, 37(126), 8-21.
- กรมควบคุมโรค.(2564).รายงานสถานการณ์โควิด-19. สืบค้น 16 มกราคม 2564, จาก <https://covid19.ddc.moph.go.th/>.
- กรมควบคุมโรค. (2564).กรมควบคุมโรค แนะนำประชาชนที่กำลังทยอยเดินทางกลับหลังปีใหม่ยึดหลัก D-M-H-T-T เพื่อป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19. สืบค้น 16 ธันวาคม 2564 จาก <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=16434&deptcode=brc>.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2564. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019(COVID-19). สืบค้น 6 กันยายน 2564. จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>.

- จิราพร บาร์ศรี และคณะ. (2564). การมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันโรคโควิด-2019 (COVID – 2019) ตำบลเกาะแก้ว อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น*. 7(2), 33-45.
- ธานี กล่อมใจ จรรยา แก้วใจบุญ และ ทักษิภา ชัชวรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชน เรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019. *วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ*. 21(2), 29-39.
- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563. (29 กุมภาพันธ์ 2563). *ราชกิจจานุเบกษา*. 177 (พิเศษ 48 ง). หน้า 1.
- พัสกร สงวนชาติ. (2552). ผลการจัดการแบบมีส่วนร่วมของชุมชนที่มีต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลพระลาน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพ]. มหาสารคาม: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ระบบสารสนเทศสุขภาพภาคประชาชนกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2563). *รายงานกิจกรรมการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคปอดอักเสบจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่*. สืบค้น 19 สิงหาคม 2562, จาก http://www.thaiphc.net/new2020/corona_tracking/
- วรยุทธ นาคอ้าย และคณะ. (2563). กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคโควิด19 กรณีศึกษาผู้สูงอายุ พุทธิพลชุมชนหนองตะโก. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธนบุรี*. 14(3), 20-30.
- ศักดิ์ชัย ธิวงศ์.(2559).การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคไข้หวัดนก ตำบลห้วยหม้าย อำเภอสอง จังหวัดแพร่. สาขาวิชาการบริหารงานสาธารณสุขมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น. ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน.(2564). สถานการณ์โควิด-19 จังหวัดน่าน สืบค้น 19 สิงหาคม 2562, จาก <https://apps.Line> Group: องค์การสาธารณสุขน่าน.
- สุจินดา สุขรุ่ง และคณะ. (2561). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการ AIC: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปันแต อำเภอควนขนุน จังหวัดพัทลุง. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 6(2). 159-176.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน. (2564). *รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดน่าน*. : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.
- อนงค์ หาญสกุล ,กาญจนาพร ภาษิต.(2555).การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนในการดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์ อำเภอโนนสง่า จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารคณะพลศึกษา*, 15(ฉบับพิเศษ). 253-262.
- อรพินท์ พรหมวิเศษ และคณะ. (2559). กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้เทคนิคกระบวนการ Appreciation Influence Control :บ้านช่องอินทนิล หมู่ 10 ตำบลตะกุกเหนือ อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 4(2).167-183.
- ฮูดา แวหะยี. (2563). การรับรู้ความรุนแรงและพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของวัยรุ่นในเขตตำบลสะเตงนอก อำเภอเมือง จังหวัดยะลา. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 6(4), 158-168.
- World Health Organization . (2020). Clinical management of COVID-19patients: living guideline- Retried 19 November 2022 from <https://www.who.int/teams/health-care-readiness/covid-19>

การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองสำหรับหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ Self-directed Learning for Health Science Program

นิตยา เพ็ญศิริินา^{1*}

Nittaya Pensirinapa^{1*}

สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช^{1*}

School of Health Science, Sukhothai Thammarat Open University^{1*}

(Received: June 17, 2022; Revised: August 13, 2022; Accepted: October 30, 2022)

บทคัดย่อ

การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง เป็นกระบวนการที่ให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบในการระบุความต้องการเรียนรู้ ตั้งวัตถุประสงค์และแสวงหาทรัพยากรในการเรียนรู้ เพื่อให้ตนเองมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ และมีการประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง แนวคิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมีบทบาทอย่างมากต่อการจัดการศึกษาเนื่องจากเป็นการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต โดยเฉพาะหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ต้องการให้ผู้เรียนให้มีแรงจูงใจในการเรียน สนใจใฝ่รู้ มีความรับผิดชอบ คิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาเป็น สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต ที่โลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว และความก้าวหน้าของความรู้และเทคโนโลยีต่างๆ ที่พัฒนาอย่างต่อเนื่อง เอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงความรู้ที่ทุกมุมโลกได้ง่าย ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่สถาบันการศึกษาต้องใช้วิธีการเรียนการสอนออนไลน์ ยิ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยการนำตัวเอง

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอความหมาย ความสำคัญ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง การประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง การเรียนรู้ด้วยการนำตัวเองในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และแนวทางการพัฒนาการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเองในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

คำสำคัญ: การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง, ผู้เรียน, ผู้สอน, หลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pensirinapa@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-6243098)

Abstract

Self-directed learning (SDL) is a process to drive individual responsibility to identify learning needs, devise individual learning objectives and seek learning resources in order to engage in self-learning activities and continuously self-evaluated learning. SDL is the essential attribute of a lifelong learning. Students of the health science programs are expected to be more learning motivation, curiosity, interest, responsibility, and capability in critical thinking and problem solving. These are relevant to the present and also future world which is changing rapidly. The advancement and continuing development of knowledge and technology enable an easy access of new knowledge in anywhere of the world. Moreover, the COVID-19 pandemic challenges education institutes to transform their conventional teaching to online learning. These situations are crucial to fostering the learners to be self-directed.

This article aims to present the definition, importance and factors associated with SDL, the SDL readiness assessment, SDL during the COVID-19 pandemic, and how to develop SDL in health science programs.

Keywords: Self-directed learning, Learner, Teacher, Health science programs

บทนำ

การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง หรือ Self-directed Learning (SDL) มีบทบาทอย่างมากต่อการจัดการศึกษาในปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่โรคโควิด-19 ระบาด ที่สถาบันการศึกษาต้องมีการปิดพื้นที่ และเปลี่ยนรูปแบบการสอนแบบเผชิญหน้าไปเป็นแบบออนไลน์ตามมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งการจัดการเรียนการสอนแบบออนไลน์จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากผู้เรียน โดยเฉพาะการนำตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการเรียนรู้ ทั้งนี้การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบ ร่วมมือในการควบคุมตนเอง และการจัดการตนเองในการเรียนรู้ ตั้งแต่การตั้งเป้าหมายในการเรียน ระบุทรัพยากรทั้งบุคคลและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเรียน เลือกวิธีการเรียนที่เหมาะสมกับตนเอง และลงมือปฏิบัติในการเรียนรู้ รวมถึงการประเมินผลลัพธ์การเรียนรู้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าว ผู้เรียนอาจทำด้วยตนเองหรือมีผู้อื่นให้การช่วยเหลือ

การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิตอันเป็นเป้าหมายสำคัญของการจัดการศึกษา จึงมีการนำไปใช้ในการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรต่างๆ โดยเฉพาะหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ต้องการให้ผู้เรียนให้มีแรงจูงใจในการเรียน สนใจใฝ่รู้ มีความรับผิดชอบ คิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาเป็น สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต ที่โลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากปัญหาต่างๆ ที่ท้าทาย และความก้าวหน้าของความรู้และเทคโนโลยีต่างๆ ที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องและเอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงความรู้ที่ทุกมุมโลกได้ง่าย ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่สถาบันการศึกษาต้องใช้วิธีการเรียนการสอนออนไลน์เพื่อเว้นระยะห่าง ยังมีความจำเป็นต้องเน้นให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

ผู้เขียนบทความมีบทบาทเป็นอาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ ของมหาวิทยาลัยเปิดที่ใช้ระบบการศึกษาทางไกล ซึ่งจัดการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเองของผู้เรียน โดยการจัดให้มีเอกสารการสอนและสื่อเสริมให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้ด้วยตนเอง มีการปฐมนิเทศวิธีการเรียนในระบบทางไกล ให้ตั้งเป้าหมายและวางแผนการเรียนที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง มีการให้ผู้เรียนประเมินตนเองด้วยแบบทดสอบก่อนเรียน-หลังเรียน มีแนวคำถามคำตอบท้ายบทเรียน เพื่อให้ผู้เรียนสามารถประเมินว่าวิธีการเรียนของตนบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดหรือไม่ เพื่อปรับปรุงแผนการเรียนให้เหมาะสมต่อไป ทั้งนี้ในภาวะปกติการ

เรียนบางรายวิชาที่เน้นการฝึกทักษะทางวิชาชีพได้มีการเรียนการสอนแบบเผชิญหน้าในรูปแบบฐานฝึกทักษะหรือการทำงานกลุ่มร่วมกันโดยใช้สถานการณ์จำลอง แต่เมื่อมีโรคโควิด-19 ระบาด ทำให้ต้องปรับการเรียนการสอนเป็นแบบออนไลน์แทนการเผชิญหน้าในวิชาดังกล่าว โดยมีการปรับกิจกรรมให้เหมาะสม การจัดทำคู่มือ และมีการเตรียมผู้เรียนโดยฝึกการใช้โปรแกรมการเรียนออนไลน์ แต่พบปัญหานักศึกษาหลายคนไม่คุ้นชินกับการเรียนการสอนออนไลน์ ขาดทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ และสภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย เช่น ไม่มีคอมพิวเตอร์ ไม่มีเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ไม่มีห้องส่วนตัวที่ใช้ในการเรียน ไม่มีที่ปรึกษาหรือผู้ช่วยเมื่อมีปัญหาในการเรียนออนไลน์ ฯลฯ และจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสอนแบบออนไลน์ระหว่างสถาบันการศึกษาก็พบว่ามีปัญหาคล้ายคลึงกัน จึงเป็นที่มาของการทบทวนวรรณกรรมเพื่อเขียนบทความการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองสำหรับหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต ซึ่งพบว่าการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมีความสำคัญและจำเป็นต่อการเรียนรู้ในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด ที่ต้องใช้ระบบการเรียนการสอนแบบปกติใหม่ (New Normal) ซึ่งเน้นการเรียนการสอนทางไกลผ่านระบบออนไลน์ (Mahlab, 2020; Singaram, Naidoo, & Singh, 2022) บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้อ่านได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายและความสำคัญของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง การประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 และการพัฒนาการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต ซึ่งจะเป็นโยบายต่อผู้บริหารหลักสูตร ผู้สอน และผู้เรียนที่สนใจนำวิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองไปใช้ในการพัฒนาการเรียนการสอนให้บรรลุเป้าหมายของหลักสูตร ส่งผลต่อการพัฒนาบุคลากรในวิชาชีพด้านวิทยาศาสตรบัณฑิตให้เป็นผู้มีความรู้ ทักษะ สมรรถนะทางวิชาชีพ และเป็นผู้ที่มีการเรียนรู้ตลอดชีวิต

1. ความหมายของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง หรือ Self-directed Learning (SDL) มาจากแนวคิดกลุ่มมนุษยนิยม (Humanism) ที่เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีศักยภาพและมีความโน้มเอียงที่จะชวนขวยเรียนรู้ด้วยตนเอง มีแรงจูงใจภายในที่จะสร้างสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมให้เป็นไปตามที่ตนต้องการ มีความสามารถที่จะรับผิดชอบพฤติกรรมของตนเอง และถือว่าตนเองเป็นปัจเจกบุคคลที่มีคุณค่า (อมรรัตน์ สวนชุมพล, 2558) โดยโนลส์ (Knowles, 1975) เป็นผู้ริเริ่มการใช้คำว่า Self-Directed Learning ด้วยการให้นิยามการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ว่า เป็นกระบวนการที่บุคคลเป็นผู้ประเมินความต้องการในการเรียนของตน ตั้งเป้าหมายในการเรียน ระบุทรัพยากรทั้งบุคคลและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเรียน เลือกวิธีการเรียนที่เหมาะสมกับตนเอง และลงมือปฏิบัติในการเรียนรู้ รวมถึงการประเมินผลลัพท์การเรียน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวผู้เรียนอาจทำด้วยตนเองหรือมีผู้อื่นให้การช่วยเหลือก็ได้ ในขณะที่แกรริสัน (Garrison, 1997) ได้ให้ความหมายของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ว่าเป็นวิธีการที่มีการจูงใจผู้เรียนให้มีความรับผิดชอบตนเองและร่วมมือในการควบคุมตนเอง รวมถึงใช้กระบวนการจัดการตนเองในการกำหนดและทำให้เกิดผลลัพท์การเรียนรู้ตามที่ต้องการ

สรุปได้ว่า การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง หมายถึงกระบวนการที่ทำให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบ ร่วมมือในการควบคุมตนเอง และการจัดการตนเองในการเรียนรู้ ตั้งแต่การตั้งเป้าหมายในการเรียน ระบุทรัพยากรทั้งบุคคลและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการเรียน เลือกวิธีการเรียนที่เหมาะสมกับตนเอง และลงมือปฏิบัติในการเรียนรู้ รวมถึงการประเมินผลลัพท์การเรียน ซึ่งกระบวนการดังกล่าวผู้เรียนอาจทำด้วยตนเองหรือมีผู้อื่นให้การช่วยเหลือ

2. ความสำคัญของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

ภายใต้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม วิทยาการ เทคโนโลยี และภัยคุกคามด้านสุขภาพที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้บุคคลต้องแสวงหาความรู้ด้วยตนเองเพื่อการปรับตัวให้เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ประกอบกับสภาวะไร้พรมแดนทางการสื่อสาร ที่ทำให้ระบบการเรียนรู้ไม่ได้ยึดติดกับเวลา สถานที่ และห้องเรียนเป็นหลัก ซึ่งบุคคลจำเป็นต้องมีความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเอง

จากแหล่งความรู้ต่างๆ เพื่อให้มีความรู้ ความสามารถ ความคิดสร้างสรรค์ในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถอยู่รอดและเติบโตไปในอนาคต เป็นที่ยอมรับและเป็นที่ต้องการของสังคม (อมรรัตน์ สวนชุมพล, 2558; รังสรรค์ โฉมยา, 2561) ทั้งนี้การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมีความสำคัญดังนี้ (Knowles, 1977; เขมกร อานุภาพ, 2560; ชนมวรรต ศรีลาคำ และพัฒนา สอดทรัพย์, 2562)

1. ทำให้ผู้เรียนสามารถแสวงหาความรู้ที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในโลกปัจจุบันได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องรอการถ่ายทอดจากครูหรือผู้รู้เท่านั้น
 2. ทำให้ผู้เรียนสามารถเข้าถึงแหล่งเรียนรู้จำนวนมากในทุกมุมโลกได้โดยสะดวก ผ่านสื่อและเทคโนโลยีสารสนเทศที่ได้รับการพัฒนาให้ก้าวหน้าอย่างมาก
 3. ทำให้บุคคลสามารถเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต ไม่จำกัดเฉพาะวัยเด็กหรือวัยเรียนเท่านั้น ส่งผลให้บุคคลสามารถพัฒนาตนเองให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการดำรงชีวิตและการทำงานเพิ่มขึ้นตลอดชีวิต
 4. ทำให้ผู้เรียนมีอิสระและชี้นำตัวเองในการเรียนในสิ่งที่ตนมีความต้องการ ซึ่งมีความสอดคล้องกับธรรมชาติของพัฒนาการทางความคิดของแต่ละคน
 5. ทำให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการเลือกสิ่งที่จะเรียน และเลือกวิธีการเรียนที่เหมาะสมกับตน ส่งผลให้การเรียนรู้เกิดขึ้นได้มากกว่าและเรียนรู้ได้ดีกว่าการเรียนรู้ที่ถูกกำหนดโดยผู้อื่น
 6. ทำให้ผู้เรียนได้ฝึกฝนการใช้ความคิดสร้างสรรค์ การตัดสินใจ การวางแผน การมีวินัย ความรับผิดชอบ และการประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเอง ทำให้มีคุณภาพะเพิ่มขึ้นและรับผิดชอบต่อชีวิตของตนมากขึ้น
- หากพิจารณาความสำคัญของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองต่อผู้เรียนและผู้สอน มาห์ลาลาบา (Mahlabala, 2020) ได้ทบทวนวรรณกรรมแล้วทำการสรุปไว้ดังนี้

2.1 ความสำคัญของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองต่อผู้เรียน การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง มีความสำคัญต่อผู้เรียน ดังนี้

- 2.1.1 ทำให้ผู้เรียนมีแรงจูงใจจากภายใน เช่น รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สนใจที่จะเรียนรู้ รู้สึกสนุกกับการแสวงหาความรู้และพึงพอใจในความสำเร็จของตน
- 2.1.2 ทำให้ผู้เรียนสามารถริเริ่มทำงานด้วยตนเองอย่างเป็นอิสระ ตั้งแต่การตั้งเป้าหมายการเรียน การมีวินัย การอดทนอดกลั้น การใช้ความพยายามและความมุ่งมั่นในการเรียนรู้
- 2.1.3 ทำให้ผู้เรียนมีจริยธรรมในการเรียนรู้ เนื่องจากความต้องการนำสิ่งที่เรียนรู้ไปใช้แก้ไขปัญหาในชีวิตจริงในอนาคต จึงไม่มีการทุจริตการประเมินผลเพียงเพื่อให้ได้คะแนนสอบผ่านเท่านั้น
- 2.1.4 ทำให้ผู้เรียนใฝ่เรียนรู้และพัฒนาตนเองจากแรงปรารถนาภายในตน ทำให้เป็นผู้ที่มีความพร้อมที่จะใช้ชีวิตในโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต
- 2.1.5 ทำให้ผู้เรียนแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่แตกต่างได้ โดยใช้ความสามารถของตนและสามารถเลือกวิธีการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพได้
- 2.1.6 ทำให้ผู้เรียนสามารถปรับตัวและพัฒนาตนเองได้อย่างรวดเร็ว สามารถวิเคราะห์และปรับเปลี่ยนจุดอ่อนของตนให้มีความแข็งแกร่งมากขึ้น สามารถแสวงหาแหล่งทรัพยากรที่จะช่วยยกระดับการเรียนรู้ของตนเอง
- 2.1.7 ทำให้ผู้เรียนสามารถวางแผนการเรียน และประเมินผลการเรียนของตน ช่วยให้มั่นใจว่าสามารถทำงานที่มีคุณภาพและส่งงานได้ตามกำหนดเวลา

2.2 ความสำคัญของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองต่อผู้สอน การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง มีความสำคัญต่อผู้สอน ดังนี้

- 2.2.1 ทำให้ผู้สอนปรับบทบาทตนเองจากผู้ถ่ายทอดความรู้มาเป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ โดยสร้างบรรยากาศในการเรียนที่ช่วยให้ผู้เรียนสามารถวางแผนและปฏิบัติตามแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการเรียนของตนเอง

2.2.2 ทำให้ผู้สอนปรับบทบาทผู้เรียนจากผู้รับการถ่ายทอดความรู้ กลายเป็นผู้สร้างความรู้ให้กับตนเอง

2.2.3 ทำให้ผู้สอนเป็นผู้เสริมพลังผู้เรียน ให้สามารถนำตนเองและจุดสนใจตนเองในการเรียน โดยให้ผู้เรียนได้แสดงออกถึงความสามารถในการเรียนรู้ด้วยตนเอง

2.2.4 ทำให้ผู้สอนสามารถปรับตัวให้เข้ากับความต้องการของผู้เรียนและบทบาททางวิชาชีพของครู เพื่อให้ผู้เรียนบรรลุเป้าหมาย

2.2.5 ช่วยให้ผู้สอนสามารถประเมินผู้เรียนในระดับทักษะการคิด การสร้างความรู้ ซึ่งเป็นระดับการเรียนรู้ที่สูงกว่าการวัดความจำแบบเดิม

2.2.6 ช่วยให้ผู้สอนบรรลุเป้าหมายในการพัฒนาผู้เรียนให้มีทักษะที่จำเป็นและอยู่รอดในศตวรรษที่ 21 จากที่กล่าวถึงความสำคัญของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง จะเห็นได้ว่าเป็นการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต ที่โลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากปัญหาต่างๆ ที่ท้าทาย และจากความก้าวหน้าของความรู้และเทคโนโลยีที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องและเอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงความรู้ทั้งหมดในโลกได้ง่าย ซึ่งมีความสำคัญทั้งต่อผู้เรียนและต่อผู้สอน ดังนั้นจึงมีการนำวิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมาประยุกต์ใช้ในการจัดการศึกษาหลักสูตรต่าง ๆ โดยเฉพาะหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ หลักสูตรแพทย์ พยาบาล สาธารณสุข เป็นต้น ได้มีการนำมาใช้และทำการศึกษาวิจัยจำนวนมาก นอกจากนี้การเรียนรู้ในระบบการศึกษาทางไกล อย่างเช่นหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพของมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราชที่ไม่ได้เน้นการเรียนในชั้นเรียน ก็ได้มีการนำหลักการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมาใช้ในระบบการเรียนการสอนทางไกล ที่มีเอกสารการสอนและสื่อเสริม โดยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายการเรียน วางแผนการเรียน กำกับการเรียน และประเมินผลการเรียนของตนเอง

3. การประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ผู้เรียนจะต้องมีความรับผิดชอบ ร่วมมือในการควบคุมตนเอง และการจัดการตนเองในการเรียนรู้ จึงมีความพยายามในการประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของผู้เรียน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การเรียนรู้ประสบความสำเร็จ ทั้งนี้จากนิยามการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของโนลส์ (Knowles, 1975) และแกรริสัน (Garrison, 1997) ทำให้มีการศึกษาองค์ประกอบสำคัญที่จะนำไปใช้ในการประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ซึ่งในที่นี้จะกล่าวถึงการประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองที่มีผู้นิยมใช้ 2 แนวคิด คือ แนวคิดของกุกลิเอลมิโน (Guglielmino, 1977) และของแกรริสัน (Garrison, 1997) ดังนี้

3.1 การประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของกุกลิเอลมิโน

กุกลิเอลมิโน (Guglielmino, 1977) ได้นำแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของโนลส์ (Knowles, 1975) มาทำวิจัยเพื่อพัฒนาแบบวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง โดยผลการวิจัยพบว่าบุคคลที่จะมีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง จะต้องมียุทธศาสตร์ประกอบ 8 ด้าน (เมธาสิทธิ์ ธีรรัตนศรีสกุล, 2562) ดังนี้

3.1.1 การเปิดโอกาสต่อการเรียนรู้ (Openness to learning opportunities) คือ ความสนใจในการเรียนรู้ ต้องการเรียนรู้ให้มากขึ้นเพื่อจะได้เป็นคนที่มีคุณภาพ พอใจที่จะได้เรียนรู้ รักที่จะเรียนรู้อยู่เสมอเมื่อมีโอกาส และรู้สึกว่าการเรียนรู้เป็นสิ่งที่ตนเองต้องแสวงหา

3.1.2 การมีมโนทัศน์ด้านการเป็นผู้เรียนที่มีประสิทธิภาพ (Self-Concept as an Effective Learner) คือ มีความมั่นใจในการเรียนรู้ด้วยตนเอง สามารถจัดเวลาเพื่อการเรียนรู้ มีระเบียบวินัยในการเรียนรู้ว่าตนเองต้องการเรียนอะไร จะแสวงหาความรู้ได้อย่างไร และมีความกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้

3.1.3 การมีความคิดริเริ่มและอิสระในการเรียนรู้ (Initiative and independence in Learning) คือ การแสวงหาคำตอบจากคำถามต่างๆ ชอบมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ มั่นใจว่าจะทำงานด้วยตนเองได้ดี

พึงพอใจในการอ่านและทำความเข้าใจด้วยตนเอง สามารถวางแผนการทำงานของตนเอง และคิดริเริ่มสร้างงานใหม่ ๆ ได้

3.1.4 ความรับผิดชอบต่อการเรียนรู้ของตนเอง (Informed Acceptance of Responsibility for One's Own Learning) คือ ความเต็มใจเรียนในสิ่งที่ตนเองสนใจถึงแม้จะยาก ชอบที่จะมีบทบาทในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ของตนเอง และสามารถประเมินความก้าวหน้าในการเรียนเพื่อพัฒนาการเรียนของตนเองได้

3.1.5 ความรักในการเรียนรู้ (Love of Learning) คือ การชื่นชมบุคคลที่ค้นคว้าหาความรู้อยู่เสมอ มีความปรารถนาที่จะศึกษาหาความรู้ รักและใส่ใจเรียนรู้อยู่เสมอ และสนุกสนานกับการแสวงหาความรู้

3.1.6 ความคิดสร้างสรรค์ (Creativity) คือ การกล้าเสี่ยง กล้าลอง สามารถคิดหาวิธีใหม่ๆ และหลากหลายในการแก้ปัญหา มีความอดทนและพยายามที่จะแก้ปัญหาที่ยุ่งยาก

3.1.7 การมองอนาคตในแง่ดี (Positive orientation of the future) คือ การมองตนเองว่าเป็นผู้เรียนรู้ตลอดชีวิต มีความสุขในการคิดถึงอนาคตและมองปัญหาว่าเป็นสิ่งที่ท้าทายไม่ใช่อุปสรรค

3.1.8 ความสามารถในการใช้ทักษะทางการศึกษาหาความรู้และแก้ไขปัญหา (Ability to Use Basic Study Skills and Problem-Solving Skills) คือ มีความสามารถในการใช้ทักษะการเรียนรู้ ในการตั้งปัญหา ตั้งสมมติฐาน เก็บรวบรวมข้อมูลและสรุปผล การค้นคว้าหาความรู้และแก้ปัญหาในชีวิตจริงได้

จากผลการศึกษาของกุกลิเอลมีโน ได้แบบสอบถามวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเอง 8 ด้าน รวม 58 ข้อคำถาม และมีการนำไปใช้วัดผู้เรียนกลุ่มต่าง ๆ เช่น วัดในนักศึกษาหลักสูตรศึกษาศาสตรบัณฑิตในประเทศมาเลเซีย แบบสอบถามมี 58 ข้อคำถาม (Shiong, Aris, & Tasir, 2009) ในประเทศไทยได้มีการนำมาจัดทำเป็นแบบสอบถามวัดความพร้อม 8 ด้าน ในการเรียนรู้แบบนำตัวเองกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 58 ข้อคำถาม (เมธาสิทธิ์ ธัญธรรมาศรีสกุล, 2562) และใช้วัดกับนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 40 ข้อคำถาม (รังสรรค์ โฉมยาม, 2561) เป็นต้น

3.2 การประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองตามแนวคิดของแกร์ริสัน

ตามแบบจำลองของแกร์ริสัน (Garrison's Model) ได้ระบุองค์ประกอบสำคัญของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง มี 3 ด้าน คือ ด้านการจัดการตนเอง (Self-Management) ด้านการกำกับตรวจสอบตนเอง (Self-Monitoring) และด้านการจูงใจ (Motivation) ดังนี้ (Garrison, 1997)

3.2.1 การจัดการตนเอง (Self-Management) คือ การควบคุมตนเองในเรื่องการเรียนรู้ ตั้งแต่การกำหนดเป้าหมายการเรียน การจัดการทรัพยากรในการเรียนและการสนับสนุนการเรียน รวมถึงการมีวินัยให้ตนเองทำตามที่ได้วางแผนหรือกำหนดไว้

3.2.2 การกำกับตรวจสอบตนเอง (Self-Monitoring) คือ การกำกับตรวจสอบความรู้ความคิดใหม่ๆ ที่เกิดจากการเรียนรู้ของตน เป็นการประเมินว่ากลวิธีการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ก่อให้เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวังหรือไม่ ซึ่งผู้สอนอาจมีวิธีการช่วยเหลือทวนกลับให้ผู้เรียนสามารถประเมินความรู้ ความคิดที่เพิ่มขึ้นของตนเองเป็นไปในทิศทางที่คาดหวังหรือไม่ เพื่อที่จะสามารถปรับวิธีการเรียนให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

3.2.3 การจูงใจ (Motivation) คือ สิ่ง чтоช่วยให้ผู้เรียนมีความพยายามและลงมือทำให้บรรลุความสำเร็จตามเป้าหมาย ซึ่งการจูงใจมีทั้งการกำหนดพันธสัญญา โดยการตั้งเป้าหมายและมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติ และการจูงใจที่ผู้เรียนมีความมุ่งมั่นและความพยายามที่จะทำกิจกรรมการเรียนรู้ตามแผนอย่างต่อเนื่องเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

จากแนวคิดดังกล่าวของแกร์ริสัน ได้มีการนำไปใช้ในการประเมินความพร้อมของผู้เรียน โดยในต่างประเทศ มีการนำมาจัดทำเป็นแบบสอบถามวัดความพร้อม 3 ด้าน ในการเรียนรู้แบบนำตัวเองกับผู้เรียนกลุ่มต่าง ๆ เช่น ใช้วัดกับนักศึกษามหาวิทยาลัยของรัฐ ประเทศอียิปต์ จำนวนข้อคำถาม 28 ข้อ (Abd-El-Fattah, 2010) ประเทศจีนใช้วัดกับนักศึกษาพยาบาล โดยประยุกต์เป็น 4 ด้าน คือ แรงจูงใจในการเรียน (Learning Motivation) การวางแผนและลงมือปฏิบัติ (Planning and Implementing) การกำกับตรวจสอบตนเอง (Self-

monitoring) และการสื่อสารระหว่างบุคคล (Interpersonal Communication) จำนวนข้อคำถาม 20 ข้อ (Shen, Chen, & Hu, 2014) ส่วนในประเทศไทย มีการศึกษาในกลุ่มนักศึกษาวิทยาลัยชุมชน ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบของแบบวัด ได้ 3 องค์ประกอบ คือ ความสามารถในการจัดการตนเอง (Self-management) การควบคุมและตรวจสอบตนเอง (Self-Monitoring) และการปรับปรุงตนเอง (Self-Modifying) จำนวน 30 ข้อคำถาม (อุไรวรรณ ชินพงษ์, 2556)

จะเห็นได้ว่าจากนิยามและแนวคิดของการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเองที่มีความแตกต่างกันในรายละเอียด ทำให้การวัดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเองมีความแตกต่างกัน โดยอาจแยกเป็นองค์ประกอบย่อยๆ 8 ด้าน ตามแนวคิดของกุกลิเอลมินิ หรือจัดเป็นกลุ่มองค์ประกอบ 3 ด้าน ตามแนวคิดของแกร์ริสัน ซึ่งเมื่อนำไปใช้ในบริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน และมีการวิเคราะห์องค์ประกอบของตัวแปรในแบบวัดผลที่ได้ อาจมีจำนวนองค์ประกอบและชื่อตัวแปรของแบบวัดแตกต่างกันไปบ้าง รวมทั้งจำนวนข้อคำถามของแบบวัดก็มีความแตกต่างกันตามนิยามที่ใช้และบริบทของการศึกษาด้วย ดังนั้นผู้ที่ศึกษาความพร้อมของผู้เรียนในการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเอง จึงต้องศึกษานิยามของการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเอง กำหนดนิยามเชิงปฏิบัติการและสร้างแบบวัดที่สอดคล้องกับนิยามและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเอง

การศึกษาด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic review) เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในที่ศึกษาในกลุ่มผู้เรียนด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2 เรื่อง คือ การทบทวนการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเองของกลุ่มพยาบาลและผดุงครรภ์ (Chakkaravarthy, 2018) และการทบทวนการวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในกลุ่มนักศึกษาพยาบาล (Wong, Tang, & Cheng, 2021) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเอง ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งทั้งสองปัจจัยนี้มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยสามารถสรุปได้ดังนี้

4.1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเอง แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ คุณลักษณะส่วนบุคคล และคุณลักษณะด้านการเรียนรู้

4.1.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล (Personal Characteristics) การศึกษาของ Wong, Tang, & Cheng, (2021) พบว่านักศึกษาเพศหญิงมีการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเองที่ดีกว่านักศึกษาเพศชาย โดยเฉพาะด้านการควบคุมตนเอง (Self-control) โดยนักศึกษาหญิงมีแนวโน้มที่จะจัดการเวลาและกำหนดการเรียนรู้ของตนเองได้ดีกว่า และนักศึกษาที่มีอายุมากขึ้นจะมีการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเองมากกว่าอายุน้อย ซึ่งประเด็นนี้มีความสัมพันธ์กับชั้นปีที่เรียนสูงขึ้น โดยนักศึกษาในชั้นปีท้ายๆ อาจมีประสบการณ์ในการเรียนและได้ฝึกฝนวิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเอง ปรับตัวกับสิ่งแวดล้อมในการเรียนได้ดีกว่านักศึกษาปีแรกๆ ที่อายุน้อยกว่า ในขณะที่การศึกษาของชัคการาวารธี (Chakkaravarthy, 2018) ในกลุ่มพยาบาลและผดุงครรภ์ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว

4.1.2 คุณลักษณะด้านการเรียนรู้ (Learning Attributes) Wong, Tang, & Cheng, (2021) พบปัจจัยสำคัญ ได้แก่ ความเชื่อในความสามารถ (Self-Efficacy) ความสามารถในการแก้ไขปัญหา (Problem-solving ability) ความสนใจเรียนรู้ (Learning interest) และทัศนคติต่อการเรียนรู้ (Learning Attitude) ส่วนชัคการาวารธี และคณะ (Chakkaravarthy, et al., 2018) พบปัจจัยความเชื่อในความสามารถ และทัศนคติเชิงบวก รวมทั้งความตั้งใจในการเติบโต และการมีความรับผิดชอบ เป็นคุณลักษณะส่วนบุคคลที่ทำนายการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ซึ่งคุณลักษณะของผู้เรียนเหล่านี้จะทำให้ผู้เรียนสามารถจัดการตนเองในการเรียนรู้ ควบคุมกำกับตนเอง และมีการตั้งใจตนเอง อันเป็นองค์ประกอบสำคัญของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

4.2 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อมในการเรียนรู้ ได้แก่ ประเภทของหลักสูตรที่เรียน ชั้นปีที่เรียน และกลวิธีการเรียนการสอน เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเอง ดังนี้

4.2.1 ประเภทของหลักสูตรที่เรียน (Types of Study Programs) พบว่าหลักสูตรหรือโปรแกรมการเรียนที่แตกต่างกัน ผู้เรียนมีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองแตกต่างกัน โดยพบว่าหลักสูตรต่อเนื่องของการศึกษาพยาบาล มีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองที่ดีกว่าหลักสูตรพยาบาล 4 ปี (Wong, Tang, & Cheng, 2021)

4.2.2 ชั้นปีที่เรียน (Study years) พบว่านักศึกษาในชั้นปีที่สูงขึ้นจะมีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองที่เพิ่มขึ้น ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเมื่อชั้นปีสูงขึ้น อายุเพิ่มขึ้น ทำให้มีวุฒิภาวะสูงขึ้นด้วย รวมทั้งผู้เรียนมีประสบการณ์และความสามารถในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มสูงขึ้นตามชั้นปี (Wong, Tang, & Cheng, 2021)

4.2.3 กลวิธีการเรียนการสอน (Teaching-Learning Strategies) พบว่า การเรียนรู้แบบเน้นการแก้ไขปัญหา (Problem-Based Learning: PBL) การเรียนรู้แบบทีม (Team-Based Learning) การเรียนรู้ผ่านเว็บ (Web- Based Learning) การเรียนรู้โดยใช้กรณีผู้ป่วย (Case-Based Learning) การเรียนรู้แบบผสมใช้การแก้ไขปัญหาพร้อมกับสถานการณ์จำลอง (Blended PBL with Simulation Learning) การเรียนรู้นอกหลักสูตร (Educational Learning with Extra-Curriculum) (Wong, Tang, & Cheng, 2021) นอกจากนี้ สภาพแวดล้อมในการทำงานหรือฝึกงานที่มีลักษณะเป็นมิตรและมีเพื่อนร่วมวิชาชีพ ได้ฝึกประสบการณ์การทำงานในคลินิก การจัดกระบวนการเรียนรู้ที่ให้ผู้เรียนได้เรียนตามความสนใจของตนเอง การได้มีประสบการณ์ตรง การให้วิเคราะห์แก้ไขปัญหา และมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้และการจัดการตนเอง (Chakkaravarthy, 2018) มีผลต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

จะเห็นได้ว่าผู้สอนจำเป็นต้องประเมินปัจจัยส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง และมีการพัฒนาคุณลักษณะด้านการเรียนรู้ที่จำเป็นเพื่อให้ผู้เรียนมีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ในกลุ่มผู้เรียนเพศชายอาจต้องเพิ่มการแนะแนวการตั้งเป้าหมาย ควบคุมตนเอง การให้คำปรึกษาหรือมีเพื่อนช่วยเพื่อนในการเรียนเพิ่มขึ้น อีกทั้งหลักสูตรต้องออกแบบที่จะใช้กลวิธีในการเรียนการสอนที่เหมาะสมในแต่ละชั้นปีที่ทำให้มีการพัฒนาความสามารถในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพจะต้องมีการให้ฝึกปฏิบัติในการแก้ไขปัญหา ด้วยการใช้สถานการณ์จำลอง ใช้กรณีศึกษา ใช้ทีม และลงฝึกปฏิบัติในพื้นที่จริง เช่น ในคลินิก หรือในชุมชน ซึ่งผู้สอนต้องมีความเข้าใจและความสามารถในการจัดการเรียนการสอนแบบให้ผู้เรียนนำตนเองให้เหมาะสมกับหลักสูตรในแต่ละชั้นปีด้วย

5. การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19

จากสถานการณ์โรคโควิด-19 ระบาด ทำให้ต้องปิดพื้นที่เพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 สถาบันการศึกษาต้องปิดการเรียนการสอนในชั้นเรียน นักศึกษาต้องเรียนที่บ้านผ่านระบบออนไลน์ ในการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ผู้เรียนต้องมีความรู้และทักษะสำคัญทางวิชาชีพ ผู้ที่เกี่ยวข้องจำเป็นต้องเข้าใจความสำคัญของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ปรับมาใช้วิธีการสอนทางออนไลน์ เพื่อให้สามารถกำหนดแนวทางการจัดการศึกษาแบบปกติใหม่ที่ส่งผลดีต่อการพัฒนาบุคลากรในวิชาชีพสุขภาพ

5.1 ความสำคัญของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

เนื่องจากการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมีความสัมพันธ์กับการทำให้ผู้เรียนอยากเรียนรู้ เพิ่มความมีวิจารณญาณ การทำความเข้าใจ มีความจำและการตัดสินใจดีขึ้น ฟังพอใจต่อความสำเร็จ มีแรงจูงใจ มีสมรรถนะและความมั่นใจเพิ่มขึ้น วิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองจึงถูกนำมาใช้กันมากในหลักสูตรการศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เพราะเป็นวิธีการที่ตรงกับความต้องการของวิชาชีพ โดยพบว่าช่วยให้ผู้เรียนเพิ่มพูนความรู้และเพิ่มคุณภาพในการปฏิบัติด้านวิชาชีพ และหลักสูตรมีความต้องการให้นักศึกษาเกาะติดกับการเรียนรู้ ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ ที่เป็นปัจจุบัน และแนวโน้มในอนาคต เรียนรู้เทคโนโลยีด้านการแพทย์และสาธารณสุขใหม่ๆ รวมถึงเรียนรู้บทความวิชาการหรือการวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในวิชาชีพที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่มีการใช้วิธีการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง

แล้วมีการศึกษาวิจัยและตีพิมพ์จำนวนมาก คือ หลักสูตรพยาบาล โดยผลการศึกษาพบว่าการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีความยืดหยุ่น เปิดรับการเปลี่ยนแปลง มีทักษะการพยาบาลที่ไม่ล้าสมัย มีการพัฒนาความมั่นใจและมีความเป็นวิชาชีพ ซึ่งใช้ในการเรียนการสอนพยาบาลทั้งระดับปริญญาตรีและบัณฑิตศึกษา การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองที่ใช้กันแพร่หลายอาจอยู่ในรูปของการทำข้อตกลงในการเรียน (Learning contract) การเรียนรู้แบบการแก้ไขปัญหา (Problem-Based Package) และรูปแบบการศึกษาทางไกล (Distance learning package) ทั้งนี้ ผู้สอนมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้ผู้เรียนขึ้นนำการเรียนรู้ของตนเองให้ประสบความสำเร็จ และทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนการเรียนรู้ที่ดี (Shen, Chen, & Hu, 2014) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของมอร์ริส (Morris, 2019) ที่ระบุว่าการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเป็นสมรรถนะขั้นพื้นฐานของผู้คนที่ดำรงชีวิตในโลกสมัยใหม่ที่บริบทของสังคมมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะโลกในยุคดิจิทัล

5.2 การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 เริ่มจากการรายงานพบโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุ เมื่อเดือนธันวาคม 2562 ณ เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ถือเป็นจุดเริ่มต้นของไวรัสระบาดแห่งศตวรรษ ต่อมาวันที่ 11 มีนาคม 2563 องค์การอนามัยโลกได้ออกประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก ซึ่งพบว่าการเกิดวิกฤติหลายพันธุของเชื้อโควิด-19 เป็นสาเหตุของการแพร่กระจายที่รวดเร็วมากขึ้นในประเทศต่างๆ ทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย (กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค, 2564) การระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อการใช้ชีวิตของผู้คนทั่วโลกทั้งการทำงาน ทำธุรกิจ รวมถึงการเรียนการสอนในสถาบันการศึกษาที่จำเป็นต้องปิดพื้นที่ (Lockdown) เพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 บุคคลส่วนใหญ่ต้องทำงานที่บ้านและนักเรียนนักศึกษาต้องเรียนที่บ้านผ่านระบบออนไลน์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการศึกษาดังกล่าวย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการศึกษา โดยเฉพาะการศึกษาในหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่จำเป็นต้องมีความรู้และทักษะตามข้อกำหนดของสภาวิชาชีพ นักศึกษาปีท้ายๆ ของหลักสูตรจำเป็นต้องมีการฝึกปฏิบัติทักษะทางวิชาชีพในคลินิกหรือในสถานการณ์จริง ซึ่งปกติต้องใช้ระบบการเรียนแบบเผชิญหน้าเพื่อให้นักศึกษามีความรู้และทักษะทางวิชาชีพ เกิดความมั่นใจ มีความสามารถในการสื่อสารและการทำงานเป็นทีมและเครือข่าย การเรียนแบบออนไลน์ในช่วงที่โรคโควิด-19 ระบาด นับเป็นสิ่งท้าทายทั้งต่อผู้เรียนและผู้สอนในหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพ ทั้งนี้การเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมีความสำคัญและจำเป็นต่อการเรียนรู้ในช่วงโรคโควิด-19 ระบาด ที่ใช้ระบบการเรียนการสอนแบบปกติใหม่ (New Normal) ซึ่งเน้นการเรียนการสอนทางไกลผ่านระบบออนไลน์ (Mahlab, 2020; Singaram, Naidoo, & Singh, 2022)

5.3 ปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19

การศึกษาปัจจัยสนับสนุนและอุปสรรคของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ของนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตร์สุขภาพปีสุดท้ายของมหาวิทยาลัยในประเทศแอฟริกาใต้ พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้ (Singaram, Naidoo, & Singh, 2022)

5.3.1 ปัจจัยสนับสนุนต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ได้แก่ ทักษะส่วนบุคคล พฤติกรรมและทักษะการเรียนรู้ และปัจจัยอื่นๆ 5 ประเด็น คือ 1) ทักษะส่วนบุคคล ที่สนับสนุนการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง คือ การมีความมุ่งมั่น และการเอาตัวรอด ซึ่งเป็นทักษะที่ช่วยให้นักศึกษาสามารถเรียนรู้ภายใต้สถานการณ์ที่ท้าทายในช่วงโรคโควิด-19 ระบาดได้ สามารถอดทนอดกลั้น ปรับตัว และสร้างแรงจูงใจให้กับตนเองในการเรียน เพื่อแสวงหาความรู้ใหม่ๆ และพัฒนาทักษะทางวิชาชีพ 2) พฤติกรรมและทักษะการเรียนรู้ การที่มหาวิทยาลัยสนับสนุนให้นักศึกษามีพฤติกรรมและทักษะการกำกับการเรียนรู้ด้วยตนเอง มีวินัยในตนเอง กำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ของตน ระบุความรู้ที่ตนจำเป็นต้องเรียนรู้และด้วยวิธีการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับตน เป็นสิ่งที่ช่วยสนับสนุนการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักศึกษา 3) การศึกษาผ่านระบบออนไลน์ รูปแบบการศึกษาออนไลน์ และแหล่งความรู้ สื่อการศึกษาในประเทศต่างๆ ทุกมุมโลกที่สามารถเข้าถึงผ่านอินเทอร์เน็ต ช่วยกระตุ้นให้

ผู้เรียนมีทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเอง และเรียนรู้โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 4) เครือข่ายความร่วมมือในการเรียนรู้ การสนับสนุนให้ผู้เรียนมีเครือข่ายในการเรียนรู้ร่วมกับผู้เรียนอื่นๆ ช่วยให้ผู้เรียนแต่ละคนสามารถระบุความต้องการและเป้าหมายในการเรียนรู้ของตนในแต่ละวิชา รวมทั้งรู้วิธีการทำงานและปกป้องสุขภาพและชีวิตของตนได้ดีขึ้น และ 5) การชี้แนะด้านสุขภาพและแนวปฏิบัติในการควบคุมการติดเชื้อ ที่ทำให้นักศึกษาต้องพัฒนาความรู้ ทักษะและทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ ซึ่งช่วยให้ตนเองและผู้ป่วยปลอดภัยโดยมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันและปฏิบัติตามมาตรการความปลอดภัยได้อย่างเหมาะสม

5.3.2 อุปสรรคต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเอง ได้แก่ 1) ความกลัวและความวิตกกังวลที่จะติดเชื้อ 2) ความไม่มั่นใจในความปลอดภัยของสถานที่ที่พักอาศัย ที่เรียนและฝึกงาน 3) ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการสำเร็จการศึกษา 4) ปัญหาทางการเงินและค่าใช้จ่ายในการเรียนและใช้ชีวิต 5) การถูกกักตัวกรณีการสัมผัสผู้ติดเชื้อ 6) ปัญหาขาดการสื่อสารระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน อาจารย์ที่เลื่องและมหาวิทยาลัย ทำให้นักศึกษาไม่เข้าใจว่าต้องทำอะไรและทำงานเสร็จไม่ทันภายในเวลาที่กำหนด 7) การขาดประสบการณ์การเรียนรู้แบบออนไลน์ โดยนักศึกษาไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการเรียนแบบออนไลน์ และไม่มีพี่เลี้ยงให้การสนับสนุน 8) การขาดอุปกรณ์ในการป้องกันส่วนบุคคล หากต้องไปเรียนรู้ที่คลินิกทำให้เกิดความไม่ปลอดภัย 9) การไม่มีการเรียนรู้แบบเผชิญหน้า ไม่มีอาจารย์ที่เลื่อง ใช้แต่การสอนแบบออนไลน์ ส่งผลให้ไม่มีการพัฒนาทักษะทางคลินิกและสมรรถนะหลักในการปฏิบัติทางวิชาชีพ และ 10) การไม่มีพื้นที่การเรียนรู้ร่วมกันและปัญหาการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตไม่ได้ โดยนักศึกษาบางรายมีปัญหาในการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตเนื่องจากไม่มีอุปกรณ์และอินเทอร์เน็ตหรือคุณภาพสัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่ดี

6. การพัฒนาการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเองในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

6.1 การศึกษาเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเองในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

การศึกษาความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเองของนักศึกษาพยาบาลในประเทศไทย พบว่ามากกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมในการเรียนแบบกลุ่มย่อย การเรียนรู้ด้วยการนำตัวเอง หรือการเรียนแบบเน้นแก้ไขปัญหา โดยพบว่านักศึกษาที่มีประสบการณ์การเรียนลักษณะดังกล่าวมีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเองในระดับสูง มากกว่านักศึกษาที่ไม่มีประสบการณ์ และมีคะแนนเฉลี่ยด้านการจัดการตัวเอง ความชอบที่จะเรียน และการควบคุมตนเอง รวมทั้งคะแนนรวมความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเองของกลุ่มที่มีประสบการณ์ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีประสบการณ์ อีกทั้งนักศึกษาปีสุดท้ายมีคะแนนความพร้อมฯ รายด้านและโดยรวมสูงที่สุดและสูงกว่าปีอื่นๆ (Yuan, 2012)

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการเรียนออนไลน์ของนักศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพในประเทศไทยสำหรับเอมิเรตส์ พบ 4 ปัจจัย ได้แก่ ทักษะการใช้เทคโนโลยีเพื่อการเรียนรู้ และการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง เป็น 2 ปัจจัยแรกที่มีความสำคัญ รองลงมาอีก 2 ปัจจัย คือ การเรียนรู้แบบทำกิจกรรมร่วมกัน (เช่น การให้ทำโครงการ การให้แก้ไขปัญหา การให้ค้นหาคำตอบ) และการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อนในการสอน การประเมิน การอภิปรายและแลกเปลี่ยนความรู้ เป็นต้น (Elshami, 2022)

การศึกษาพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักศึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทุกคณะ ทุกชั้นปี พบว่านักศึกษามีพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองทั้งในภาพรวมและรายด้าน 8 องค์ประกอบ อยู่ในระดับปานกลาง นักศึกษาเพศหญิงมีคะแนนพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองดีกว่าเพศชาย และทัศนคติต่อการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเรียนรู้ฯ ทั้งโดยรวมและรายด้าน (รังสรรค์ โฉมยา, 2561) และการศึกษาในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัยชุมชนสระแก้วในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2563 ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 และมีการปรับวิธีการสอนเป็นแบบออนไลน์ พบว่า นักศึกษามีความสามารถเรียนรู้ด้วยการนำตนเองในระดับสูงทั้งภาพรวมและรายด้าน นักศึกษาอายุต่างกันมีความสามารถเรียนรู้ด้วยการนำตนเองแตกต่างกัน (วีรพล แก้วพันธ์อำ, จิระวรรณ ยืนยง และพรชัย พันธุ์วิเศษ, 2564) ในส่วนของการศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการเรียนด้วยการนำตนเองสำหรับนักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร

สาธารณสุขศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร ขั้นตอนประกอบด้วยการทำแผนการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ รายวิชา มีการเตรียมผู้เรียนและผู้สอนให้มีทักษะในการเรียนการสอนด้วยการนำตนเอง การเตรียมสภาพแวดล้อมในการเรียน มีการสนับสนุนให้นักศึกษากำหนดความต้องการ วัตถุประสงค์ วางแผนการเรียนรู้ ดำเนินการเรียนการสอนตามแผนที่ให้ผู้เรียนสืบค้นความรู้ คิดแก้ไขปัญหา นำเสนอและสรุปสิ่งที่เรียนรู้ ประเมินตนเอง ผลการศึกษาพบว่าผู้เรียนมีคุณลักษณะการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเพิ่มขึ้น มีผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐานวิชาชีพ และมีเจตคติต่อการเรียนด้วยการนำตนเองเพิ่มขึ้น (วิภาดา วัฒนนามกุล, 2545)

6.2 แนวทางการพัฒนาการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเองในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ

แนวคิดเรื่องการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองเข้ามามีบทบาทอย่างมากต่อการจัดการศึกษาเนื่องจากเป็นการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ตลอดชีวิต มีการยึดผู้เรียนเป็นสำคัญ โดยเนื้อหาสาระและกิจกรรมการเรียนรู้ต้องสอดคล้องกับความสนใจและความถนัดของผู้เรียน คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ฝึกทักษะกระบวนการคิดและการจัดการ ก่อให้เกิดการนำความรู้ไปแก้ไขปัญหาและการทำงานในชีวิตจริงได้ (ชฎาภรณ์ จันทร์ประเสริฐ และเสาวภา วิชาดี, 2555) โดยเฉพาะหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เช่น หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ ที่ต้องการให้ผู้สำเร็จการศึกษาที่ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข มีคุณลักษณะต่อไปนี้ 1) มีความรอบรู้ในศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขที่รับผิดชอบอย่างถ่องแท้ 2) มีทักษะและความสามารถเชิงสมรรถนะหลักทุกด้านที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับงานด้านสาธารณสุขที่รับผิดชอบ 3) มีความสามารถในการบูรณาการและประยุกต์ใช้องค์ความรู้ของศาสตร์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง 4) มีความสามารถในการสื่อสารและสร้างเสริมพัฒนาภาคีเครือข่ายในระดับประเทศและนานาชาติ 5) มีความเป็นผู้รู้ในวิชาชีพ 6) เป็นบุคลากรสาธารณสุขแห่งการเรียนรู้ ที่สามารถใช้เทคโนโลยีการสื่อสารและโทรคมนาคม ใช้ภาษาไทยและภาษาต่างประเทศในระดับนานาชาติได้ รวมทั้งสามารถคิดและวิเคราะห์เชิงระบบ เชิงกลยุทธ์และเชิงบูรณาการอย่างมีประสิทธิภาพ 7) สามารถพัฒนาตนเองให้เป็นต้นแบบตัวอย่างที่ดี 8) เข้าใจรูปแบบของการพัฒนาความเป็นมืออาชีพในระยะต่างๆ เพื่อพัฒนาตนเอง และ 9) มีคุณลักษณะเฉพาะที่จำเป็นและเกี่ยวข้องของวิชาชีพของตนทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านสติปัญญา ด้านการปฏิบัติวิชาชีพ ด้านการบริการต่อสังคม และด้านความเป็นเอกสิทธิ์อิสระ (Autonomy) ในวิชาชีพตามกฎหมายวิชาชีพของตน (ธีระ รามสูต, 2554) ทำให้มีความจำเป็นต้องปรับรูปแบบการเรียนการสอนให้เป็นการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ที่ช่วยพัฒนาผู้เรียนให้มีแรงจูงใจในการเรียน สนใจใฝ่รู้ มีความรับผิดชอบ คิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาเป็นสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคตที่โลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว มีปัญหาต่างๆ ที่ท้าทาย และสอดคล้องกับความต้องการของวิชาชีพ ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่สถาบันการศึกษาต้องใช้วิธีการเรียนการสอนออนไลน์ ยิ่งมีความจำเป็นต้องเน้นให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยการนำตัวเองมากขึ้น

สำหรับแนวทางการพัฒนาการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเองในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีดังนี้

1. **การพัฒนาผู้สอน** ให้ปรับแนวคิดและวิธีการจัดการเรียนการสอนให้แก่ผู้เรียน เนื่องจากผู้สอนเป็นผู้ที่มีส่วนสำคัญต่อการเรียนรู้และการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเองของนักศึกษาหรือผู้เรียน โดยผู้สอนจะต้องปรับบทบาทจากผู้ถ่ายทอดความรู้มาเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้เรียนเป็นผู้สร้างความรู้ให้กับตนเอง โดยต้องพยายามสร้างบรรยากาศให้ผู้เรียนวินิจฉัยความต้องการในการเรียนรู้ของตน วางแผนและลงมือปฏิบัติตามแผนการเรียนรู้ของตน ช่วยเสริมพลัง ให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้เรียนมองเห็นความสามารถของตนที่จะเรียนรู้ได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบและกำหนดวิธีการเรียนรู้ของตน สร้างแรงบันดาลใจให้ผู้เรียนอยากแสวงหาความรู้และเพิ่มพูนทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ประสบความสำเร็จในการศึกษา ในขณะเดียวกันผู้สอนต้องปรับวิธีการประเมินผลในระดับที่สูงกว่าความรู้ความจำ คือ วัดในระดับทักษะการคิดวิเคราะห์ การสังเคราะห์ความรู้ การแก้ไขปัญหา เป็นต้น (Mahlab, 2020)

2. **การพัฒนาผู้เรียน** ให้มีความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง โดยให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยการนำตัวเอง และมีทักษะในการเรียนด้วยตนเอง ได้แก่ การใช้คอมพิวเตอร์ขั้นพื้นฐาน การสืบค้นจากห้องสมุดและเว็บไซต์ต่างๆ ทักษะการตั้งคำถาม การบันทึก การรวบรวมข้อมูล การเรียนแบบร่วมมือ และการนำเสนอ รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้เรียนวินิจฉัยความต้องการในการเรียนของตัวเอง กำหนด

จุดมุ่งหมายในการเรียน วางแผนการเรียน การกำกับและการประเมินตนเอง โดยผู้เรียนควรได้รับการสนับสนุน ให้มีการประเมินจุดอ่อนของตนเอง เช่น ประเมินจุดอ่อนในการเรียนแบบออนไลน์ แล้วหาวิธีการแก้ไขจุดอ่อน นั้นๆ โดยการปรับแผนการเรียนให้เหมาะสม มีการแสวงหาแหล่งทรัพยากรที่จะช่วยให้สามารถเรียนรู้ได้ตาม เป้าหมาย เช่น จัดหาอุปกรณ์ หาเพื่อนที่ช่วยเรียนรู้ ฝึกฝนให้มีประสบการณ์ในการเรียนแบบใหม่เพิ่มขึ้น รวมทั้ง ช่วยให้ผู้เรียนได้มองเห็นความสำคัญของการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองว่าเป็นส่วนหนึ่งของการใช้ชีวิตที่จะช่วยให้ สามารถอยู่รอดในสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วตลอดเวลาและทำให้ตนสามารถพัฒนาเป็นบุคคลที่มี ศักยภาพ สอดคล้องกับความต้องการของสังคมในยุคต่อไปที่ต้องการบุคคลที่สามารถปรับตัวกับความท้าทายและ มีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง (วิภาดา วัฒนนามกุล, 2545; Mahlaba, 2020) ทำให้มีทัศนคติที่ดีและช่วยให้ประสบ ความสำเร็จในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองมากขึ้น ทั้งนี้ผู้สอนควรมีการประเมินความพร้อมในการเรียนรู้ด้วยการ นำตนเองของผู้เรียน เพื่อที่จะสามารถทราบจุดแข็งและจุดอ่อนที่ควรได้รับการพัฒนาให้ผู้เรียนมีคุณลักษณะที่ จำเป็นที่สามารถประสบความสำเร็จในการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง (Guglielmino, 1977; Garrison, 1997; Yuan, 2012) โดยเฉพาะนักศึกษาในปีแรกๆ ที่ยังไม่มีประสบการณ์ในการเรียนด้วยการนำตนเอง และนักศึกษา เพศชายที่ผลการศึกษาพบว่ากำกับการตนเองในการเรียนน้อยกว่าเพศหญิง (Wong, Tang, & Cheng, 2021) ควรมีการให้คำแนะนำหรือพัฒนาทักษะที่จำเป็นดังกล่าว

3. การพัฒนาวิธีการเรียนการสอน โดยปรับเปลี่ยนจากวิธีการถ่ายทอดความรู้แบบเดิมเป็นแบบให้ ผู้เรียนนำตนเอง ผู้สอนจะต้องมีการวิเคราะห์วัตถุประสงค์ คำอธิบายรายวิชา ผลการเรียนรู้ที่คาดหวังของรายวิชา และหลักสูตร เพื่อนำมาออกแบบวิธีการเรียนการสอน ทั้งนี้วิธีการเรียนการสอนด้วยการนำตนเองของผู้เรียน จะ เน้นให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง มีอิสระในการในการกำหนดเป้าหมายและวางแผนการเรียนของตน มีส่วนร่วมใน กระบวนการเรียนรู้ของตนเองเป็นอย่างมาก เช่น การเรียนรู้แบบร่วมมือ (Collaborative Learning) ด้วยการ ให้ผู้เรียนทำกิจกรรมร่วมกัน (เช่น การให้ทำโครงการ การให้แก้ไขปัญหา การให้ค้นหาคำตอบ) การเรียนรู้แบบ เน้นการแก้ไขปัญหา (Problem-Based Learning: PBL) การเรียนรู้แบบทีม (Team-Based Learning) การ เรียนรู้โดยใช้กรณีผู้ป่วย (Case-based learning) การเรียนรู้แบบผสมใช้การแก้ไขปัญหาพร้อมกับการสนทนา การ จำลอง (Blended PBL with Simulation Learning) การเรียนรู้นอกหลักสูตร (Educational Learning with Extra-Curriculum) การเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Assisted Learning) การทำข้อตกลงในการเรียนหรือ สัญญาการเรียนรู้ (Learning Contract) รูปแบบการศึกษาทางไกล (Distance Learning Package) ที่มีบทเรียน สำเร็จรูปและสื่อการเรียนให้ผู้เรียน หรือการเรียนผ่านออนไลน์ที่ให้ผู้เรียนศึกษาค้นคว้าหาความรู้จากสื่อและ อินเทอร์เน็ต เพื่อนำมาแลกเปลี่ยนและประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหา เป็นต้น (Wong, Tang, & Cheng, 2021; Elshami, 2022; Chakkaravarthy, 2018; วิภาดา วัฒนนามกุล, 2545; ขุภาภรณ์ จันทรประเสริฐ และเสาวภา วิชาดี, 2555) ทั้งนี้ในการพัฒนาวิธีการเรียนการสอนจะต้องมีการจัดเตรียมสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการ เรียนการสอนวิธีดังกล่าวด้วย เช่น แหล่งทรัพยากรการเรียน (ได้แก่ ห้องสมุด สื่อการเรียนรู้ ฐานข้อมูลออนไลน์ เป็นต้น) เครื่องคอมพิวเตอร์ เครือข่ายอินเทอร์เน็ต ที่เลี้ยงให้คำปรึกษา ช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้เรียนกับ ผู้สอน/สถาบันการศึกษา และผู้เรียนกับผู้เรียนด้วยกัน เป็นต้น (Singaram, Naidoo, & Singh, 2022; Elshami, 2022; วิภาดา วัฒนนามกุล, 2545) นอกจากนี้ในกรณีที่จำเป็นต้องฝึกทักษะการปฏิบัติทางวิชาชีพในสถานการณ์ จริง จำเป็นต้องมีการออกแบบการเรียนแบบผสมที่มีทั้งออนไลน์และแบบเผชิญหน้า ที่ต้องให้ความสำคัญกับการ จัดการที่เหมาะสม โดยเฉพาะในช่วงที่มีโรคระบาด จะต้องให้ความสำคัญกับความปลอดภัยแก่ผู้เรียน ผู้สอน และ ผู้ป่วยหรือชุมชน เช่น มีมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อ การมีอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลที่เพียงพอ เป็นต้น (Mahlaba, 2020; Singaram, Naidoo, & Singh, 2022)

สรุปการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง ที่เน้นให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบ ร่วมมือในการควบคุมตนเอง และ การจัดการตนเองในการเรียนรู้ มีบทบาทอย่างมากต่อการจัดการศึกษาเนื่องจากเป็นการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้ ตลอดชีวิต โดยเฉพาะหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ต้องการให้ผู้เรียนให้มีแรงจูงใจในการเรียน สนใจใฝ่รู้ มี ความรับผิดชอบ คิดวิเคราะห์ แก้ไขปัญหาเป็น สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต ที่โลกมีการ

เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว จากปัญหาต่างๆ ที่ท้าทาย และความก้าวหน้าของความรู้และเทคโนโลยีที่พัฒนาอย่างต่อเนื่องและเอื้ออำนวยต่อการเข้าถึงความรู้ทั่วทุกมุมโลกได้ง่าย ประกอบกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่สถาบันการศึกษาต้องใช้วิธีการเรียนการสอนออนไลน์ ยิ่งมีความจำเป็นต้องเน้นให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ด้วยการนำตัวเอง ซึ่งจำเป็นที่หลักสูตรและสถาบันการศึกษาจะต้องมีการพัฒนาผู้สอน ผู้เรียน และวิธีการเรียนการสอน รวมทั้งจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ให้สอดคล้องกับแนวทางการเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง อีกทั้งควรมีการศึกษาวิจัยความร่วมมือในการเรียนด้วยการนำตนเองของนักศึกษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนด้วยการนำตัวเองที่เหมาะสมกับรายวิชา หลักสูตร รวมทั้งผู้เรียนกลุ่มต่างๆ ตลอดจนการติดตามประเมินผลสมรรถนะในการประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพภายหลังสำเร็จการศึกษา

References

- กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. (2564). สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง. 14 มกราคม 2564. Retrieved from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/.pdf>.
- เชมกร อานุกาพ. (2560). การใช้การเรียนรู้แบบนำตนเองเพื่อพัฒนาการเรียนรู้วิชาคอมพิวเตอร์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4. วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน วิทยาลัยครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม.
- ชฎาภรณ์ จันทรประเสริฐ และเสาวภา วิชาดี. (2555). การปรับวิธีเรียนเปลี่ยนวิธีสอนเพื่อเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของผู้เรียน. *วารสารนักบริหาร*, 32(2), 143-149.
- ชนวรรต ศรีลาคำ และพัฒนา สอดทรัพย์. (2526). ทิศทางการเรียนรู้ด้วยตนเองตามนโยบายประเทศไทย 4.0. *วารสารมนุษยศาสตร์ ฉบับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยรามคำแหง*, 8(1), 49-62.
- ธีระ งามสุต. (2554). การพัฒนาสู่การสาธารณสุขมืออาชีพในยุคโลกาภิวัตน์. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 1(1), 1-4.
- เมธาสิทธิ์ ธีรรัตนศรีสกุล. (2562). การตรวจสอบความตรงเชิงทฤษฎีของแบบวัดความร่วมมือในการเรียนรู้แบบขึ้นนำตนเองสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์*, 14(1), 100-111.
- รังสรรค์ โฉมยา. (2561). การศึกษาพฤติกรรมการเรียนรู้ด้วยตนเองของนิสิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 12(3), 309-317.
- วิภาดา วัฒนนามกุล, สุลัดดา ลอยฟ้า, สุภาสินี สุภธีระ และชัยยง พรหมวงศ์. (2545). การพัฒนาระบบการเรียนด้วยตนเองสำหรับนักศึกษาสาขาวิชาสุขภาพสาธารณสุข. *วารสารวิจัย มช. (บศ.) ฉบับพิเศษ*, 140-148.
- วีรพล แก้วพันธ์อำ, จิระวรรณ ยืนยง และพรชัย พันธุ์วิเศษ. (2564). การศึกษาความสามารถในการเรียนรู้แบบนำตนเองในแต่ละช่วงอายุของนักศึกษาวิทยาลัยชุมชนสระแก้วผ่านการเรียนรู้แบบออนไลน์ในสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *Journal of Roi Kaensarn Academi*, 6(1), 98-112.
- อุไรวรรณ ชินพงษ์. (2555). คุณลักษณะการเรียนรู้ด้วยการนำตนเองของนักศึกษาวิทยาลัยชุมชน. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 13(1), 141-153.
- Abd-El-Fattah, S. M. (2010). Garrison's Model of Self-Directed Learning: Preliminary Validation and Relationship to Academic Achievement. *Span J Psychol*, 13(2), 586-596.
- Elshami, W. (2022). Factors That Affect Student Engagement in Online Learning in Health Professions Education. *Nurse Education Today*, 110(2022)105261, 1-17. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105261>.
- Garrison, D. R. (1997). Self-Directed Learning: Toward a Comprehensive Model. *Adult Education Quarterly*, 48(1), 18-33.

- Guglielmino, L. M. (1977). *Development of the Self-Directed Learning Readiness Scale, Doctoral Dissertation*. Athens, Georgia: University of Georgia.
- Knowles, M. S. (1975). *Self-Directed Learning: A Guide for Learner and Teachers*. Chicago: Association Press.
- Mahlaba, S. C. (2020). Reasons Why Self-Directed Learning is Important in South Africa during the COVID-19 Pandemic. *South African Journal of Higher Education*, 34(6), 120-136. <https://dx.doi.org/10.20853/34-6-4192>.
- Morris, T. H. (2019). Self-Directed Learning: A Fundamental Competence in a Rapidly Changing World. *International Review of Education*, 65(4), 633–653. doi:10.1007/s11159-019-09793-2.
- Shen, W., Chen, H. & Hu, Y. (2014). The Validity and Reliability of the Self-Directed Learning Instrument (SDLI) in Mainland Chinese Nursing Students. *BMC Medical Education*, 14(108), 1-7. doi:10.1186/1472-6920-14-108.
- Shion, K. B., Aris, B. & Tasir, Z. (2009). The Level of Self-Directed Learning among Teacher Training Institute Students-An Early Survey. *Journal Technology*, 50(E), 101–111.
- Singaram, V. S., Naidoo, K. L., & Singh, S. (2022). Self-Directed Learning During the COVID-19 pandemic: perspectives of South African final-year health professions students. *Adv Med Educ Pract*, 6(13), 1-10. doi: 10.2147/AMEP.S339840.
- Wong, F. M., Tang, A. C. & Cheng, W. L. (2021). Factors Associated with Self-Directed Learning among Undergraduate Nursing Students: A Systematic Review. *Nurse Education Today*, 104(2014), 104998, 1-21. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104998>.
- Yuan, H. B., Williams, B. A., Fang, J. B., & Pang, D. (2012). Chinese Baccalaureate Nursing Students' Readiness for Self-Directed Learning. *Nurse Education Today*, 32(2012), 427-431. doi:10.1016/j.nedt.2011.03.005.

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสภาสาธารณสุขชุมชน (Journal of Council of Community Public Health : JCCPH) ขอเชิญสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสารเพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย มีข้อเสนอ ดังนี้

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ไม่มีค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3-5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)

- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- รายการอ้างอิง

8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้องการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- รายการอ้างอิง (References)

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition

การแจ้งเตือนเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน” โดยส่งบทความผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index> และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปที่ e-mail address: The.JCCPH@gmail.com ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ....(ชื่อเจ้าของบทความชื่อแรก).....

สถานที่ติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187

สมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
(การกรอกใบสมัครโปรดใช้วิธีการพิมพ์)

เรียน บรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ - นามสกุล.....

ตำแหน่งทางวิชาการ

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์

☐ นักวิชาการสาธารณสุข ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

สถานที่ทำงาน

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

มีความประสงค์ขอส่งผลงานบทความเรื่อง :

ชื่อบทความ

.....

.....

.....

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ระบุข้างต้น ☐ ที่อยู่ดังต่อไปนี้

.....

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

กรณีที่ไม่สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ กองบรรณาธิการสามารถติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ - นามสกุล.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบทความ

ส่งใบสมัครและบทความได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง

นนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187

e-mail address: The.JCCPH@gmail.com



วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
JCCCPH
JOURNAL OF COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH

สภาการสาธารณสุขชุมชน

อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index>



www.ccph.or.th



ccph.th.org



[@ccph.or.th](https://www.facebook.com/ccph.or.th)



02-591-9186