



วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
JCCPH
JOURNAL OF COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2

พฤษภาคม - สิงหาคม 2566

Vol. 5 No. 2

May- August 2023



ISSN 2697-5653 (Online)

ISSN 2730-1729 (Print)

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health

ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566

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 5 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566

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.สริกร พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมุน พงศ์ภิญโญ
ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
ศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
ศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะทีก
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง
รองศาสตราจารย์ ดร.สสิธร เทพระการพร
รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุเมธนา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม
รองศาสตราจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี้
รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศพร ชุศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักขมีจรัสกุล
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
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
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

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health: JCCPH
ปีที่ 5 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566

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.สริกร พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมุน พงศ์ภิญโญ
ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
ศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
ศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะทีก
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง
รองศาสตราจารย์ ดร.สสิธร เทพระการพร
รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุเมธนา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม
รองศาสตราจารย์ ดร. ทรงพล ต่อนี้
รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศพร ชุศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักขมีจรัสกุล
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
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
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

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิจัย (Original Article) :

ผลของการใช้ระบบบริการการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation : HI) ต่อการจัดการด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยโควิด-19.....	1
--	---

The Effects of Using Home Isolation (HI) Service System on Health Management and Behaviors to Prevent the Spread of Germs Infection in COVID-19 Patients
นารีนาคอง, คมสันต์ ปิ่นแก้ว, กิตติพร เนาว์สุวรรณ

การพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข.....	12
--	----

Development of Incidence and Adverse Event Management Model Under 9 standards for the Safety of Patients and Public Health Personnel
อัสนัน มุวรรณสินธุ์, เสาวลักษณ์ พุ่มแก้ว, นริสา สะมาแอ, พัตตุ เจ๊ะเอ็ง, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเสริมสร้างต่อความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี.....	25
---	----

Effectiveness of Health Education Program for Knowledge and Understanding on Self-Health Promotion in The New Normal Era of Senior High School Students in Suan Phueng District, Ratchaburi Province
รัชดาพร ฐานมัน, นัฏกร สุขเสริม, ชลธิรา กาวไธสง, รุ่งนภา สิงห์สถิตย์, ภณิชา จงสุภางค์กุล, รุ่งอรุณ สุทธิพงษ์, ณีภารัตน์ บุญกุล

การพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอมือ จังหวัดสตูล.....	34
--	----

The Development of Local Malay Language Media for Assessment and Promotion of Early Childhood Development Che Bilang Sub-district, Mueang District, Satun Province
โสพิณทร์ แก้วมณี

ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป.....	48
---	----

The Effect of Problem-solving Therapy Program on Anxiety Symptoms in Patient with Generalized Anxiety Disorder
เมธี สุทธิศิลป์ และวลัยลักษณ์ พันธุ์

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทความวิจัย (Original Article) :

เปรียบเทียบปัจจัยภูมิคุ้มกัน พฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติดของนักเรียนในสถานศึกษาที่ผ่าน
มาตรฐานการดำเนินงานทูปีนัมเบอร์วันกับสถานศึกษาที่ยังไม่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงาน
ทูปีนัมเบอร์วัน ในจังหวัดอำนาจเจริญ..... 60

Comparison of Immunity Factors on Substance Abuse Risk Behaviors among TO
BE NUMBER ONE standard and non-standard Students in Amnatcharoen
Province

มงคล สุขจิตร, ประเสริฐ ประสมรักษ์, ศุภยางค์ เกิดสุข, สุขเกษม ร่วมสุข
และสุพิชฌาย์ สายเย็น

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่
อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี..... 72

The relationship between Health Literacy of local wisdom and quality of life of
the elderly in Meuang District, Phetchaburi Province

สัณฐิตาพร กลิ่นทอง, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, กิตติศักดิ์ รุจิกาญจนรัตน์, เบญจวรรณ ดุนขุนทด
ณัฐกร นิลเนตร, รัชดาวัลย์ จิตรพรกุลวสิน และประเสริฐ ศรีนวล

คำแนะนำการส่งบทความ..... 83

ผลของการใช้ระบบบริการการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation : HI) ต่อการจัดการด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยโควิด-19

The Effects of Using Home Isolation (HI) Service System on Health Management and Behaviors to Prevent the Spread of Germs Infection in COVID-19 Patients

นารีนาคงเสน¹, คมสันดี ปิ่นแก้ว¹, กิตติพร เนาว์สุวรรณ^{2*}

Nareena Kongsen¹, Komsan Pinkaew¹, Kittiporn Nawsuwan^{2*}

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู อ.นาทวี จ.สงขลา,

^{2*}วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

¹Plak Nu Health Promoting Hospital

^{2*}Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

(Received: December 15, 2022; Revised: June 10, 2023; Accepted: August 27, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้ระบบบริการการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ต่อการจัดการด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลใน HI ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบไม่เฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือระบบการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 ใน HI แบบสอบถามการจัดการด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค COVID -19 ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ระหว่าง .67-1.00 ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .91 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ One sample t-test และสถิติ Dependent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. การจัดการด้านสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยโควิด-19 ภายหลังการใช้ระบบการจัดบริการ HI มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

2. ภายหลังการใช้ระบบการจัดบริการ HI ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู การจัดการด้านสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยโดยรวม มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนาระบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3. ภายหลังการใช้ระบบการจัดบริการ HI ผู้ป่วยโควิด-19 มีพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อสูงกว่าก่อนการเข้า HI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู ควรจัดระบบการจัดบริการ HI ให้แก่ผู้ป่วยโควิด-19 อย่างเป็นรูปธรรม โดยเน้นการทำความเข้าใจในขั้นตอนการปฏิบัติตัวและการพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะพักรักษาตัวใน HI

คำสำคัญ: กักตัวที่บ้าน, การจัดการด้านสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยโควิด-19

Abstract

This quasi-experimental research, one-group pretest-posttest design, aimed to study the effects of using home isolation service system on health management and behaviors to prevent the spread of germs infection in COVID-19 patients at Plak Nu Health Promoting Hospital. The sample group, selected by non-specific random sampling, was 27 COVID-19 patients who received medical treatment as Home Isolation (HI). The research instruments were the COVID-19 patient care management system in HI, health management questionnaire and behaviors to prevent the spread of germs infection in COVID-19 patients questionnaire having IOC between .67-1.00 and Cronbach's alpha coefficient with .91 and .90, respectively. Data were analyzed using one sample t-test and dependent t-test. The results found that:

1. Health management according to the perceptions of COVID-19 patients after receiving HI service management system had the average score significantly higher than before the system development at the .001 level.

2. After using the HI service management system of Plak Nu Sub-district Health Promoting Hospital, the overall health management based on the patient perceptions had the average score significantly higher than before the development of the system at the .001 level.

3. After implementing the HI service management system for COVID-19 patients, the infection prevention behaviors were significantly higher than before entering HI at the .05 level.

Therefore, Plak Nu Sub-district Health Promoting Hospital should apply concrete HI service system for the COVID-19 patients focusing on understanding the procedures and behaviors to prevent the spread of germs infection while recovering in Home Isolation.

Keywords: Home Isolation (HI), Health Management, behaviors to prevent the spread of infection in patients with COVID-19

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 ตั้งแต่ปลายปี 2562 ส่งผลกระทบต่อประชากรโลกอย่างกว้างขวาง ทั้งด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ ส่งผลให้มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยจำนวนมาก จนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ประกาศเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ สำหรับประเทศไทยได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อใช้เป็นมาตรการทางกฎหมายในการควบคุมการระบาดของโรคภายในประเทศไทย (กรมควบคุมโรค, 2565) ขณะนั้นประเทศไทยมีการระบาดของโรคโควิด 19 เป็นจำนวนมาก ข้อมูล ณ วันที่ 15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อ รายใหม่ 14,373 ราย ยอดผู้ป่วยสะสม จาก 1 มกราคม พ.ศ. 2565 จำนวน 399,165 ราย (กรมควบคุมโรค, 2565) จากสถานการณ์ปัจจุบัน การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ได้ขยายเป็นวงกว้าง ทุกสาขาอาชีพ ทุกกลุ่มวัย ซึ่งมีทั้งผู้ติดเชื้อในสถานประกอบการ ชุมชน โรงเรียนและครอบครัวจำนวนมาก ทำให้มีข้อจำกัดในการกักตัว หรืออยู่ระหว่างรอเตียงเข้ากักตัวในสถานที่ที่รัฐจัดให้ ดังนั้นเพื่อป้องกันโรค มิให้แพร่กระจายเชื้อสู่ชุมชน และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคที่มีการแพร่ระบาดเพิ่มขึ้นและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จำเป็นที่จะต้องมีการกักตัวที่บ้าน (Home Isolation : HI)

ในช่วงปลายปี 2564 การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวาง อาการของผู้ป่วยโควิด-19 ส่วนใหญ่ไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องดูแลรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้น "กรมการแพทย์" ประกาศแนวทางปฏิบัติ

สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19" แบบ "Home Isolation" ฉบับปรับปรุง วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2565 รับ "โอไมครอน" ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน ส่วนจังหวัดสงขลา มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายใหม่ 3,012 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2564) ซึ่งส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง ส่วนจังหวัดสงขลาเริ่มมีปรับใช้ การกักตัวแบบที่บ้าน (Home Isolation : HI) ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนูเช่นเดียวกัน ได้มีการนำการกักตัวแบบที่บ้าน (Home Isolation : HI) มาปรับใช้ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2565) (กรมการแพทย์, 2564)

ตำบลปลักหนูตั้งอยู่ในพื้นที่อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา มีการแพร่ระบาดของผู้ป่วยโควิด-19 จำนวนมาก เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อและสกัดกั้นการแพร่ระบาดในพื้นที่โดยเร็ว ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู จึงนำการกักตัวแบบที่บ้าน (Home Isolation : HI) โดยรับผู้ป่วยโควิด-19 กลุ่มที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย จาการพ.สมเด็จพะบรมราชินีนาถ ณ อำเภอ นาทวี เข้าสู่การกักตัวแบบที่บ้าน (Home Isolation : HI) เปิดให้บริการเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2565 มีการจัดระบบบริการของ HI ดำเนินการตามแนวทางการจัดระบบบริการ กรณีมีการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ของกรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม สถานที่และอุปกรณ์ให้เป็นไปตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจาย ผลการดำเนินงานเดือนแรกคือเดือนมกราคม 2565 มีผู้รับบริการจำนวน 198 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2564) ประสบปัญหาต่างๆ เช่น การรับรู้ระบบการให้บริการไม่ตรงกัน การให้บริการผู้ป่วยไม่ครบถ้วน การปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไม่ถูกต้องด้านผู้ป่วยโควิด-19 พบว่า การจัดสถานที่ให้เหมาะสมกับการกักตัวขณะ HI ทางโรงพยาบาลจึงได้ดำเนินการปรับปรุงพัฒนาระบบตามวงจรคุณภาพอย่างต่อเนื่อง จนเกิดระบบการพัฒนาการจัดการบริการ HI โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู ผู้ป่วยโควิด-19 ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การจัดระบบดูแลผู้ป่วย 2) การจัดการตัวผู้ป่วย 3) การจัดการสิ่งแวดล้อม 4) การให้ข้อมูลข่าวสาร และ 5) การเยี่ยมบ้าน ซึ่งระบบดังกล่าวจะส่งผลการจัดการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การจัดการด้านสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยโควิด-19 2) พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยโควิด-19 (กรมการแพทย์, 2564)

จากการทบทวนวรรณกรรม สรุปได้ว่า การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวาง อาการของผู้ป่วยโควิด 19 ส่วนใหญ่ไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ป่วยโควิด 19 จึงจำเป็นต้องแยกกักตัวจากผู้อื่นอย่างน้อย 10 วัน นับตั้งแต่วันเริ่มป่วยหรือตรวจพบเชื้อ เพื่อลดการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น (กรมการแพทย์, 2564) ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนูมีการจัดพัฒนาระบบบริการของ (Home Isolation : HI) ซึ่งต้องมีการจัดการสิ่งแวดล้อม สถานที่อุปกรณ์ให้ได้มาตรฐาน ดังนั้นผู้วิจัยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู จึงได้พัฒนาระบบบริการการกักตัวแบบที่บ้าน (Home Isolation : HI) ที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้บริการดังกล่าว โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดบริการ เพิ่มความคุ้มค่าของทรัพยากร ผู้ป่วยได้รับการตามมาตรฐาน ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน และไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการใช้ระบบบริการการกักตัวที่บ้านต่อการจัดการด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู อ.นาทวี จ.สงขลา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนหลังการจัดการด้านสุขภาพของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู อ.นาทวี จ.สงขลา ตามการรับรู้ของผู้ป่วยโควิด-19

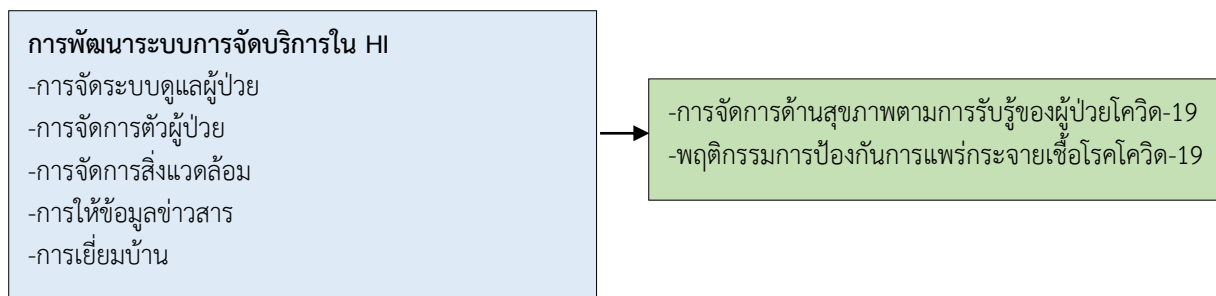
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู อ.นาทวี จ.สงขลา ระหว่างก่อนและหลังการใช้ระบบบริการ

สมมติฐานวิจัย

1. หลังใช้ระบบบริการ HI ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู อ.นาทวี จ.สงขลา ผู้ป่วยโควิด-19 มีการรับรู้การจัดการด้านสุขภาพสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยระดับดีขึ้น (3.50)
2. หลังใช้ระบบบริการ HI ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู อ.นาทวี จ.สงขลา ผู้ป่วยโควิด-19 มีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 สูงกว่าก่อนเข้า HI

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดระบบการจัดการบริการผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนามตามแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2564) และระบบที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนูพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การจัดการระบบดูแลผู้ป่วย 2) การจัดการตัวผู้ป่วย 3) การจัดการสิ่งแวดล้อม 4) การให้ข้อมูลข่าวสาร และ 5) การเยี่ยมบ้าน ซึ่งระบบดังกล่าวจะส่งผลต่อการจัดการด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การจัดการด้านสุขภาพตามการรับรู้ของผู้ป่วยโควิด-19 2) พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นแนวคิดที่ผู้วิจัยประยุกต์มาจากแนวทางการดำเนินการหอผู้ป่วยเฉพาะกิจ (Hospital) สำหรับผู้ป่วยโควิด-19 มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีโรคร่วมหรือมีโรคร่วมสำคัญที่ควบคุมได้ของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2564) ภายใต้การดูแลจากทีมบุคลากรทางการแพทย์ การเตรียมเวชภัณฑ์ การจัดการสิ่งแวดล้อม การดูแลความปลอดภัย และระบบสื่อสาร การสุขภาพเพื่อควบคุมการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ ตลอดจนการเป็นมิตรกับชุมชน และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของเฮาส์ (House, 1981) ได้แก่ การสนับสนุนด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการประเมินพฤติกรรม และด้านอารมณ์และสังคม สำหรับพฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วย โควิด-19 ใช้ตามแนวทางของกรมการแพทย์ (2564) โดยมีสาระสำคัญเน้นแนวทางปฏิบัติตนเองเมื่อถูกกักตัวในสถานที่กักกัน (ดังภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้วิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test, Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ามารับการรักษาพยาบาลใน HI ของ ต.ปลักหนู จำนวน 400 คน ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2565 กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคโควิด -19 2) มีคุณสมบัติครบตามเกณฑ์การประเมินความเสี่ยงการเข้าพักใน HI 3) พักใน HI (10 วัน) และ 4) ยินยอมให้ข้อมูล สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ มีอาการแทรกซ้อนระหว่างเข้าพักในศูนย์จนต้องทำให้ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล สมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อ.นาทวี

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ได้แก่ ผู้ป่วยโควิด-19 ที่เข้ามารับการรักษาการกักตัวที่บ้าน ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2565 จำนวน 27 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 Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.95 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบไม่เฉพาะเจาะจง Non-specific Random) กำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคัดออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ ระบบการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 ใน HI ตามแนวทางของ (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และระบบที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนูพัฒนาขึ้นประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การจัดระบบดูแลผู้ป่วย 2) การจัดการตัวผู้ป่วย 3) การจัดการสิ่งแวดล้อม 4) การให้ข้อมูลข่าวสาร และ 5) การเยี่ยมบ้าน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา สถานภาพ ความเสี่ยงจากการสัมผัส รวม 7 ข้อ

ตอนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการจัดการด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวทางการดำเนินการหอผู้ป่วย เฉพาะกิจ (Hospital) สำหรับผู้ป่วย COVID-19 มีอาการไม่รุนแรง ไม่มีโรคร่วมหรือมีโรคร่วมสำคัญที่ควบคุมได้ของ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2564) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ (House, 1981) ประกอบด้วย 1) ด้านการจัดระบบดูแลผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ 2) การจัดการตัวผู้ป่วย จำนวน 9 ข้อ 3) การจัดการสิ่งแวดล้อม จำนวน 5 ข้อ และ 4) การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร จำนวน 7 ข้อ และการเยี่ยมบ้าน จำนวน 5 ข้อ รวมทั้งสิ้น 34 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนตั้งแต่ ระดับ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด ถึงระดับ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด ทั้งนี้แบบสอบถามดังกล่าวใช้วัดความคิดเห็นของผู้ป่วย แต่มีปรับข้อคำถามให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

ตอนที่ 3 เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมกำหนัดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค COVID-19 จำนวน 21 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดพฤติกรรมกำหนัดการดูแลตนเองของกรมการแพทย์ และกระทรวงสาธารณสุข (2563) และแบบสอบถามจากงานวิจัยเรื่องพฤติกรรมกำหนัดการควบคุมและป้องกันโรคและการจัดการด้านสุขภาพอนามัยในการกักตัวที่ศูนย์การฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อ COVID-19 นอกสถานพยาบาลวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก (นภาฯ สิงห์วีรธรรม, นพมาศ เครือสุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ, สมเพิ่ม สุขสมบูรณ์วงศ์ และณลินภัทร์ รัตนวิบูลย์สุข, 2564) โดยมีสาระสำคัญเน้นแนวทางปฏิบัติเมื่อถูกกักตัว ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) กำหนดเกณฑ์ให้คะแนนตั้งแต่ ระดับ 5 หมายถึง มากที่สุด ถึงระดับ 1 หมายถึง น้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ผู้วิจัยนำระบบการจัดบริการ HI และแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาล 1 คน แพทย์ 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยโควิด-19 กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลสนามแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .91 และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โควิด -19 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอนาทวี จากนั้นประสานกับผู้ป่วยโควิด-19
2. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย ระบบการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 ใน HI อธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 27 คน ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหา ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการฝึกหัดให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดความเครียด ความกังวลและความกลัว ตลอดจนอธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำการกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยจากกลุ่มตัวอย่าง
5. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามการจัดการด้านสุขภาพก่อนมีการพัฒนาการจัดการบริการการกักตัวที่บ้าน และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 หลังเข้ารับกักตัวใน HI วันที่แรกของการเข้ารับกักตัว (Pre-test)

ขั้นทดลอง

7. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการตามระบบการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 ใน HI ต.ปลักหนู ตามแนวทางของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2564) และระบบที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ต.ปลักหนูพัฒนาขึ้นดังนี้

ระบบการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม	กิจกรรม
1. การจัดการดูแลผู้ป่วย	-สรรหาอุปกรณ์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง -สำรวจจำนวนอุปกรณ์เครื่องใช้พร้อมใช้งาน ครบถ้วน -เตรียมบุคลากร/แบ่งหน้าที่
2. การจัดการตัวผู้ป่วย	-เชิญเข้ากลุ่มไลน์ HI ต.ปลักหนู -ปฐมนิเทศให้ศึกษาการปฏิบัติตัว --คัดกรองและประเมินอาการรายวัน -การสื่อสารกับผู้ป่วย -การประเมินสุขภาพจิต -การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร

ระบบการจัดบริการผู้ป่วยโควิด-19 ในโรงพยาบาลสนาม	กิจกรรม
3. การจัดการสิ่งแวดล้อม	-การล้างมือ -การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน -การออกกฎระเบียบ เช่น การเว้นระยะห่าง การใช้ของส่วนตัว การใช้ของส่วนรวม -การสังเกตอาการเสี่ยงของตนเอง -การทำความสะอาดพื้น พื้นผิว/การจัดการขยะ -การประกอบศาสนกิจ/ออกกำลังกาย
4. การให้ข้อมูลข่าวสาร	-การสื่อสารกับผู้ป่วย -การประเมินสุขภาพจิต -การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร
5. การเยี่ยมบ้าน	-ติดตามเยี่ยมบ้านเข้า-เย็น

ชั้นหลังการทดลอง

8. หลังครบกำหนด 10 วันตามเกณฑ์กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ผู้ป่วยโควิด-19 ทำแบบสอบถามการจัดการด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด (Post-test)

9. ทำการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนหลังการจัดการด้านสุขภาพของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู อ.นาทวี จ.สงขลาตามการรับรู้ของผู้ป่วยโควิด-19 กับคะแนนเฉลี่ยระดับดีขึ้น (3.50) โดยใช้สถิติ One sample t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Kolmogorov Smirnov, $p = .128$)

3. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู อ.นาทวี จ.สงขลา ระหว่างก่อนและหลังการใช้ระบบบริการ โดยใช้สถิติ Dependent t-test เนื่องจากข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Shapiro-wilk test, $p = .709$)

การพิทักษ์สิทธิตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คนโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 70.4 มีอายุเฉลี่ย 44-45 ปี อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 67 ปี ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 29.6 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย ร้อยละ 16.7

การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 59.3 รองลงมาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 12.0 สถานะภาพสมรส ร้อยละ 81.5 ความเสี่ยงและโอกาสในการสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนา19 มีโอกาส ร้อยละ 85.3 สาเหตุจากการติดเชื้อโควิด-19 มาจากการเดินทางไปในสถานที่ที่มีการรวมกลุ่มคน ร้อยละ 40.7

2. เปรียบเทียบคะแนนหลังการจัดการด้านสุขภาพ หลังใช้ระบบบริการ HI ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปลักหนู อ.นาทวี จ.สงขลา ตามการรับรู้ของผู้ป่วยโควิด-19

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนหลังการจัดการด้านสุขภาพหลังการใช้ระบบบริการ HI ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปลักหนู อ.นาทวี จ.สงขลาตามการรับรู้ของผู้ป่วยโควิด-19 โดยใช้สถิติ One sample t-test

	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i> (1-tailed)
การจัดการด้านสุขภาพ	4.53	0.48	11.57	26	<.001
การจัดระบบดูแลผู้ป่วย	4.45	0.47	10.62	26	<.001
การจัดการตัวผู้ป่วย	4.45	0.47	11.95	26	<.001
การจัดการสิ่งแวดล้อม	4.42	0.57	8.38	26	<.001
การให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร	4.62	0.43	13.57	26	<.001
การเยี่ยมบ้าน	4.51	0.46	13.32	26	<.001

จากตาราง 1 พบว่าหลังใช้ระบบบริการ HI ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู อ.นาทวี จ.สงขลา ผู้ป่วยโควิด-19 มีคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้การจัดการด้านสุขภาพสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยระดับดีขึ้นไป (3.50) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมของผู้ป่วยโควิด-19 ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาระบบการให้บริการ HI โดยใช้สถิติ Dependent t-test

	<i>ก่อน</i>		<i>หลัง</i>		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i> (1-tailed)
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
พฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	2.69	0.95	4.75	0.95	10.091	26	<.001

จากตาราง 2 พบว่าหลังใช้ระบบบริการ HI ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู อ.นาทวี จ.สงขลา ผู้ป่วยโควิด-19 มีพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 สูงกว่าก่อนใช้ระบบบริการ HI อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

หลังใช้ระบบบริการ HI ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู อ.นาทวี จ.สงขลา ผู้ป่วยโควิด-19 มีการรับรู้การจัดการด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้า HI ทั้งนี้เนื่องจาก ทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู มีระบบการบริการ HI ที่ได้มาตรฐาน คือ มีการจัดระบบดูแลผู้ป่วย การจัดการตัวผู้ป่วย จัดการสิ่งแวดล้อม การให้ข้อมูลข่าวสาร และการติดตามเยี่ยมบ้าน อีกทั้งบุคลากรมีการรับรู้ในบริบทของการรับบริการ จะส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และการดำเนินงาน HI ที่ชัดเจนเป็นไปตามมาตรฐานตามการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม (World Health Organization, 2020) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) สอดคล้องกับการศึกษาผลของการพัฒนาระบบการให้บริการ โรงพยาบาลสนามต่อการจัดการด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากรและผู้ป่วยโควิด-

19 โรงพยาบาลบางกล้า (ปาริชาติ กาญจนวงศ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ และนภชา สิงห์วีระธรรม, 2564) ทั้งนี้จากทางเครือข่ายสุขภาพของตำบลปลักหนูมีการประชุม วางแผนติดตามงานทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ (ZOOM) ในทุกวันเวลา 15.00 น. และมีการบูรณาการโดยทีมเครือข่ายของประชาชนในตำบลปลักหนู โดยทีมผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน อสม. เพื่อนช่วยเพื่อน แสดงออกโดยการให้กำลังใจ เยี่ยมพุดคุย บริจาคเครื่องดื่มอาหาร เครื่องใช้วางไว้หน้าบ้าน ส่งผลให้ผู้กักตัวใน HI ไม่เครียด ลดความวิตกกังวล การให้สุขศึกษา การรับรู้ต่อโรค รวมถึงการป้องกันตนเอง โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนูร่วมกับทีมเครือข่าย ปราชญ์ชาวบ้าน ผู้นำชุมชน อสม.ได้มีการประชาสัมพันธ์ แนะนำให้ความรู้ทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้านแก่ผู้ป่วย HI รวมถึงชาวบ้าน บ้านเรือนใกล้เคียง ต้องมีการเตรียมตัวอย่างไร ร่วมกันเตรียมพื้นที่กักตัว และมีระบบการติดตามที่มีการผสมผสานกับระบบเทคโนโลยี กลุ่มไลน์ อสม.เจ้าหน้าที่มีการติดตามวัดอุณหภูมิ สอบถามอาการผิดปกติทุกวัน (กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีระธรรม, นวพร ดำแสงสวัสดิ์, 2563) สอดคล้องกับพฤติกรรมความควบคุมและป้องกันโรค และการจัดการด้านสุขภาพอนามัยในการกักตัวที่ศูนย์การฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อ COVID-19 (PUI) ในวิทยาลัยเทคโนโลยีการแพทย์และสาธารณสุขกาญจนภิเษก (นภชา สิงห์วีระธรรม, นพมาศ เครือสุวรรณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ, และสมเพิ่ม สุขสมบูรณ์วงศ์, 2564) การให้ความรู้ มุ่งเน้นการสร้างความรู้ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเครือข่ายร่วมกัน เมื่อประชาชนมีความรอบรู้ดี การจัดการด้านสุขภาพก็จะดีขึ้น มีการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง จึงส่งผลให้มีการรับรู้การจัดการด้านสุขภาพอนามัยที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 การรับรู้ความรุนแรงของโรค บทบาทการดำเนินงานควบคุมโรค การรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การรับรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการเช่น ในทันตภิบาล นักรังสีการแพทย์ (นภชา สิงห์วีระธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, บรรจง เชื้อนแก้ว, และอนนต์ ละอองนวล, 2564) แพทย์ศูนย์อำนวยการแพทย์จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ภคณัฐ วีระจร, โชคชัย ขวัญพิชิต, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และนภชา สิงห์วีระธรรม, 2563) รวมทั้งการรับรู้ของผู้ที่กักตัวที่ศูนย์การฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อ COVID-19 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก (นภชา สิงห์วีระธรรม, นพมาศ เครือสุวรรณ, 2563) ทำให้การจัดการด้านสุขภาพดีขึ้น

หลังใช้ระบบบริการ HI ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู อ.นาทวี จ.สงขลา ผู้ป่วยโควิด-19 มีพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 สูงกว่าก่อนใช้ระบบบริการ HI เนื่องจากทางโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนูมีระบบการบริการ HI ที่ชัดเจน มีการจัดการตัวผู้ป่วย จัดการสิ่งแวดล้อม ระบบติดตามโดยทีมเครือข่าย และมีการรณรงค์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารให้ความรู้แก่ประชาชนและผู้ป่วยโควิด-19 อย่างกว้างขวาง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้านและอสม. ทั้งนี้ก่อนเข้า HI เจ้าหน้าที่มีการปฐมนิเทศผู้ป่วยโควิด-19 เพื่อชี้แจงกฎระเบียบ การจัดระบบดูแลผู้ป่วย การจัดตัวผู้ป่วย สิ่งแวดล้อม ให้ข้อมูลข่าวสารและติดตามเยี่ยมบ้านตามมาตรฐาน HI ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปลักหนู ระบบติดตามโดยชุมชน เน้นย้ำการตรวจวัดอุณหภูมิ การใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ การรักษาระยะห่างไม่น้อยกว่า 1-2 เมตร การล้างมือบ่อยๆด้วยน้ำสบู่อย่างน้อย 20 วินาที หรือล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ที่มีความเข้มข้นอย่างน้อย 70 % จัดการสิ่งแวดล้อม แยกห้องนอน ไม่ใช้ของใช้ร่วมกับผู้อื่น การแยกทำความสะอาด แยกรับประทานอาหาร และเก็บล้างภาชนะด้วยน้ำยาล้างจาน ผึ่งให้แห้ง ตากแดด หน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วให้ทิ้งลงถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด ทำความสะอาดมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ หรือน้ำและสบู่ทันที การรักษาระยะห่างไม่น้อยกว่า 1-2 เมตร (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564) นอกจากนี้มีการติดตามประเมินความเครียดโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข การประกอบศาสนกิจตามหลักศาสนา โดยมีทีมกลุ่มผู้นำศาสนาคอยแนะนำ ชี้แนะการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามกลุ่มวัยตามสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยโควิด-19 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี ทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 สูงขึ้นด้วย สอดคล้องกับพฤติกรรมของประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่ศูนย์การฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อโควิด 19 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก (นภชา สิงห์วีระธรรม, นพมาศ เครือสุวรรณ, 2563) และสอดคล้องกับการศึกษาผลของการพัฒนาระบบ

การจัดบริการโรงพยาบาลสนามต่อการจัดการด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากร และผู้ป่วยโควิด-19 โรงพยาบาลบางกล้า (ปาริชาติ กาญจนวงศ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, 2564) ทั้งนี้ เนื่องจากการพัฒนาระบบบริการมีการจัดระบบบริการที่ได้มาตรฐาน และบริการด้วยใจ ชุมชนมั่นใจ ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ใช้ระบบบริการ HI มีการควบคุม ยับยั้งและหยุดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสได้ดี

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรจัดระบบการรณรงค์สอนงานอสม. เนื่องจากการกึ่งการปฏิบัติงานยังต้องพึ่งพา อสม. เพื่อ อสม.สามารถส่งต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสม และป้องกันความเสี่ยงด้านการติดเชื้อสูงขณะปฏิบัติงาน
2. มีการขยายสู่เครือข่าย เช่น กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน ครูและนักเรียน บุคลากรในการ ดำเนินงานอื่นๆโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคติดต่อ รวมถึงงานติดตามเยี่ยมบ้านด้วย รวมถึงระบบการพัฒนาสุขภาพจิตแก่ ผู้ป่วยโควิด-19 เป็นรูปธรรมเพื่อลดความกังวล และสามารถใช้ชีวิตได้ปกติในสังคม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิดใน HI ภายใต้การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นตลอดจนภาคีเครือข่ายอื่น ๆ และเพิ่มตัวแปรด้านการแสวงหาความรู้/ช่องทางที่ได้รับความรู้

รายการอ้างอิง

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, (2564). แนวทางการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม (กรณีมีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โควิด-19 (COVID-19) ในวงกว้าง). สืบค้นจาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25640111082302AM_Field20Hospital%20GL_V_5_08012021.pdf
- กรมการแพทย์. (2564). ประกาศแนวทางปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในการให้คำแนะนำผู้ป่วยและการ จัดบริการผู้ป่วยโควิด-19" แบบ "Home Isolation" ฉบับปรับปรุง วันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2565. สืบค้น 1 พฤษภาคม 2564 จาก https://covid19.dms.go.th/backend/Content/Content_File/Covid_Health/Attach/25650405141947PM_Outpatient20with%20Self20Isolation%20final%20050422.pdf
- กรมควบคุมโรค. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้น 1 พฤษภาคม 2564 จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situation-no637-011064.pdf>
- กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, นวพร ดำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของ โรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 14(2), 92-103.
- นกษา สิงห์วีระธรรม และนพมาศ เครือสุวรรณ. (2563). ความจำเป็น กลุ่มเสี่ยง และการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูและดูแลประชาชน กลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) นอกสถานพยาบาล: กรณีศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีทาง การแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและสาธารณสุขภาคใต้, 7(3), 1-9.
- นกษา สิงห์วีระธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, บรรจง เชื้อนแก้ว และ อนนต์ ละอองนวล. (2564). พฤติกรรมการรับรู้ความ เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) จากการปฏิบัติงานของนักรังสีการแพทย์. วารสารควบคุม โรค, 47(3), 467-478.

- นภชา สิงห์วีรธรรม, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, บรรจง เชื้อนแก้ว, และอนนต์ ละอองนวล. (2564). การรับรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการเช่น ในทันตภิบาล นักรังสีการแพทย์. *วารสารควบคุมโรค*, 14(3), 467-478.
- นภชา สิงห์วีรธรรม, นพมาส เครือสุวรรณ, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ, สมเพิ่ม สุขสมบูรณ์วงศ์, นลินภัทร์รัตนวิบูลย์สุข. (2564). พฤติกรรมการควบคุมและป้องกันโรค และการจัดการด้านสุขภาพอนามัยในการกักตัวที่ศูนย์การฟื้นฟูและดูแลประชาชนกลุ่มเสี่ยงจากโรคติดเชื้อ COVID-19 วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก, *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30 (ฉบับเพิ่มเติม 1), 14-24.
- ปาริชาติ กาญจนวงศ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงห์วีรธรรม. (2564) ผลของการพัฒนาระบบการจัดการบริการโรงพยาบาลสนามต่อการจัดการด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของบุคลากรและผู้ป่วยโควิด-19, *วารสารราชวดี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร*, 11(2), 121-136.
- ภาคินฐ์ วีระจร, โชคชัย ขวัญพิชิต ,กิตติพร เนาว์สุวรรณ และ นภชา สิงห์วีรธรรม. (2563). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์จังหวัดชายแดนภาคใต้, *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(3), 106-117.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2563). *ประกาศเรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563. (29 กุมภาพันธ์ 2563).. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 48ง. หน้า 1.*
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, (2564). *สถานการณ์โควิด 19 จังหวัดสงขลา*. สืบค้น 1 พฤษภาคม 2564 จาก <https://covid19Songkhla/photo/fbid=5096553963739359&set=a.140585193476265>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. (2564). *รายงานสถานการณ์โรคCOVID-19 จังหวัดสงขลา*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2564 จาก <https://COVID19Songkhla/fbid=5107066139354808&set=a.1405851939476265>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Michigan: University of Michigan.
- World Health Organization, (2020). *Considerations for quarantine of individuals in the context of containment for coronavirus disease (COVID-19) 19 March 2020*. Retrieved from [https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/publications-detail/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(covid-19))

การพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็น ต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

Development of Incidence and Adverse Event Management Model Under 9 standards for the Safety of Patients and Public Health Personnel

อัสมิน มุวรรณสินธุ์¹ เสาวลักษณ์ พุดแก้ว¹ นริสา สะมาแอ¹ พัตตู เจ๊ะเฮ็ง¹, กิตติพร เนาว์สุวรรณ^{2*}
และนงษา สิงห์วีระธรรม³

Hasmin Muwannasin¹ Saowalak Putkheaw¹ Narisa Sahmaae¹ Fattu Jehheng¹,
Kittiporn Nawsuwan^{2*}, Noppcha Singweratham³

โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์¹ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา คณะพยาบาลศาสตร์*

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่³

Naradhiwasrajanagarindra Hospital¹, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health², Faculty of Public Health, Chiang Mai University³

(Received: February 9, 2023; Revised: June 10, 2023; Accepted: August 27, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสถานการณ์ พัฒนารูปแบบ และประเมินประสิทธิผลการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ปัญหา โดยศึกษาวิธีสนทนากลุ่ม และศึกษาจากข้อมูลอุบัติการณ์การบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล ปีงบประมาณ 2561-2563 ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบโดยใช้หลัก P-D-C-A ก่อนยกร่างเป็นรูปแบบ ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ผลการประเมินความเหมาะสมและสอดคล้อง ได้ค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.71$, $SD=0.26$) ขั้นตอนที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบโดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองแบบหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่าง บุคลากรโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 30 คน สถิติใช้ได้แก่เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ผลวิจัยพบว่า

1. สถานการณ์การจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ บุคลากรลงบันทึกสมุด ส่งข้อมูลช่วงการรับส่งเวร ไม่ได้รายงานทันทีในระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล ไม่ได้มีการทบทวนอุบัติการณ์ระดับ E-F แต่มีการทบทวนระดับ G-H-I ไม่นำผลการทบทวนเข้าขึ้นทะเบียนบัญชีความเสี่ยง อุบัติการณ์ตั้งแต่ ปี 2561-2563 การเกิด Medication Error และ adverse drug event มากที่สุด รองลงมาเป็นการติดเชื้อสำคัญของโรงพยาบาล ใน Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)

2. รูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 4R Model 1) Report การรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใน 24 ชั่วโมง 2) Re-Check การตรวจสอบข้อมูลอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล (1) ด้าน Clinic ระดับ A-D และ ด้าน Non-Clinic ระดับ 1-2 ภายใน 10 วัน (2) ด้าน Clinic ระดับ E-I และ ด้าน Non-Clinic ระดับ 3-5 ภายใน 5 วัน 3) Root Cause Analysis การทบทวนด้าน Clinic ระดับ E-I และ ด้าน Non-Clinic ระดับ 3-5 ภายใน 7 วัน 4) Register การนำผลประเด็นจากการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) นำเข้าบัญชีจัดการความเสี่ยง Risk Register

3. ประสิทธิภาพมีจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ และมีการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) เพิ่มขึ้น ในปี 2565 ร้อยละ 46.23 ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างในระดับมาก

จากการศึกษานี้ ทำให้เกิดระบบการป้องกันและเฝ้าระวังความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้น และการจัดการอุบัติการณ์เพื่อป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์กับผู้ป่วยซ้ำ แล้วจึงเป็นการเพิ่มคุณภาพการบริการร่วมด้วย

คำสำคัญ : การพัฒนารูปแบบ, อุบัติการณ์, เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์, ความปลอดภัย

ผู้ให้กรติดต่อ (Corresponding e-mail: : hasmin.muwan@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 0849632430)

Abstract

This research and development aimed to study situation, develop a model and evaluate the effectiveness of managing incident and adverse events under 9 standards for the safety of patients and public health personnel. This study consisted of 3 steps: Step 1: Studying the situation of problems using qualitative research to investigate the incidence data from health care facility risk management information system during fiscal year 2018-2020 and document analysis; Step 2: Developing the incident and adverse event management model under 9 key standards necessary for safety by using the P-D-C-A principle verified by experts and evaluated with the highest suitable and consistent level ($M=4.71$, $SD=0.26$); and Step 3: Evaluating the effectiveness of a developed model employing quasi-experimental research, one group pre-post design, to implement with 30 personnel in Naradhiwasrajanagarindra hospital. Descriptive statistics, frequency and percentage, were used to analyze the data. The results revealed that:

1. The situations of incidence and adverse event management were recorded in notebook by the hospital personnel and reporting the information during the shift works, not immediately reported in the Healthcare Risk Management Information System. The incidents of E-F levels were not reviewed, while the G-H-I levels were reviewed. The results of the reviews were not included in the incidence risk list from 2018 to 2020. Medication error and drug adverse events were the most common, followed by the major infections of hospitals in Ventilator-Associated Pneumonia (VAP).

2. The incident and adverse event management 4R Model included: 1) Report: reporting the incident and adverse events within 24 hours; 2) Re-Check: verifying the incidence and adverse event data in the health care facility risk management information system: (1) clinical level A-D and non-clinical level 1-2 within 10 days; and (2) clinical level E-I and non-clinical level 3-5 within 5 days; 3) Root cause analysis: reviewing clinical level E-I and non-clinical level 3-5 within 7 days; and 4) Register: bringing the results from the causal analysis (RCA) into the risk management account Risk Register.

3. Regarding the effectiveness, a number of incidents were reported and their root cause analysis (RCA) were reviewed increasing in 2020 (46.23%) at a high level of satisfaction.

This study leads to develop a system to prevent and monitor risks and also prevent adverse events in patients. In addition, the system can help increase quality of the services.

Keywords: Development model, Incidence, Adverse events, Safety

บทนำ

ความปลอดภัย เป็นมิติคุณภาพที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ และถือเป็นภารกิจหลักของสถานบริการทางสุขภาพที่ประเทศสมาชิกทั่วโลกควรกำหนดเป็นเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงประเทศไทยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกที่ให้ความสำคัญกับคุณภาพและความปลอดภัย ตามที่กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายเรื่องความปลอดภัยครอบคลุมของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข (Patient and Personnel Safety: 2P Safety) เป็นนโยบายสำคัญที่จะสร้างระบบบริการสุขภาพที่ยั่งยืน มีความสมดุล มีการพัฒนาเชิงระบบ ด้วยการมีส่วนร่วมและสร้างสรรค์จากทุกภาคส่วน เพื่อเป้าหมายสำคัญ คือ “ประเทศไทยมีระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับทุกคน (Healthcare Systems with Quality and Safety for All)” และตามที่คณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาลได้ออกประกาศ เรื่อง 9 มาตรฐานสำคัญจำเอนต่อความปลอดภัย” ซึ่งมี

รายละเอียดดังนี้ 1. การผ่าตัดผิดคนผิดข้างผิดตำแหน่งผิดหัตถการ 2. การติดเชื้อที่สำคัญในสถานพยาบาลตามบริบทขององค์กร เช่น Surgical site Infection (SSI), Ventilator associated pneumonia (VAP), Catheter-Associated Urinary Tract infection (CAUTI), Central-Line Associated Bloodstream infection (CLABSI) 3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่ 4. การเกิด medication Error และ adverse drug Event 5. การให้เลือดผิดคนผิดคน ผิดหมู่ผิดชนิด 6. การระบุตัวผู้ป่วยผิดพลาด 7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค 8. การรายงานผลการตรวจปฏิบัติการพยาธิ/วิทยาคลาดเคลื่อน 9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2561)

การบริหารความเสี่ยงเป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารจัดการองค์การให้มีคุณภาพ กระบวนการบริหารความเสี่ยงประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาความเสี่ยง 2) การประเมินความเสี่ยง 3) การจัดการความเสี่ยง และ 4) การประเมินผลการบริหารความเสี่ยง ทั้งนี้การค้นหาความเสี่ยงเป็นกิจกรรมเชิงรุก เพื่อนำไปสู่การป้องกันไม่ให้เกิดซ้ำอีก และการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง (Incident Report) เป็นวิธีการสำคัญในขั้นตอนนี้ (Suphachutikul, 2000) การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง เป็นเครื่องมือที่จะทำให้ทราบขนาดและแนวโน้มปัญหาของระบบ เป็นการกระตุ้นให้ทำงานด้วยความระมัดระวัง รวมทั้งทำให้ได้รู้มาตรการป้องกัน และพยายามไม่ให้เกิดขึ้นอีก จากข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ในปี 2561-2563 พบว่า มีรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงทางคลินิกและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ จำนวน 10,585, 15,423 และ 15,779 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ เป็นอุบัติการณ์ด้านระบบยา รองลงมา ระบบกระบวนการดูแลผู้ป่วย, ระบบความปลอดภัยด้านการผ่าตัด, ระบบห้องปฏิบัติการ และระบบการป้องกัน ควบคุมการติดเชื้อตามลำดับ และการรายงานอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตาม 9 มาตรฐานความมาตรฐานสำคัญจำเ็นต่อความปลอดภัย พบว่า เรื่อง medication Error มากที่สุด รองลงมา เรื่อง การติดเชื้อของผู้ป่วย, Patient Identification และผลการตรวจวิเคราะห์ทางปฏิบัติการผิดพลาด ลำช้า ตามลำดับ และจากการสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยของบุคลากรโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ (Hospital Safety Culture Survey) ในปี 2561-2563 พบว่า ความเห็นต่อความถี่ในการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ คิดเป็นร้อยละ 50.60, 49.50 และ 47.80 ตามลำดับ ซึ่งควรได้รับการพัฒนาการรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการวิเคราะห์สาเหตุและนำไปพัฒนาการปฏิบัติเพื่อป้องกันหรือแก้ไขเพื่อความปลอดภัยของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2563)

จากการทบทวนข้อมูลการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่ไม่มีการรายงาน ร้อยละ 39.6 รองลงมา รายงาน 1-2 เรื่อง ร้อยละ 34.9 และรายงาน 3-5 เรื่อง ร้อยละ 16.1 ตามลำดับ (การสำรวจวัฒนธรรมความปลอดภัยโรงพยาบาล, 2563) ยังพบปัญหาการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในเรื่องการทบทวนวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา การประเมินผลการบริหารความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นเครื่องมือที่จะทำให้ทราบขนาดและแนวโน้มปัญหาของระบบ เป็นการกระตุ้นให้ทำงานด้วยความระมัดระวัง รวมทั้งทำให้ได้รู้มาตรการป้องกันและพยายามป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นอีก (Suphachutikul, 2000) เป็นข้อมูลที่คณะกรรมการบริหารความเสี่ยง สามารถตรวจสอบ และวิเคราะห์หาข้อบกพร่องเพื่อนำมาใช้ปรับปรุงการบริหารความเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพ (Nurse Ausmed, 2014) เป็นการช่วยให้เกิดการป้องกัน และปรับปรุงการทำงานก่อนที่จะส่งผลกระทบต่อให้เกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์ ตลอดจนช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายของหน่วยงานได้ (Pham, Girard, & Pronovost, 2013) เป็นตัวชี้วัดนำไปสู่การบรรลุวัฒนธรรมความปลอดภัย สามารถช่วยให้เกิดการพัฒนาและการเปลี่ยนแปลง (WHO, 2005) ดังนั้นการพัฒนากระบวนการรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ให้มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญและควรอยู่บนพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยง และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ อย่างแท้จริง การวิเคราะห์สถานการณ์ นับว่าเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ได้อย่างลึกซึ้ง

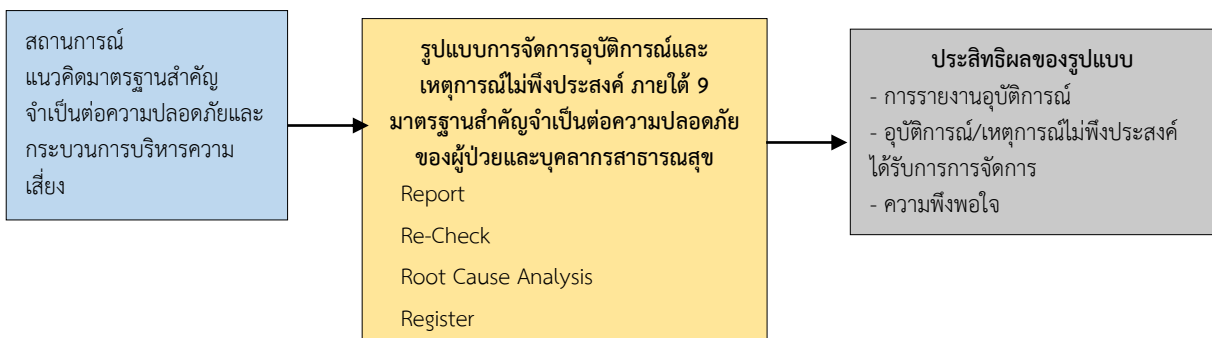
ดังนั้น ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญ ในการพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อให้บุคลากรโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์มีรูปแบบนำไปใช้ในการปฏิบัติงานที่สามารถปฏิบัติได้อย่างชัดเจน เพิ่มจำนวนการรายงานและการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนเอกสารเรื่องมาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยและกระบวนการบริหารความเสี่ยง มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย ตามประกาศคณะกรรมการสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล จำนวน 9 ข้อ ซึ่งสัมพันธ์กับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยเป็นกลุ่ม Patient Safety Goals จำนวน 8 รายการ Personnel Safety Goals ร่วมกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษากรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการ 3 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสภาพการณ์ปัญหา การจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ขั้นตอนนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ และการวิเคราะห์เอกสาร ดังนี้

วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก

ประชากร ได้แก่ 1) บุคลากรโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน ประสบการณ์ทำงานในหน่วยงาน มากกว่า 2 ปี และสมัครเข้าร่วมโครงการและยินดีให้ข้อมูล 2) โปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS)

ผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ 1) บุคลากรในหน่วยงานการรักษาพยาบาล จำนวน 5 คน และบุคลากรในหน่วยงานสนับสนุนทางการแพทย์ จำนวน 5 คน รวมทั้งหมด จำนวน 10 คน โดยมีคุณสมบัติอายุการทำงานมากกว่า 1 ปี ใช้วิธีการคัดเลือกโดยวิธีการแบบเจาะจง (purposive sampling) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามหลักการสัมภาษณ์เจาะลึกและการอ้อมตัวของข้อมูล (Srisathidnarakoon, 2010) ได้จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 คน 2) ข้อมูลอุบัติการณ์ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2561-2563

เครื่องมือในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ โดยมีข้อคำถามดังนี้

1.1 ปัญหาที่ผ่านมารายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ มีอะไรบ้าง

1.2 ความต้องการและการสนับสนุน การพัฒนาการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์

2. แบบสรุปข้อมูลจำนวนอุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารจัดการความเสี่ยงและพัฒนาทรัพยากรบุคคล จำนวน 1 ท่าน เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 1 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 1 ท่าน คำนวณหาค่า IOC ของเครื่องมือได้คะแนนความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์อยู่ในช่วงระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง 3 คน พบว่าประเด็นคำถามเข้าใจง่าย กลุ่มตัวอย่างสามารถตอบคำถามได้ตรงประเด็น และแบบบันทึกสามารถลงบันทึกได้ตรงตามวัตถุประสงค์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม บุคลากรที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 10 ราย โดยใช้เวลาสัมภาษณ์โดยเกริ่นนำแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย 15 นาที สัมภาษณ์โดยข้อคำถาม 30 นาที สรุปผลจากการสนทนากลุ่ม 15 นาที รวมทั้งหมด 60 นาที และบันทึกเทปโดยใช้โทรศัพท์สมาร์ทโฟน

วิธีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulate) โดยส่งข้อมูลไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 1 คน ผู้วิจัย จำนวน 1 คน และตัวแทนผู้ให้ข้อมูล จำนวน 1 คน ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้หลักการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และจากการถอดเทป

วิธีวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร

ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลจากรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข 3 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ ปี 2561 - 2563 ตามโปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้หลัก P-D-C-A

P: Plan ผู้วิจัยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 ได้แก่ ผลการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสถานการณ์การสภาพปัจจุบันรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ปัญหาอุปสรรค ความต้องการและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

และผลการศึกษาวิเคราะห์เอกสาร การสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยเกี่ยวกับรายงานอุบัติการณ์เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัย ในโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

D: Do. ร่างรูปแบบรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข และนำเสนอร่างรูปแบบฯ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบคุณภาพของรูปแบบ โดยพิจารณาตามแบบประเมินความเหมาะสมสอดคล้องและความเป็นไปได้ของรูปแบบฯ ซึ่งมี 5 ระดับ จากความสอดคล้อง/เหมาะสมมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ถึง เหมาะสมน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน ผลการประเมินความเหมาะสมและสอดคล้องของร่างรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่า ค่าเฉลี่ยภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($M=4.71$, $SD=0.26$) คะแนนสูงสุดอยู่ในระดับมากที่สุด คือ 1) แนวคิดและหลักการที่นำมาใช้ในการพัฒนารูปแบบมีความเหมาะสม 2) วัตถุประสงค์ของรูปแบบมีความชัดเจนและเหมาะสมสอดคล้องกับแนวคิดและหลักการ และ 3) รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้ได้จริง ($M=5.0$, $SD=0$) คะแนนต่ำสุดอยู่ในระดับมากที่สุด คือ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นนำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ใหม่ ($M=4.20$, $SD=0.40$) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพมีข้อเสนอแนะให้ปรับปรุงรูปแบบฯ โดยเพิ่มรายละเอียดของเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ให้ชัดเจน

C: Check ทดลองใช้ร่างรูปแบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัย ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผนการทดลองใช้ร่างรูปแบบกับหน่วยงาน การนำมาใช้ร่างรูปแบบ การทบทวนการใช้ร่างรูปแบบ และการปรับปรุงรูปแบบเพื่อนำมาใช้จริง โดยทดลองกับหอผู้ป่วยการรักษายาบาล และหน่วยงานสนับสนุนทางการแพทย์ จำนวน 5 หน่วยงาน

A: Action ใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ (Adverse Event) ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัย ประกอบด้วยขั้นตอน 1) การใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัย และ การทบทวนการใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัย

ขั้นตอนที่ 3 ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi- Experimental Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Group Pre-test Post-test design) ตั้งแต่เดือน เมษายน ถึงเดือน มิถุนายน 2565 เป็นระยะเวลา 3 เดือน และติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องถึงเดือน ธันวาคม 2565 มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) บุคลากรโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ จำนวน 1,074 คน โดยกำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ 1) ผู้รับผิดชอบระบบบริหารความเสี่ยงในหน่วยงาน 2) ประสบการณ์ทำงานในหน่วยงาน มากกว่า 2 ปี 3) สมัครเข้าร่วมโครงการและยินดีให้ข้อมูล เกณฑ์คัดออก คือ ไม่ยินยอมเข้าร่วม 2) โปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) บุคลากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า กลุ่มตัวอย่าง 30 คน 2) ข้อมูลอุบัติการณ์ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัย ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น ได้แก่

1.1 รูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นอย่างยิ่งต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

1.2 โปรแกรมโปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) เป็นโปรแกรมบันทึกอุบัติการณ์ความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ซึ่งเป็นโปรแกรมของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน) เพื่อใช้

บันทึกรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงที่สอดคล้องและครอบคลุมตาม Standard Data set & Terminologies ของระบบรายงานและเรียนรู้อุบัติการณ์ความเสี่ยงและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ประเทศไทย (National Reporting and Learning System: NRLS)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบบันทึกสรุปรายงานการรายงานและการทบทวนอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเริญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

2.2 ความพึงพอใจของในรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเริญต่อความปลอดภัย มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จากพึงพอใจมากที่สุด ให้ 5 คะแนน ถึงพึงพอใจน้อยที่สุด ให้ 1 คะแนน โดยใช้เกณฑ์แบ่งระดับคะแนนของเบสท์และคาน์ (Best & Kahn, 2006) 5 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00	หมายถึง ความพึงพอใจระดับมากที่สุด
คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50	หมายถึง ความพึงพอใจระดับมาก,
คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50	หมายถึง ความพึงพอใจระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50	หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อย
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50	หมายถึง ความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

รูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเริญต่อความปลอดภัยที่พัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยประเมินความเหมาะสมและความสอดคล้องของรูปแบบฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ปรับแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง แบบบันทึกฯ และแบบประเมินฯ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณหาค่า IOC ของเครื่องมือทั้งสามชุดได้เท่ากับ 1.00 และตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำแบบบันทึกฯ ไปทดลองใช้ในบุคลากรปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง และแบบประเมินระดับความพึงพอใจ นำไปทดลองใช้โดยการทดสอบซ้ำในหน่วยงาน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 10 ราย คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .93 และปรับปรุงแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยงานที่ใช้ในการทดลอง และขอความร่วมมือในการดำเนินการทดลองใช้รูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้น
2. เตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ การพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย วิธีดำเนินการวิจัย ขอความร่วมมือในการวิจัยและให้เซ็นยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถยุติการเข้าร่วมกิจกรรมเมื่อใดก็ได้โดยไม่ต้องแจ้งล่วงหน้าและไม่มีผลกระทบต่อบริการที่ได้รับ
3. ประเมินระดับความพร้อมของหน่วยงานก่อนเริ่มทดลองใช้รูปแบบฯ

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยดำเนินการจัดกิจกรรมตามรูปแบบฯ ที่พัฒนาขึ้นตั้งแต่เดือน เมษายน ถึงเดือน มิถุนายน 2565 เป็นระยะเวลา 3 เดือน และติดตามผลลัพธ์อย่างต่อเนื่องถึงเดือน ธันวาคม 2565 ตามขั้นตอนดังนี้

1. จัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการกับกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยอธิบายลักษณะรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเริญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข เพื่อทบทวนความเข้าใจของรูปแบบฯ
2. การนำรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเริญต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ที่พัฒนาขึ้นนำไปใช้ในหน่วยงาน
3. การติดตามและประเมินผลของการใช้รูปแบบฯ

ขั้นหลังการทดลอง

1. หลังจากดำเนินการตามรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ผู้วิจัยได้สรุปแบบบันทึกสรุปจำนวนการรายงานและการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 9 ภายใต้มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย จากระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS)

2. ประเมินความพึงพอใจของในรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลการรายงานและการทบทวนอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ

2. วิเคราะห์ความพึงพอใจหลังการใช้รูปแบบการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบน

จริยธรรมวิจัย

เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์ ได้เลขจริยธรรมหมายเลข REC 014/2564 ลงวันที่รับรอง 1 ตุลาคม 2564 - 1 ตุลาคม 2565

ผลการวิจัย

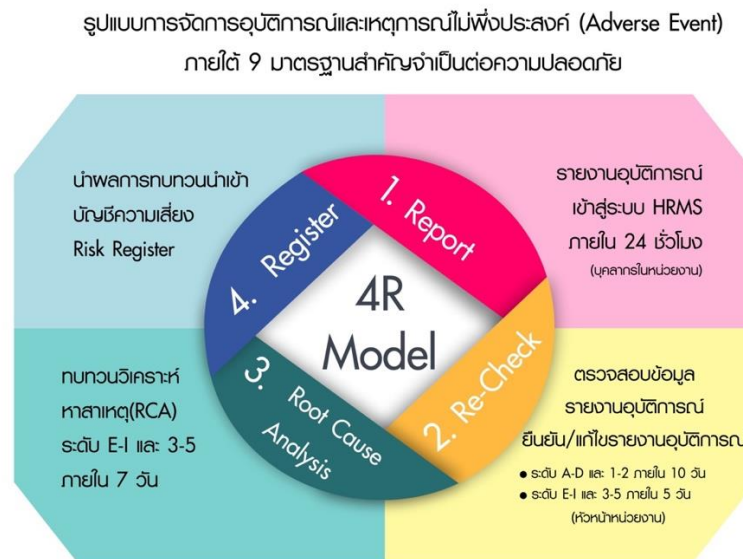
1. สถานการณ์การจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พบว่า รูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ส่วนใหญ่บุคลากรไม่ได้รายงานอุบัติการณ์ทันทีในโปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) แต่มีการบันทึกในสมุดบันทึกในหน่วยงาน และมีการส่งต่อข้อมูลในช่วงในช่วงการรับส่งเวร ในส่วนการรายงาน อุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป จะมีการแจ้งหัวหน้างานทราบ ส่วนการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (Root Cause Analysis : RCA) พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้มีการทบทวนอุบัติการณ์ระดับ E-F แต่มีการทบทวนระดับ G-H-I ไม่มีการนำผลการทบทวนเข้าขึ้นทะเบียนบัญชีความเสี่ยง ความต้องการและสนับสนุน พบว่าส่วนใหญ่ การกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน การเข้าถึงโปรแกรมบันทึกความเสี่ยงอุบัติการณ์ ที่เข้าง่าย การกำหนดนิยามชื่อเรื่องอุบัติการณ์ที่ชัดเจน และเจ้าภาพการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (Root Cause Analysis : RCA)

การรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ย้อนหลัง ตั้งแต่ ปี 2561-2563 ตามโปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) พบว่า การเกิด Medication Error และ adverse drug event มากที่สุด รองลงมาเป็นการติดเชื้อสำคัญของโรงพยาบาล ใน Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 1 จำนวนข้อมูลอุบัติการณ์เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยฯ ในโปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) ปีงบประมาณ 2561-2563

อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	ปีงบประมาณ		
	2561	2562	2563
1. การผ่าตัดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	0	0	0
2. การติดเชื้อสำคัญของ รพ.			
- Surgical Site Infection (SSI)	0	1	1
- Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)	0	2	5
- Catheter- Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)	0	3	3
- Central-line Associated Bloodstream Infection (CLABSI)	0	0	2
3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	0	2	1
4. การเกิด Medication Error และ adverse drug event	2	11	12
5. การให้เลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	0	1	0
6. การระบุผู้ป่วยผิดพลาด	0	0	1
7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	0	2	1
8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิสภาพคลื่อน	0	0	0
9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	0	0	1

2. รูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย



ภาพ 2 รูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย

จากผลการศึกษาสถานการณ์การจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรไม่ได้รายงานอุบัติการณ์ทันทีในโปรแกรมระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) ขาดการทบทวนอุบัติการณ์ระดับ E ขึ้นไป และความต้องการและสนับสนุนในการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจน จึงได้รูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยฯ 4R Model (ภาพ 2) ดังนี้

1. Report หมายถึง การรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย โดยบุคลากรในหน่วยงานเข้าบันทึกในระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) หรือ naraos.thai-nrls.org ภายใน 24 ชั่วโมง

2. Re-Check หมายถึง การตรวจสอบข้อมูลรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย เพื่อยืนยันและแก้ไขรายงานอุบัติการณ์ฯ โดยหัวหน้าหน่วยงาน โดยแบ่งระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ดังนี้ 1) อุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ด้าน Clinic ระดับ A-D และ ด้าน Non-Clinic ระดับ 1-2 ภายใน 10 วัน 2) อุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ด้าน Clinic ระดับ E-I และ ด้าน Non-Clinic ระดับ 3-5 ภายใน 5 วัน ในระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) หรือ naraos.thai-nrls.org

3. Root Cause Analysis หมายถึง การทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุของอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ด้าน Clinic ระดับ E-I และ ด้าน Non-Clinic ระดับ 3-5 ภายใน 7 โดยใช้หลักการทบทวนของ RCA Step 5: Creative Solution

4. Register หมายถึง การนำผลสรุป ประเด็นจากการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) นำเข้าบัญชีจัดการความเสี่ยง Risk Register ของโรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

ตาราง 2 จำนวนการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นและการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (Root Cause Analysis)

อุบัติการณ์/เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย	จำนวนอุบัติการณ์		ร้อยละการทบทวนRCA	
	ก่อน (ปี 2563)	หลัง (ปี 2565)	ก่อน (ปี 2563)	หลัง (ปี 2565)
1. การผ่าตัดผิดผิดคน ผิดข้าง ผิดตำแหน่ง ผิดหัตถการ	0	0	0	0
2. การติดเชื้อสำคัญของ รพ.				
- Surgical Site Infection (SSI)	1	19	0	16 (84.21)
- Ventilator-Associated Pneumonia (VAP)	5	27	0	22 (81.48)
- Catheter- Associated Urinary Tract Infection (CAUTI)	3	3	0	3 (100.00)
- Central-line Associated Bloodstream Infection (CLABSI)	2	3	0	3 (100.00)
3. บุคลากรติดเชื้อจากการปฏิบัติหน้าที่	1	0	1 (100.00)	0
4. การเกิด Medication Error และ adverse drug event	12	21	7(58.33)	17 (80.95)
5. การให้เลือดเลือดผิดคน ผิดหมู่ ผิดชนิด	0	1	0	1 (100.00)
6. การระบุผู้ป่วยผิดพลาด	1	3	1 (100.00)	3 (100.00)
7. ความคลาดเคลื่อนในการวินิจฉัยโรค	1	10	1 (100.00)	10 (100.00)
8. การรายงานผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/พยาธิ คลาดเคลื่อน	0	1	0	1 (100.00)
9. การคัดกรองที่ห้องฉุกเฉินคลาดเคลื่อน	0	1	0	1 (100.00)
รวม	26	89	11 (39.28)	77 (85.51)

จากตาราง 2 การใช้รูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย พบว่า จำนวนการรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข เพิ่มขึ้นในปี 2564 และมีการทบทวนวิเคราะห์หา

สาเหตุ (RCA) อุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยฯ เพิ่มขึ้น ในปี 2563 ร้อยละ 46.23

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและระดับความพึงพอใจของรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยฯ

รายการ	M	SD	ระดับ
1. รูปแบบมีความสนใจ	4.09	0.56	มาก
2. รูปแบบอ่านแล้วเข้าใจง่าย	4.00	0.59	มาก
3. รูปแบบมีความเหมาะสมต่อการนำไปใช้ในหน่วยงาน	4.06	0.54	มาก
4. สามารถนำไปใช้ประโยชน์ปฏิบัติงานได้จริง	4.20	0.41	มาก
5. ความพึงพอใจภาพรวม	4.14	0.43	มาก
รวม	4.10	0.48	มาก

จากตาราง 3 ความพึงพอใจของรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข พบว่า ความพึงพอใจโดยรวมของการใช้รูปแบบฯ อยู่ในระดับมาก ($M = 4.10$, $SD = 0.48$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ปฏิบัติงานได้จริง ($M = 4.20$, $SD = 0.41$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ รูปแบบอ่านแล้วเข้าใจง่าย ($M = 4.00$, $SD = 0.59$)

อภิปรายผล

สถานการณ์การจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ บุคลากรลงบันทึกสมุด ส่งข้อมูลช่วงการรับส่งเวร ไม่ได้รายงานทันทีในโปรแกรมบันทึกความเสี่ยง HRMS ไม่ได้มีการทบทวนอุบัติการณ์ระดับ E-F แต่มีการทบทวนระดับ G-H-I ไม่นำผลการทบทวนเข้าขึ้นทะเบียนบัญชีความเสี่ยง อุบัติการณ์ ตั้งแต่ ปี 2561-2563 การเกิด Medication Error และ adverse drug event มากที่สุด รองลงมาเป็นการติดเชื้อสำคัญของโรงพยาบาล ใน Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) สอดคล้องกับการวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก บุคลากรไม่สามารถระบุได้ว่าเหตุการณ์ใดเป็นความเสี่ยงที่ต้องรายงานจึงทำให้มีรายงานอุบัติการณ์น้อย ไม่เกิดผลดีจากการค้นหาและจัดลำดับความเสี่ยง ไม่สามารถเข้าร่วมในการทำการวิเคราะห์สถานการณ์ และทีมจัดการความเสี่ยงมีงานที่ต้องทำจำนวนมาก (สำรี ชมบริสุทธิ์, เพชรสุรีย์ ทั้งเจริญกุล, และอภิตี นันทศุภวัฒน์., 2563) อีกทั้งยังพบการสื่อสารนโยบายเกี่ยวกับการรายงานความเสี่ยงน้อยเกินไป ร่วมกับผู้รับผิดชอบขาดประสิทธิภาพในการรายงานความเสี่ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ (บังอร เชื้อนคำ, สมใจ ศิริกรมล, และบุญพิชชา จิตต์ภักติ 2563) โดยจะเห็นได้ว่าปัจจัยผลิตภาพทางการพยาบาล (โสภาพร พันธูลาวัฒน์, ธาณี กล่อมใจ, 2563) ระยะเวลาการปฏิบัติงาน (สุปราณี ใจตา และ เดชา ทำดี, 2564) มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยง ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลและประสบการณ์มีผลต่อการจัดการความเสี่ยงเป็นอย่างมาก

รูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยฯ 4R Model 1) Report การรายงานอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยบุคลากรเข้าบันทึกในระบบสารสนเทศการบริหารจัดการความเสี่ยงสถานพยาบาล Healthcare Risk Management System (HRMS) หรือ naraos.thai-nrls.org ภายใน 24 ชั่วโมง 2) Re-Check การตรวจสอบข้อมูล เพื่อยืนยันและแก้ไขรายงานอุบัติการณ์ฯ โดยแบ่งระดับความรุนแรงของอุบัติการณ์ดังนี้ (1) ด้าน Clinic ระดับ A-D และ ด้าน Non-Clinic ระดับ 1-2 ภายใน 10 วัน (2) ด้าน Clinic ระดับ E-I และ ด้าน Non-Clinic ระดับ 3-5 ภายใน 5 วัน ในระบบโปรแกรมความเสี่ยงโรงพยาบาล 3) Root Cause Analysis การทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุของอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ด้าน Clinic ระดับ E-I และ ด้าน Non-Clinic ระดับ 3-5 ภายใน 7 โดยใช้หลักการทบทวน

ของ RCA Step 5: Creative Solution 4) Register หมายถึง การนำผลสรุป ประเด็นจากการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) นำเข้าบัญชีจัดการความเสี่ยง Risk Register สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรี (ปฤษฎา เปล่งอารมณ, 2564) ทั้งนี้รูปแบบ 4R Model ได้นำกระบวนการ P-D-C-A เข้ามาเป็นกระบวนการหลักในการสร้างรูปแบบที่ส่งผลให้เป็นไปตามกระบวนการหรือระบบการบริหารจัดการความเสี่ยง การค้นหาความเสี่ยง (risk identification) เป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ การประเมินความเสี่ยง (risk assessment) การจัดการกับความเสี่ยง (action to manage risk) (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, 2543) (Bowel P, 2010) ดังนั้นการบริหารจัดการความเสี่ยงโดยใช้รูปแบบ 4R Model ส่งเสริมให้เกิดกลยุทธ์เชิงลึกที่มีบทบาทและส่งเสริมการจัดการอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อป้องกันปัญหาและควบคุมความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการพยาบาล ทั้งนี้ในการบริหารความเสี่ยงเป็นสิ่งสำคัญที่ทุกฝ่ายในทีมการรักษาพยาบาลต้องคำนึงถึง (Powell, 2000)

ประสิทธิผล พบว่ามีจำนวนการรายงานอุบัติการณ์ และมีการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุ (RCA) อุบัติการณ์ และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัย เพิ่มขึ้น ร้อยละ 46.23 ความพึงพอใจในระดับมาก และส่งผลให้การจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ตามระยะเวลาที่กำหนด สอดคล้องกับรูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรี (ปฤษฎา เปล่งอารมณ, 2564) จากการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์เป็นเป้าหมายที่ชัดเจนและเกิดประโยชน์กับประชาชน และยังเป็นไปตามมาตรฐานที่จะส่งผลให้ประชาชนทุกคนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย

การนำผลการวิจัยไปใช้

ส่งเสริมให้หน่วยงานมีบทบาทการจัดการอุบัติการณ์ที่ไม่พึงประสงค์อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อป้องกันปัญหา และควบคุมความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้นจากการให้บริการพยาบาล และควรนำรูปแบบการจัดการอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ภายใต้ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขนำไปใช้กับโรงพยาบาลทุกระดับในจังหวัดชายแดนใต้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาผลการทบทวนวิเคราะห์หาสาเหตุของอุบัติการณ์และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ในแต่ละประเด็น ตาม 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข
2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ต่อ 9 มาตรฐานสำคัญจำเป็นต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข

รายการอ้างอิง

- จิราวรรณ รุ่งเรืองวารินทร์, พรพิมล พลอยประเสริฐ, และสมทรง บุตรชีวัน. (2560). การพัฒนาระบบการจัดการความเสี่ยง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 7(1), 24-36.
- บังอร เชื้อนคำ, สมใจ ศิริกมล, และบุญพิชชา จิตต์ภักดี. (2563). การวิเคราะห์สถานการณ์การรายงานอุบัติการณ์ความเสี่ยงในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 1 โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่. *พยาบาลสาร*, 47(1), 337-349.
- ปฤษฎา เปล่งอารมณ. (2564). การพัฒนารูปแบบการจัดการทางการแพทย์เพื่อความปลอดภัยจากการบริหารความเสี่ยงสูง โรงพยาบาลเจ้าพระยาฯ จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 40(1), 137-150.

สำริ่ ชมบริสุทธี, เพชรสุณีย์ ทั้งเจริญกุล, และอภิรดี นันท์ศุภวัฒน์. (2563). การวิเคราะห์สถานการณ์การจัดการความปลอดภัยของผู้ป่วย หอผู้ป่วยศัลยกรรมชาย โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก. *พยาบาลสาร*, 47(2), 453-462.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). *เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยของประเทศ ไทย Patient Safety Goals: SIMPLE Thailand* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สำนักพิมพ์ เฟมัส แอนด์ ซัคเซสฟูล.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2563). *HA UPDATE 2020* (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์ บริษัท หนังสือวันดี จำกัด.

Bowel P. Building a safety and improvement culture in primary care practice. *Nurses* 2010, 5:156.

Jirapaet, W., & Jirapaet, K. (2012). *Patient safety management, concept, process, clinical safety guidelines*. Bangkok: Eleven Glasses Color.

World Health Organization (WHO). The patient Safety: Forward programmed 2006.

ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเสริมสร้างต่อความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ
เรื่องการส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6
โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่ อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี

Effectiveness of Health Education Program for Knowledge and Understanding on
Self-Health Promotion in The New Normal Era of Senior High School Students in
Suan Phueng District, Ratchaburi Province

รัชดาพร ฐานมัน^{1*}, นัทกร สุขเสริม¹, ชลธิรา กาวไธสง¹, รุ่งนภา สิงห์สถิตย์¹, ภณิชา จงสุภางศ์กุล¹,
รุ่งอรุณ สุทธิพงษ์¹, นิภารัตน์ บุญกุล¹

Ratchadapon Thanman¹, Nattakon Sukserm¹, Chontira Kawthaisong¹, Rungnapa Singsatit¹,
Panitcha Jongsupangku¹, Rungaroon Suttipong¹, Niparat Boongun¹

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง¹

Department of Public Health, Muban Chombueng Rajabhat University^{1*}

(Received: February 9, 2023; Revised: August 26, 2023; Accepted: August 28, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองศึกษากลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่ระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่างคือนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 60 คน ทำการจัดกิจกรรมสุขศึกษาจำนวน 6 ครั้ง ภายใน 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ โปรแกรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพและแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่องการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและค่าความเที่ยง คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (KR-20) เท่ากับ 0.80 สถิติที่ใช้ Paired Sample t-test ผลการวิจัยพบว่า

คะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจเรื่องการส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่ของนักเรียนหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา (M=20.30, SD=2.68) สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา (M=14.15, SD=3.32) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

โรงเรียนควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่องการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่ให้กับนักเรียน เพื่อให้เกิดการต่อยอดองค์ความรู้เดิม เสริมสร้างองค์ความรู้ใหม่ ซึ่งเป็นพื้นฐานในการพัฒนาทักษะชีวิตและความสามารถเชิงสมรรถนะเฉพาะบุคคลที่เหมาะสมกับสังคมยุควิถีใหม่ได้อย่างสมดุล

คำสำคัญ : ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ, การส่งเสริมสุขภาพตนเอง, ยุควิถีใหม่, นักเรียน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ratchadaporntha@mcru.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 088-5811522)

Abstract

This quasi experimental research, a one-group pretest-posttest design, aimed to compare knowledge and understanding related to self-health promotion in The New Normal Era of senior high school students before and after the completion of the experimental program. The experimental group was 60 senior high school students having 6 health education activities within 6 weeks. The research tools were the health knowledge enhancement program and the health knowledge enhancement test about self-care and health promotion in the new normal era validated for content validity and reliability by KR-20 = 0.80. Paired sample t-test was used to analyze the data.

The results showed that after implementing the program, the average score of knowledge and understanding on self-care and health promotion in the new normal era (Mean=20.3, SD=2.68) was significantly higher than before intervention (Mean=14.15, SD=3.32) (p -value<0.001).

It could be suggested that the schools should organize activities to promote knowledge and understanding of self-health promotion in the new normal era for students in order to achieve the continuation of the existing knowledge and enhance new knowledge. These act as basic skills for life development and individual capacity suitable for the balanced society in the new normal era.

Keywords: Knowledge and Understanding, A Self-Health Promotion, New Normal Era, Students

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) ในประเด็นที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งยุทธศาสตร์ชาติให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้มีความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ประกอบกับการเป็นสังคมสูงวัยจึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาทักษะและระบบรองรับการพัฒนาที่มีคุณภาพ มาตรฐาน รวมถึงการส่งเสริมการพัฒนาและการใช้เทคโนโลยี การแพทย์ใหม่ๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับคนไทย และสร้างความมั่นคงให้กับระบบสาธารณสุขของไทย ในการส่งเสริมและดูแลสุขภาพและรักษา ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2561) โดยสถานการณ์ด้านสุขภาวะของคนไทยยังมีความท้าทายในหลายประการโดยในช่วงที่ผ่านมาคนไทยมีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต เนื่องจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่ไม่เหมาะสม การขาดการมีกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง สภาพการทำงานที่ส่งผลต่อวิถีชีวิต เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของคนไทยที่มีอัตราสูงถึง 32.7 คนต่อประชากรแสนคนหรือเป็นอันดับ 9 ของโลกในปี 2559 (ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562) ดังนั้น แผนแม่บทการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีจึงมุ่งเน้นการเสริมสร้างการจัดการสุขภาวะในทุกรูปแบบที่นำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการสุขภาวะที่ดีได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี และมีทักษะด้านสุขภาวะที่เหมาะสม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุน การสร้างสุขภาวะที่ดีการกระจายบริการสาธารณสุขอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพรวมถึงการพัฒนาและสร้างระบบรับมือ ปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ ยกตัวอย่างเช่นการระบาดของโรค COVID-19 (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2564)

จากการทบทวนสถานการณ์ที่ประเทศไทยเกิดการระบาดของโรค COVID-19 ที่ผ่านมา มีการรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการระบาดในระลอกที่ 3 มีการระบาดอย่างรวดเร็วและพบว่าเชื้อไวรัส COVID -19 มีจำนวนหลากหลายสายพันธุ์ทั้งแสดงอาการและไม่แสดงอาการ และมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วต่อเนื่องจนทำให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นมากกว่า 10,000 รายต่อวัน กระทรวงสาธารณสุขจึงมีแนวทางการรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ที่บ้าน หรือ Home Isolation เข้ามาใช้เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการการรักษาและดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19

โดยเน้นให้บุคคลดูแลและป้องกันตนเองตามแนวทางการปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้เหตุการณ์ดังกล่าวทำให้ทราบถึงการขาดความรู้และทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพตนเองของประชาชนในการป้องกันโรค COVID-19 จึงทำให้เพิ่มจำนวนผู้ป่วยแบบก้าวกระโดด และส่วนใหญ่พบผู้ป่วยในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะที่ต้องทำกิจกรรมและอยู่รวมกันเป็นกลุ่มหรือหมู่คณะ เช่น กลุ่มเด็กและเยาวชนในสถานศึกษา (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2565)

สำหรับกลุ่มเด็กและเยาวชนเป็นประชากรกลุ่มที่มีความสำคัญมากต่ออนาคตของชาติ การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการเรียนรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมแก่เด็กวัยเรียนเป็นการสร้างอนาคตสุขภาพของประเทศที่มั่นคง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมยุคดิจิทัลมีข้อมูลข่าวสารมากมายที่เข้าถึงเด็กและเยาวชนอย่างง่ายดายและรวดเร็ว ซึ่งเด็กและเยาวชนจึงควรจะต้องมีทักษะทางปัญญาที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพ เพื่อการดูแลสุขภาพได้ ในสถานการณ์ปัจจุบันเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นต้องเผชิญปัญหาสุขภาพรอบด้าน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ การใช้เวลาในโลกอินเทอร์เน็ตมากขึ้น ทำให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์กับผู้คนที่หลากหลาย ได้รับข้อมูล สื่อต่างๆ และการโฆษณาเชิญชวนหลายรูปแบบทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงใหม่ๆเพิ่มขึ้นในการดำรงชีวิต

จากผลการสำรวจความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่ของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่สำหรับเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นในศตวรรษที่ 21 และพัฒนาความสามารถของบุคคลที่จำเป็นต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพให้ยั่งยืน เพราะเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้เกิดทักษะทางปัญญา (Cognitive) และทักษะหรือความสามารถเชิงสมรรถนะเฉพาะบุคคล (Social skill) ทำให้สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลได้อย่างเป็นระบบและสามารถสื่อสารแลกเปลี่ยนเรียนรู้สุขภาพให้กับเพื่อน ครอบครัวและสังคมได้

วัตถุประสงค์วิจัย

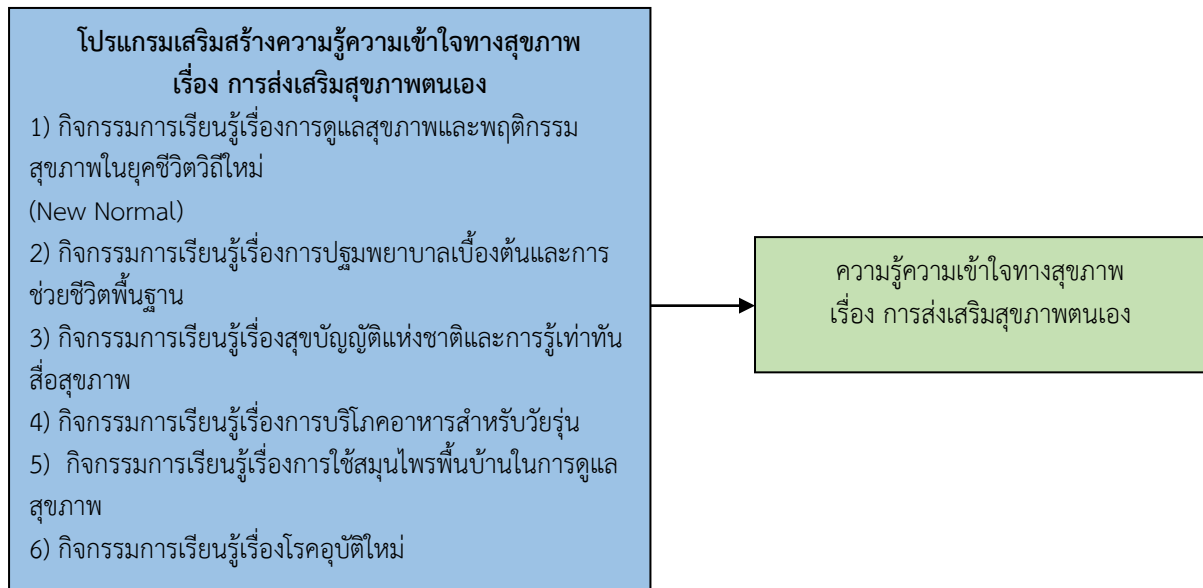
เพื่อเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี ระหว่างก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษา

สมมติฐานวิจัย

หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี มีความรู้ในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่เพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยผู้วิจัยสร้างขึ้นประยุกต์จากทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) ที่กล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการตัดสินใจและการปฏิบัติของปัจเจกบุคคลในการป้องกันโรค และได้ให้แนวคิดว่าการยกระดับสุขภาพหรือการมีคุณภาพชีวิตขึ้นอยู่กับบุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่ดี ดังนั้นผู้วิจัยจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมเชิงบวกต่อการมีสุขภาพที่ดีในชีวิตประจำวัน อีกทั้งเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับมือและปรับตัวต่อโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศ จึงได้นำแนวคิดและทฤษฎีมาสร้างเป็นโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่ รายละเอียดดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) ศึกษากลุ่มเดียวและมีการทดสอบก่อนและหลังทดลอง (One group pretest - posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี โดยมีเกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

1. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2/2564
2. เป็นนักเรียนแผนการเรียนวิทยาศาสตร์ – คณิตศาสตร์
3. ยินดีเข้าร่วมตลอดกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. นักเรียนที่ขาดเรียน หยุดเรียน หรือลาในวันที่ทำการเก็บข้อมูล
2. ขอสละสิทธิ์ระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม
3. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ต่อเนื่องตามระยะเวลาที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในอำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรีที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2/2564 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*power กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size)=0.5 ค่าความคลาดเคลื่อน (Type I error: α) =0.05 และค่า Power = 0.95 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 54 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นการศึกษานี้จึงได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน โดยทำการสุ่มห้องเรียนมา 2 ห้อง จากจำนวน 5 ห้องเรียนด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากไม่ใส่กลับ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์จากทฤษฎีการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 2006) และเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับสภาพปัญหาและครอบคลุมเนื้อหาที่ตอบสนองความต้องการของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย โดยแบ่งเป็น 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพและพฤติกรรม

สุขภาพในยุคชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) 2) การให้ความรู้เรื่องการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิตพื้นฐาน 3) การให้ความรู้เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติและการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ 4) การให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารสำหรับวัยรุ่น 5) การให้ความรู้เรื่องการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ และ 6) การให้ความรู้เรื่องโรคอุบัติใหม่ ซึ่งรูปแบบของการดำเนินกิจกรรมเป็นการให้ความรู้และทักษะปฏิบัติจำนวน 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 50 นาที

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป มีจำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยข้อความ เพศ อายุ ชั้นปี เกรดเฉลี่ยสะสม

2.2. แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย ใช้ในการทดสอบก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม จำนวนทั้งหมด 25 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกได้คะแนน 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำแบบทดสอบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่เพื่อวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม สุขศึกษา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา หลังจากนั้นแก้ไขปรับปรุงตามคำแนะนำก่อนนำไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 6 โรงเรียนอื่นที่ไม่ใช่โรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่น (KR-20) ได้เท่ากับ .80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดของการวิจัย ขั้นตอน และเครื่องมือในการวิจัย เน้นถึงความสมัครใจเข้าร่วมและขอคำยินยอมแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยเก็บรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด พร้อมทั้งจะอธิบายผลการวิจัยเป็นภาพรวม

2. เมื่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมนิยามและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างก่อนดำเนินกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้นำมาจัดกิจกรรมบูรณาการร่วมกับโรงเรียน

ขั้นทดลอง

3. ผู้วิจัยได้ดำเนินการให้โปรแกรมสุขภาพที่สร้างขึ้นในนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 60 คน ด้วยโปรแกรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่ เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ทุกวันพุธ ช่วงเวลา 13.00 – 13.50 น. ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงสิงหาคม 2565 จัดการเรียนรู้อย่างผู้วิจัยจนสิ้นสุดการทดลอง รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 รายละเอียดการจัดกิจกรรม

สัปดาห์ที่	กิจกรรม	จำนวน (นาที)
1	ให้ความรู้ในรูปแบบบรรยายและมีเอกสารประกอบการบรรยาย เรื่องการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในยุคชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) พร้อมทั้งกิจกรรมแข่งขันตอบปัญหา เรื่องการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในยุคชีวิตวิถีใหม่ (New Normal)	50
2	ให้ความรู้ในรูปแบบบรรยายและมีเอกสารประกอบการบรรยาย พร้อมทั้งให้ฝึกทักษะปฏิบัติ เรื่อง การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิตพื้นฐาน ควบคู่ไปกับกิจกรรมแข่งขันตอบปัญหา	50
3	ให้ความรู้ในรูปแบบบรรยายและมีเอกสารประกอบการบรรยาย เรื่องสุขบัญญัติแห่งชาติ และการรู้เท่าทันสื่อสุขภาพ พร้อมทั้งกิจกรรมแข่งขันตอบปัญหา	50

ลำดับที่	กิจกรรม	จำนวน (นาที)
4	ให้ความรู้ในรูปแบบบรรยายและมีเอกสารประกอบการบรรยาย เรื่องการบริโภคอาหารสำหรับวัยรุ่น และจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่มีประโยชน์เหมาะสมตามวัยครบ 5 หมู่และโทษของอาหาร พร้อมทั้งกิจกรรมแข่งขันตอบปัญหา	50
5	ให้ความรู้ในรูปแบบบรรยายและมีเอกสารประกอบการบรรยาย เรื่องการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง การป้องกันโรคโควิด 19 พร้อมทั้งกิจกรรมแข่งขันตอบปัญหา	50
6	ให้ความรู้ในรูปแบบบรรยายและมีเอกสารประกอบการบรรยาย เรื่องโรคอุบัติใหม่ อุตสาหกรรมรวมทั้งแนวทางการควบคุมและป้องกันโรค กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับการจัดการตนเองในการควบคุมและป้องกันโรคตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมทั้งกิจกรรมแข่งขันตอบปัญหา	50

ขั้นหลังการทดลอง

หลังจากสิ้นสุดการให้โปรแกรมผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลหลังการทดลอง (post-test) โดยใช้แบบทดสอบเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่ แล้วนำไปวิเคราะห์ผลเพื่อเปรียบเทียบความรู้ก่อน - หลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเรื่องการส่งเสริมสุขภาพตนเองก่อน - หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา ใช้สถิติ Paired sample t – test ซึ่งทำการทดสอบการแจกแจงของข้อมูลด้วยสถิติ Kolmogorov - Smirnov Test เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 50 โดยใช้ผลต่างคะแนนก่อนและหลังให้ความรู้ในการทดสอบ (post-pre) ได้ค่า p - value = 0.06 แสดงว่าผลต่างของคะแนนมีการแจกแจงแบบปกติที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผ่าน Assumption สามารถใช้สถิติ Paired - Samples t-test ได้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยหรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อผลการเรียนของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนที่เข้าร่วมโครงการ พบว่า ส่วนใหญ่เป็นนักเรียนหญิง ร้อยละ 68.33 อายุระหว่าง 16-18 ปี ส่วนใหญ่อายุ 17 ปี ($SD=0.57$) กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่ก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่อำเภอสวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่ของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษา (n=60)

ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ	M	SD	t	95% CI	P-Value (1-tailed)
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	14.15	3.321	14.676	5.31 ถึง	<.001
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	20.30	2.677		6.99	

จากตาราง 2 พบว่าความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่เพิ่มขึ้น
มากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการเปรียบเทียบประสิทธิภาพก่อนและหลังของโปรแกรมสุขศึกษาเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ
เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งในเขตพื้นที่อำเภอ
สวนผึ้ง จังหวัดราชบุรี จำนวน 60 คน พบว่า หลังการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่อง การส่งเสริม
สุขภาพตนเองในยุควิถีใหม่ เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทั้งนี้ ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นกับปัจจัยเชิง
สาเหตุ 4 ปัจจัย ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจิตใจ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ และเจตคติเกี่ยวกับการดูแล
สุขภาพ (ก้องเกียรติ เขยชม, 2564) และจากการศึกษาของ ชลธิชา แป้นเชื้อ, สุวิมล ติรการนันท์ และกมลทิพย์ ศรีหา
เศษ, (2564) ศึกษาองค์ประกอบการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมี 13
องค์ประกอบ คือ การดูแลสุขลักษณะและนันทนาการ การดูแลสุขภาพและสุขลักษณะส่วนบุคคล การหลีกเลี่ยงการ
รับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ การทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว การเลือกซื้ออาหาร การใช้ชีวิตประจำวัน การใช้
เวลาว่างการป้องกันโรค การหลีกเลี่ยงอบายมุข การจัดการสิ่งแวดล้อม การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การดูแล
สุขภาพจิต และการออกกำลังกาย ซึ่งจะเห็นได้ว่าความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองทางสุขภาพต้องอาศัย
องค์ประกอบที่เป็นปัจจัยที่เกิดแรงจูงใจให้นักเรียนเกิดความรู้และเข้าใจที่สามารถมีทักษะในการดูแลตนเองได้อย่าง
ถูกต้อง อีกทั้งการศึกษาของ ตวัน ประทุมสุวรรณ และบัวทอง สว่างโสภาคกุล (2564) ศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง
ความแข็งแกร่งของจิตใจกับการดูแลตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายทำให้เห็นถึงความแตกต่างของ
บุคคลที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง ดังนี้ นักเรียนที่มีเพศและระดับเกรดเฉลี่ยแตกต่างกัน มี
การดูแลตนเองแตกต่างกัน การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของนักเรียน และความ
แข็งแกร่งของจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของนักเรียน สอดคล้องกับกรนก คำโกน และคณะ
(2564) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยใช้กรอบความคิดแบบเติบโตร่วมกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ
ของเพนเดอร์ที่มีต่อความสุขของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนเดชอุดม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ได้แก่
1) การดูแลสุขภาพ 2) ออกกำลังกาย 3) อาหารเพิ่มความสุข 4) สร้างสัมพันธภาพที่ดี 5) สร้างเป้าหมายในชีวิต
6) คิดบวกเชื่อมั่น หลังให้โปรแกรมพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความสุขของนักเรียนกลุ่มทดลองหลังทดลองสูงกว่าก่อน
การทดลอง และสอดคล้องกับนันท์นภัส เพ็ชรสุวรรณ และสุเวช พิมน้ำเย็น (2560) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมการ
ส่งเสริมการปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคลต่อ ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมในการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนชาวไทย
ภูเขาเผ่าม้ง อำเภอปาง จังหวัด ลำปาง โดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้อย่างเป็นระบบ และจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้
ชุมชนมีส่วนร่วมและให้เข้ากับบริบทพื้นที่ หลังการเข้าร่วมโปรแกรม 1 วันและ 1 เดือน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย
ของ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ในการ ป้องกันโรคอุจจาระร่วง มากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และสอดคล้องกับ
ขวัญใจ ลอยแก้ว และคณะ (2562) ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์โมเดลการส่งเสริม สุขภาพ
ของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพ ประจำตำบล อำเภอบ้านคา จังหวัดราชบุรี ระยะเวลาในการทดลอง 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ โมเดลการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับความรู้ตามปกติจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำ ตำบล 1) กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยในด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ผลประโยชน์ ของการปฏิบัติ การรับรู้ อุปสรรคของการปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถของตนเอง อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับ การปฏิบัติกิจกรรม อิทธิพล ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อิทธิพลสถานการณ์ ความยึดมั่นต่อแผนการปฏิบัติ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่า กลุ่มควบคุม ซึ่งจะเห็นได้ว่าการส่งเสริมสุขภาพ บนพื้นฐานของกระบวนการเรียนรู้ผ่านโปรแกรมสุขภาพตามคุณลักษณะของบุคคล ประสบการณ์ และผ่าน กระบวนการเรียนรู้และฝึกฝนจะส่งเสริมให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามวัตถุประสงค์ของ โปรแกรมที่สร้างขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืนในพื้นที่

การนำผลวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยพบว่า โรงเรียนควรจัดกิจกรรมเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพ ตนเองในวิถีชีวิตใหม่ให้กับนักเรียนทุกชั้นปี เพื่อให้นักเรียนได้เกิดการเรียนรู้ต่อยอดองค์ความรู้เดิม หรือเสริมสร้างองค์ ความรู้ใหม่และให้เกิดทักษะชีวิต (Life Skill) ทักษะหรือความสามารถเชิงสมรรถนะเฉพาะบุคคล (Soft Skill) ที่ สามารถอยู่ในสังคมยุคปกติใหม่ได้อย่างสมดุล ควรให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมและให้ความรู้ควบคู่ไปกับ เด็ก และเปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปกครองและโรงเรียน พร้อมทั้งจัดกิจกรรมฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองในวิถีชีวิตใหม่ รวมทั้งการช่วยชีวิตพื้นฐาน เพื่อให้ผู้ปกครองได้นำกลับไปปฏิบัติกับเด็กที่บ้านได้ถูกต้อง และเด็กจะได้รับการปลูกฝังการดูแลสุขภาพตนเองในวิถีชีวิตใหม่ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การนำโปรแกรมสุขศึกษาไปขยายผลกับนักเรียนต่างระดับชั้นและต่างบริบทของพื้นที่ ควรมีการสร้างทีม สุขภาพประกอบด้วยหลายภาคส่วนระหว่างสถานศึกษา ครอบครัวและชุมชนเพื่อผลักดัน การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเองในวิถีชีวิตใหม่ในโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ทักษะชีวิต รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ตามทฤษฎีของการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่ให้ความสำคัญกับคุณลักษณะของบุคคล และประสบการณ์ของ บุคคล การคิดรู้และอารมณ์ที่จำเพาะต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมที่ได้ผ่านการเรียนรู้และฝึกฝน ควรทำการรณรงค์ หรือสร้างกิจกรรมให้กลุ่มนักเรียนใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ สร้างความเข้าใจในเรื่องของการดูแลสุขภาพตนเองให้ เหมาะสมตามวัย

รายการอ้างอิง

- กรกนก คำโกน, จินตนา สรายุทธพิทักษ์, รัชณี ขวัญบุญจัน, และสุนะ ดิงศภักดิ์. (2564). ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริม สุขภาพโดยใช้กรอบความคิดแบบเติบโตร่วมกับรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่มีต่อความสุขของ เรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนเดชอุดม. *วารสารสุขศึกษา พลศึกษา และสันติภาพ*. 47(1), 332-344.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2566 จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- กฤษมล สมรักษ์, นารี ฝอยทอง, เกศินี หาญจันสิทธิ์, และอรุณราช บุรณะคงคาตรี. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรม สุขศึกษาโรคพยาธิใบไม้ตับของพลทหาร จังหวัดอุบลราชธานี. *การประชุมวิชาการระดับชาติพยาบาลสงคราม วิจัย ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ.2563*. (หน้า 1119-1130), พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยราชภัฏพิษณุโลกสงคราม.

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2564). แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติพ.ศ. 2561-2580. สืบค้น 1 กุมภาพันธ์ 2566, จาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/1-Stability1.pdf>.
- ก้องเกียรติ เขยชม. (2564). ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในกลุ่มจังหวัดภาคใต้ฝั่งอันดามัน. *วารสารวิชาการกีฬา มหาวิทยาลัยแห่งชาติ*. 13(2), 170-180.
- ขวัญใจ ลอยแก้ว, สุรีย์พันธุ์วรพงษ์, ธวัชชัย วรพงษ์ และเกษม ชูรัตน์. (2562). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาโดยประยุกต์โมเดลการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อำเภอบ้านคาจังหวัดราชบุรี. *วารสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*. 63(4), 283-296.
- จิตดาวดี วิจารณ์, นฤมล คำสมบัติ, เกศินี ชาญจันท์ และอรุณ ชูระณะคงคาศรี. (2563). ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพศึกษาการป้องกันโรคพยาธิต่อความรู้และการรับรู้ภาวะสุขภาพ ของพลทหาร จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*, 3(2), 44-56.
- ชลธิชา แป้นเชื้อ, สุวิมล ติกรานันท์ และกมลทิพย์ ศรีหาเศษ. (2564). การศึกษาองค์ประกอบการดูแลรักษาสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 4. *วารสารสหวิทยาการมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*. 4(3), 970-981.
- ณัฐหทัย นิธิศัย และณัฐชา กำแพงแก้ว. (2564). ระบบสาธารณสุขไทย : ความท้าทายในสถานการณ์วิกฤติ. *วารสาร มจร การพัฒนาลังคม*. 6(3), 174-188.
- นันทน์ภัส เพ็ชรสุวรรณ และสุเวช พิมน้ำเย็น. (2560). ผลการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการปฏิบัติสุขอนามัยส่วนบุคคลต่อ ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมการป้องกันโรคอุจจาระร่วงในชุมชนชาวไทยภูเขาเผ่าม้ง อำเภองาว จังหวัดลำปาง. *สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*. 6(1), 15-26.
- ตะวัน ประทุมสุวรรณ และบัวทอง สว่างโสภาคกุล. (2564). การเห็นคุณค่าในตนเอง ความแข็งแกร่งของจิตใจกับการดูแลตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบดินทรเดชา(สิงห์ สิงหเสนี) 2 กรุงเทพมหานคร. *วารสารสมาคมนักวิจัย*. 26(1), 308-323.
- ประไพ กิตติบุญฉวี, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ และศักดิ์มงคล เชื้อทอง. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน. *วารสาร มจร การพัฒนาลังคม*. 7(2), 71-84.
- วรรัตน์ ทิพย์รัตน์, กนกพรรณ พรหมทอง และมนตรี รักภักดี. (2564). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และค่าดัชนีลูกน้ำ ยุงลาย จังหวัดตรัง. *วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*. 40(5), 71-84.
- สุนารี ทะนะเป็ก. (2562). ผลของโปรแกรมสุขภาพศึกษาเพื่อสร้างเสริมการรู้เท่าทันสื่อโฆษณาผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพและความงามของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในจังหวัดสุโขทัย. *วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์*. 13(1), 1-16.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2561). ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2561-2580. สืบค้นเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2566, จาก https://www.nesdc.go.th/download/document/SAC/NS_PlanOct2018.pdf.
- อรุณ จิรวัฒน์กุล. (2553). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย*. กรุงเทพฯ: วิจัยพัฒนา.
- Bloom, Benjamin S., et al. (1971). *Hand book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: Mc Graw-Hill Book Company.
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2006). *Health promotion in nursing practice (5th ed.)*. New Jersey: Pearson Education, Inc.

การพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

The Development of Local Malay Language Media for Assessment and Promotion
of Early Childhood Development Che Bilang Sub-district,
Mueang District, Satun Province

โสพินทร์ แก้วมณี

Spoim Keawmanee

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง
Chebilang Subdistrict Health Promotion Hospital

(Received: February 26, 2023; Revised: August 26, 2023; Accepted: August 27, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนาสื่อและประเมินผลการใช้สื่อภาษามลายูท้องถิ่นแบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาโดยใช้แบบสอบถามความรู้ ทักษะและความพึงพอใจต่อการใช้สื่อและแบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย 2) พัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นโดยใช้แนวคิดของ ADDIE มี 5 ขั้นตอน ได้แก่ วิเคราะห์ ออกแบบ พัฒนา นำไปใช้ และประเมินผล และ 3) ประเมินผลสัมฤทธิ์การใช้สื่อโดยใช้แบบสอบถามความรู้ ทักษะและความพึงพอใจต่อการใช้สื่อและแบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย กลุ่มตัวอย่างเป็นเด็กปฐมวัยจำนวน 54 และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจำนวน 38 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ Dependent t-test ผลวิจัย พบว่า

1. สภาพปัญหาพบว่าเด็กปฐมวัยมีความครอบคลุมในการประเมินพัฒนาการร้อยละ 94.44 สมวัย ร้อยละ 72.54 สงสัยล่าช้าด้านการใช้ภาษาร้อยละ 35.71 การติดตามเยี่ยม 84.61 มีส่วนร่วม ร้อยละ 46.29 ส่วนในบุคลากรพบว่า มีระดับความรู้การใช้ภาษามลายูท้องถิ่น ร้อยละ 68.42 มีทักษะร้อยละ 81.58 และพึงพอใจต่อการใช้สื่อ ร้อยละ 65.79

2. การพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่น โดยใช้แนวคิดของ ADDIE Model สื่อที่ได้จากการพัฒนา ได้แก่ คู่มือ E-book ภาพพลิก และการ์ดคำ

3. ผลจากการใช้สื่อภาษามลายูท้องถิ่น ในเด็กปฐมวัย พบว่า ความครอบคลุมในการประเมินพัฒนาการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 94.44 เป็นร้อยละ 100 พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 72.54 เป็นร้อยละ 88.88 สงสัยล่าช้าด้านการใช้ภาษาลดลงจากร้อยละ 35.71 เป็นร้อยละ 7.14 ติดตามเยี่ยมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.61 เป็นร้อยละ 100 มีส่วนร่วมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.29 เป็นร้อยละ 81.48 ในบุคลากร พบว่าระดับความรู้ ทักษะและพึงพอใจต่อการใช้สื่อภาษามลายูท้องถิ่น หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)

การพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นควรได้รับการสนับสนุน การมีส่วนร่วมของชุมชน จะช่วยให้เกิดการบูรณาการในการสื่อสาร และควรใช้สื่อที่เหมาะสม ในการดึงดูดความสนใจ เช่น สี รูปภาพ ภาษาที่เข้าใจง่าย เพื่อให้เด็กปฐมวัยเกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ ช่วยส่งเสริมพัฒนาการและผลสัมฤทธิ์ที่ดีต่อเด็กปฐมวัย

คำสำคัญ: ภาษามลายูท้องถิ่น, สื่อภาษามลายูท้องถิ่น, การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pond787@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 085-6403751)

Abstract

This research and development aimed to study the problem condition, media development of local Malay language and evaluation the media. The research was divided into 3 phases: 1) Studying the problem condition by using a knowledge questionnaire, the skills and satisfaction of media usage and the early childhood development assessment questionnaire; 2) Developing of translation media using the concept of ADDIE covering 5 steps, analyzing, designing, developing, applying and evaluating; and 3) Evaluating the use of media using a knowledge questionnaire, the skills and satisfaction of media usage and the early childhood development assessment questionnaire. The sample consisted of 54 early childhood children and 38 personnel involving in promoting early childhood development. Data were analyzed by descriptive statistics and Dependent t-test. The results revealed that:

1. Regarding the problem condition, the early childhood children had the developmental assessment covering 94.44% with having age appropriate development 72.54%, suspecting of delay in language use 35.71%, follow-up visits 84.61%, and participation 46.29%. The personnel had their knowledge level in using local Malay language 68.42%, skills 81.58%, and satisfaction with the use of media 65.79%.

2. The development of translation media using the concept of the ADDIE model included a manual, E-book, flip images and word cards.

3. The results of the use of the translation media in the early childhood children showed that the coverage of developmental assessment increased from 94.44% to 100%, age-appropriate development increased from 72.54% to 88.88%, suspicion of delayed development in language usage decreased from 35.71% to 7.14%, follow-up visits increased from 84.61% to 100%, and participation increased from 46.29% to 81.48%. The personnel had their knowledge level, skills and satisfaction of using the translation media after the experiment significantly higher than before the experiment ($P < 0.05$).

The development of translation media should be encouraged. Community participation can help to integrate communication. The media should be appropriate and interesting by using colors, images, as well as appropriate and easy language to understand which the early childhood children can understand and be able to perform activities helping to promote their development and good achievements.

Keywords: Local Malay, translation media, Early Childhood Development Assessment

บทนำ

สตูล เป็นจังหวัดที่มีวัฒนธรรม และวิถีการดำเนินชีวิตเช่นเดียวกับสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเฉพาะวัฒนธรรมในเรื่องวิถีการดำเนินชีวิต ความเป็นอยู่ของประชากร เป็นแบบสังคมพหุลักษณะ มีวัฒนธรรมและประเพณีที่หลากหลาย ทั้งเชื้อสายไทย จีนและมลายู อีกทั้งบางพื้นที่ยังมีการใช้วัฒนธรรมด้านภาษามลายูท้องถิ่นในการพูดคุยสื่อสาร โดยเฉพาะในเขตอำเภอเมืองสตูล ซึ่งได้แก่ ตำบลเจ๊ะบิลัง ตำบลบ้านควน ตำบลปูลู และตำบลตันหยงโป พบว่าประชาชนยังใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการสื่อสารร้อยละ 70 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของศอลาสุดดิน สماعيل (2561) ได้ศึกษาการใช้คำศัพท์ภาษามลายูในภาษาไทยถิ่นใต้สตูลพบว่า อำเภอเมืองมีการใช้คำศัพท์ภาษามลายูมากที่สุด ร้อยละ 27 รองลงมา อำเภอควนโดน ร้อยละ 23.42 และ อำเภอละงู ร้อยละ 19.3 การใช้ภาษาจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะ

ช่วยให้เกิดความเข้าใจ การเข้าถึง รวมทั้งเกิดประโยชน์ต่อประชาชนในพื้นที่ ซึ่งต้องมีความสอดคล้อง เหมาะสมกับประชาชนในพื้นที่ และลักษณะของกลุ่มวัยต่างๆ โดยเฉพาะเด็กวัยแรกเกิด-5 ปี ซึ่งเป็นช่วงวัยที่มีการเจริญเติบโตอย่างเห็นได้ชัด หากเด็กได้รับการส่งเสริมด้านทักษะด้านภาษาอย่างเพียงพอ จะทำให้การเรียนรู้เป็นไปได้อย่างดีเยี่ยมจะส่งผลดีต่อพัฒนาการเด็ก ผลสำเร็จของการดำเนินงานเห็นได้ชัดเจนจากผลที่เกิดขึ้น เด็กมีความสุขกล้าคิด กล้าแสดงออก รักการอ่านเขียน มีความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งส่งผลดีต่อพัฒนาการทั้งในส่วนของการพัฒนาทางภาษา (ภาษามลายูถิ่นและภาษาไทย) และความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาสาระอื่น ๆ (สุวิไล เปรมศรีรัตน์, 2562)

จากสถานการณ์ประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่า อัตราความครอบคลุมในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ร้อยละ 70 ,ร้อยละ 75 และร้อยละ 95.07 ตามลำดับ มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70, ร้อยละ 76, และร้อยละ 74.22 ตามลำดับ ได้รับการติดตามเยี่ยม ร้อยละ 83.4 , ร้อยละ 84.9 ร้อยละ 89 ตามลำดับ และเมื่อนำผลการประเมินพัฒนาการเด็กทั้ง 5 ด้าน มาวิเคราะห์ พบว่า เด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุดในด้านการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ 23.64 รองลงมา คือ ด้านการเข้าใจภาษา (RL) ร้อยละ 21.62 ด้านการใช้กล่อมเนื้อมัดเล็กสติปัญญา (FM), ด้านการช่วยเหลือช่วยเหลือตัวเอง และสังคม (PS) มีจำนวนเท่ากัน คือ ร้อยละ 19.59 และด้านการเคลื่อนไหว (GM) ร้อยละ 15.54 ตามลำดับ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าเด็กในพื้นที่ที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในด้านการใช้ภาษาและด้านการเข้าใจภาษาค่อนข้างมาก ในขณะที่บุคลากรผู้ให้บริการไม่สามารถสื่อสารเป็นภาษามลายูท้องถิ่นได้ การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมา ใช้การสื่อสารด้วยการแสดงท่าทาง การนำญาติมาช่วยในการสื่อสาร และจัดให้มีจิตอาสาช่วยบริการ แต่ยังพบปัญหาเนื่องจากในบางครั้ง ญาติและจิตอาสาไม่ได้มาช่วยสื่อสารทุกครั้ง นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานอื่นๆ ก็ประสบปัญหาในเรื่องการสื่อสารเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนระดับประถมศึกษา ซึ่งปัญหาดังกล่าวหากไม่ได้รับการแก้ไขก็จะส่งผลต่อพัฒนาการและการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัยในพื้นที่

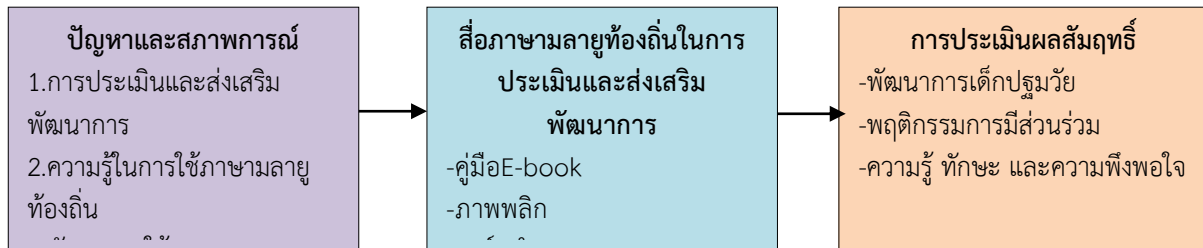
ดังนั้นผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล เพื่อนำผลการศึกษาและการพัฒนาที่ได้ มาเป็นแนวทางในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ให้เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการและวิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่ โดยส่งผลให้เด็กปฐมวัยได้รับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการตามวัย มีการเจริญเติบโตและมีพัฒนาการที่สมวัยมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาในเรื่องการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการสื่อสารในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล
2. เพื่อพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล
3. เพื่อประเมินผลการใช้สื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and development) ได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำแนวคิด ADDIE Model (Seels & Glasgow, 1998) มาใช้ในการพัฒนาสื่อ ซึ่งมี 5 ขั้นตอนดังนี้ 1.ขั้นการวิเคราะห์ (A : Analysis) 2.ขั้นออกแบบ (D : Design) 3.ขั้นพัฒนา (D : Development) 4. ขั้นการนำไปใช้ (I : Implementation) และ 5. ขั้นการประเมินผล (E : Evaluation) โดยมีกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยมีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาปัญหา สถานการณ์ ในเรื่องการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในพื้นที่และการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) เด็กปฐมวัยที่มีอายุ 30 เดือน 42 เดือนและ 60 เดือน มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอมือเบะ จังหวัดสตูล จำนวน 153 คน 2) บุคลากรในพื้นที่ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอมือเบะ จังหวัดสตูล จำนวน 59 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เด็กปฐมวัยที่มีอายุ 30 เดือน 42 เดือนและ 60 เดือน มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอมือเบะ จังหวัดสตูล คัดเลือกกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เป็นเด็กปฐมวัยที่มีรายชื่อเด็กที่ตรวจพัฒนาการในช่วง กรกฎาคม - ธันวาคม 2564 สื่อสารด้วยภาษามลายูท้องถิ่น สามารถติดต่อสื่อสารได้สะดวก จำนวน 54 คน 2) บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอมือเบะ จังหวัดสตูลในช่วง มีนาคม- ธันวาคม 2564 มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ติดต่อสื่อสารได้สะดวก จำนวน 38 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือ DSPM มี 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว(GM) กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) การเข้าใจภาษา (RL) การใช้ภาษา (EL) การช่วยเหลือตนเองและการเข้าสังคม (PS)
2. แบบบันทึกพฤติกรรมความร่วมมือในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 10 ข้อเป็นมาตรวัด มี 3 ระดับ คือ มีส่วนร่วมมาก มีส่วนร่วมปานกลางและมีส่วนร่วมน้อย
3. แบบประเมินความรู้การสื่อสารด้วยภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการจำนวน 10 ข้อเป็นแบบลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบ มี 2 ระดับคือ ใช่ ไม่ใช่ ตอบถูก 1 ข้อ ได้ 1 คะแนน ตอบผิด 1 ข้อได้ 0 คะแนน
4. แบบประเมินทักษะการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของบุคลากรจำนวน 10 ข้อเป็นมาตรวัด มี 3 ระดับ คือทักษะมาก ทักษะปานกลาง และทักษะน้อย
5. แบบประเมินความพึงพอใจการใช้ภาษามลายูท้องถิ่น ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของบุคลากร จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัด มี 3 ระดับ คือพึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลางและพึงพอใจน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบและพิจารณาก่อนนำไปใช้เสนอแก่ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ผ่านการตรวจสอบและพัฒนาจนนำไปใช้ในพื้นที่ใกล้เคียงในตำบลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนึ่งไป ผลการตรวจสอบและพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญพบว่า ดัชนีความสอดคล้องได้ค่าระหว่าง .67 – 1.00 เมื่อนำเครื่องมือไปใช้แล้ว นำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามความรู้การสื่อสารด้วยภาษามลายูท้องถิ่นได้ค่า Kuder

Richardson 20 เท่ากับ .73 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการมีส่วนร่วม ทักษะการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นและความพึงพอใจใช้ภาษามลายูท้องถิ่น ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .71, .72 และ .73 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์จากการเก็บข้อมูล รวมทั้งทำการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย นัดวันเวลาและสถานที่ ในการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งใช้สถานที่บ้าน ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง การเก็บข้อมูล การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการประเมินพัฒนาการของเด็กปฐมวัย จำนวน 54 คน และ การเก็บข้อมูลในเรื่องความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจต่อชุดเครื่องมือของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 38 คน เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ใช้สถิติ เชิงพรรณนา (descriptive analysis) ได้แก่ แจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ

2. แบบประเมินพฤติกรรมมีส่วนร่วมในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย แบบทดสอบความรู้, ทักษะ ความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์แปลภาษาในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยใช้สถิติแจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 2 พัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ผู้วิจัยได้การนำข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สภาพปัญหาสถานการณ์ ในเรื่องการพัฒนาและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและออกแบบบทเรียนตามแนวทาง ADDIE Model (Seels and Glasgow, 1998) มาใช้ในการพัฒนาสื่อดังนี้

1. วิเคราะห์สภาพปัญหาสถานการณ์ (Analyze) การใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและบุคลากร ที่ผ่านมารวบรวมข้อมูลปัญหาและความต้องการและสรุป เพื่อใช้เป็นข้อมูลเชื่อมโยงการแก้ปัญหาและพัฒนา รูปแบบของสื่อ ทบทวนวรรณกรรมและเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดเนื้อหา ของสื่อความรู้ ที่เหมาะสม

2. ขั้นตอนการออกแบบ (Design Phase) โดยวิธีระดมสมองจากผู้เชี่ยวชาญด้านการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นจากกลุ่ม จิตอาสา และผู้เชี่ยวชาญทางด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 3 ท่านเพื่อให้ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ต่อองค์ประกอบสื่อและ รูปแบบ กิจกรรมการพัฒนา การวัดและการประเมินผล ดังนี้

2.1 กำหนดรูปแบบและประเภทของเครื่องมือสื่อ ได้แก่ คู่มือ, E-book, ภาพพลิก, การ์ดคำ โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1.1. E-book เป็นสื่อภาษามลายูท้องถิ่นที่ใช้ในการสื่อสารในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ที่สร้างขึ้นด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ มีลักษณะเป็นเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ เป็นแฟ้มข้อมูลที่สามารถอ่านเอกสารผ่านทางหน้าจอคอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์เคลื่อนที่ ทั้งในระบบออฟไลน์และออนไลน์

2.1.2. ภาพพลิก เป็นสื่อภาษามลายูท้องถิ่นที่ใช้ในการสื่อสารในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย ทัศนวิสัยที่เป็นชุดของภาพ ตัวอักษร เนื้อหาที่น่าสนใจและเข้าใจง่าย ซึ่งนำมารวมเข้าเป็นเรื่องราวให้มีความต่อเนื่องสัมพันธ์กันตั้งแต่ต้นจนจบ จำนวนประมาณ 10-15 แผ่น โดยภาพพลิกใช้เป็นสื่อ คู่มือและใช้กับกลุ่มที่มีขนาดไม่เกิน 20-30 คน

2.1.3. การ์ดคำเป็นสื่อภาษามลายูท้องถิ่นที่ใช้ในการสื่อสารในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในรูปแบบกระดาษ โดยจะประกอบไปด้วย เนื้อหาคำศัพท์ภาษามลายูท้องถิ่นสั้นๆ มีรูปภาพ สีสน เพื่อให้จดจำ เข้าใจง่ายและกระตุ้นความสนใจทั้งผู้ใช้และผู้อ่าน

2.2 เขียนเค้าโครงการพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย นำเสนอ ผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา การใช้ภาษา และการใช้ภาพประกอบเพื่อให้น่าสนใจ

2.3 ออกแบบลำดับข้อมูล สื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ได้แก่ คู่มือ, E-book, การ์ดคำ

2.4 นำสื่อที่ได้เสนอผู้เชี่ยวชาญ ล่ามภาษามลายูท้องถิ่น จิตอาสา และผู้เชี่ยวชาญทางด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย ตรวจสอบความเหมาะสมด้านเนื้อหา และปรับแก้ตาม คำแนะนำ

3. ขั้นการพัฒนา (D : Development) สร้างแบบประเมินคุณภาพสื่อและประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของสื่อ ตรวจสอบ ความถูกต้องและปรับปรุงแบบชุดเครื่องมือตามคำแนะนำของ ผู้ทรงคุณวุฒิ

4. ขั้นตอนการนำไปใช้ (Implementation Phase) หลังจากปรับปรุงตามคำแนะนำ ของผู้เชี่ยวชาญ แล้ว จึงนำสื่อภาษามลายูท้องถิ่น ไปทดสอบใช้ในกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนึ่งไป เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และกระบวนการนำไปใช้จริงในพื้นที่หมู่ที่ 1 หมู่ที่ 2 และหมู่ที่ 5 ตำบลเจ๊ะบิลัง การพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นการนำข้อมูลจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ออกแบบบทเรียนตามแนวทาง ADDIE Model (Seels and Glasgow, 1998) ตั้งแต่ศึกษาสภาพปัญหาสถานการณ์ การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจากการศึกษาขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนาสื่อ โดยจัดกิจกรรมรูปแบบพัฒนาสื่อ และตรวจสอบความเที่ยงตรงของสื่อโดยนำรูปแบบไประดมสมองเพื่อให้ความคิดเห็น ข้อเสนอแนะจากล่าม จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจำนวน 1 คน โรงพยาบาลสตูลจำนวน 1 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจำนวน 1 คน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 คน รวม 7 คน จากนั้นปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ปรับปรุงแก้ไข สื่อตามข้อเสนอแนะ ก่อนนำไปทดลองใช้ โดยดำเนินการขั้นตอนที่ 1 เดือน เมษายน –มิถุนายน 2564 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ระหว่างเดือนกรกฎาคม – ธันวาคม 2564

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้สื่อภาษามลายูท้องถิ่น ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล ผู้วิจัยประเมินผลการใช้สื่อภาษามลายูท้องถิ่นโดยการประเมินผลก่อนและหลังการใช้สื่อ และใช้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียวกัน (One Group Pretest-posttest Design) โดยมีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) เด็กปฐมวัยที่มีอายุ 30 เดือน 42 เดือนและ 60 เดือน มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ ต.เจ๊ะบิลัง อ.เมือง จ.สตูล จำนวน 153 คน 2) บุคลากรในพื้นที่ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล จำนวน 59 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เด็กปฐมวัยที่มีอายุ 30 เดือน 42 เดือนและ 60 เดือน มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล คัดเลือกกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เป็นเด็กปฐมวัยที่มีรายชื่อเด็กที่ตรวจพัฒนาการในช่วง กรกฎาคม- ธันวาคม 2564 สื่อสารด้วยภาษามลายูท้องถิ่น สามารถติดต่อสื่อสารได้สะดวกจำนวน 54 คน และ 2) บุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย คัดเลือกกลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง เป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ ต.เจ๊ะบิลัง อ.เมือง จ.สตูล ในช่วง มีนาคม- ธันวาคม 2564 มีความสนใจและยินดีเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ ติดต่อสื่อสารได้สะดวกจำนวน 38 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือ DSPM มี 5 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว(GM) กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (FM) การเข้าใจภาษา (R) การใช้ภาษา (E) การช่วยเหลือตนเองและการเข้าสังคม (PS)

2. แบบบันทึกพฤติกรรมกรรมกรมีส่วนร่วมในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 10 ข้อเป็นมาตรวัด มี 3 ระดับ คือ มีส่วนร่วมมาก มีส่วนร่วมปานกลาง และมีส่วนร่วมน้อย

3. แบบประเมินความรู้การสื่อสารด้วยภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมจำนวน 10 ข้อเป็นแบบลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบ มี 2 ระดับคือ ใช่ ไม่ใช่ ตอบถูก 1 ข้อ ได้ 1 คะแนน ตอบผิด 1 ข้อได้ 0 คะแนน

4. แบบประเมินทักษะการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของบุคลากร จำนวน 10 ข้อเป็นมาตรวัด มี 3 ระดับ คือทักษะมาก ทักษะปานกลาง และทักษะน้อย

5. แบบประเมินความพึงพอใจการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของบุคลากรจำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัด มี 3 ระดับ คือ พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง และพึงพอใจน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบและพิจารณาก่อนนำไปใช้เสนอแก่ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ผ่านการตรวจสอบและพัฒนาให้นำไปใช้ในพื้นที่ใกล้เคียงในตำบลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองโปลา ผลการตรวจสอบและพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญพบว่า ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง .67-1.00 เมื่อนำเครื่องมือไปใช้แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม แบบสอบถามความรู้การสื่อสารด้วยภาษามลายูท้องถิ่นได้ค่า Kuder Richardson 20 เท่ากับ .73 แบบสอบถามด้านพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วม ทักษะการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นและความพึงพอใจใช้ภาษามลายูท้องถิ่น ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .71, .72 และ .73 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ผู้วิจัยทำหนังสือถึงหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องพร้อมทั้งอธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์จากการเก็บข้อมูล รวมทั้งทำการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย นัดวันเวลาและสถานที่ ในการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง ใช้สถานที่บ้าน ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยมีการเก็บข้อมูลก่อนและหลังพัฒนาสื่อระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม -31 ธันวาคม 2564 โดยใช้แบบประเมินพัฒนาการ แบบบันทึกพฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมของเด็กปฐมวัย ส่วนการเก็บข้อมูลของบุคลากรใช้แบบสอบถามในเรื่องความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจต่อชุดเครื่องมือ เก็บข้อมูลก่อนทดลองใช้สื่อ มีระยะเวลา 2 สัปดาห์ ก่อนการทดลองใช้สื่อมีการอบรมให้ความรู้ในเรื่องการใช้สื่อภาษามลายูท้องถิ่นแก่บุคลากรเพื่อนำไปใช้ในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยมีรายละเอียดการใช้สื่อดังนี้

1. E- Book เป็นสื่อออนไลน์อิเล็กทรอนิกส์ สามารถเปิดใช้ได้บนคอมพิวเตอร์พกพา หรืออุปกรณ์มือถือ ใช้ในการสื่อสารทั้งในและนอกสถานที่สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
2. ภาพพลิก เป็นชุดสื่อสารในรูปแบบภาพและตัวอักษร เหมาะสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้กับกลุ่มที่มีขนาดไม่เกิน 20-30 คน
3. การ์ดคำ เป็นชุดสื่อสารในรูปแบบกระดาษภาพใบเล็กๆ ใช้พกพาในการสื่อสารระหว่างการเยี่ยมบ้านสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ขั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือแบบประเมินและแบบสอบถาม ฉบับเดียวกันทั้งก่อนและหลังทดลอง โดยมีระยะเวลาห่างกัน 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ แจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ
2. วิเคราะห์พฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมในการประเมินพัฒนาการ ความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจต่อการใช้อุปกรณ์แปลภาษา ใช้สถิติแจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์ผลสัมฤทธิ์การพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลเจ๊ะบิลังอำเภอเมือง จังหวัดสตูล ใช้สถิติ Pair t-test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูลเพื่อพิจารณาอนุญาตก่อนการวิจัยเมื่อวันที่ 19 สิงหาคม 2564 เลขที่ ET-ST004/2564

ผลการวิจัย

1. ปัญหาและสถานการณ์การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่

1.1 ศึกษาปัญหาและสถานการณ์การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในพื้นที่

1.1.1. กลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยจำนวน 54 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.12 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 100 ช่วงอายุ 42 เดือน ร้อยละ 38.88 ผู้เลี้ยงดูเป็นบิดามารดา ร้อยละ 61.12 มีพี่น้องจำนวน 2 คน ร้อยละ 79.4 ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนพัฒนา มีความครอบคลุม ร้อยละ 94.44 มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 72.54 ได้รับการติดตามเยี่ยม ร้อยละ 84.61 และพบว่าเด็กมีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุดด้านการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ 35.71 ส่วนการมีส่วนร่วมของเด็กปฐมวัยในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ พบว่าเด็กปฐมวัยมีส่วนร่วมในระดับต่ำ มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 46.29 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 41.17 และระดับดี ร้อยละ 14.81

1.1.2. กลุ่มตัวอย่างบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจำนวน 38 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.7 นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 68.64 ช่วงอายุ 31 - 40 ปี ร้อยละ 39.50 มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 52.6 การศึกษาปริญญาตรีหรือสูงกว่า 34.33 ประกอบอาชีพข้าราชการ ร้อยละ 52.6 มีรายได้ต่อเดือน ในช่วง 15,000 ขึ้นไป ร้อยละ 52.6 และบทบาทในชุมชนคือ อสม. ร้อยละ 47.4

1.2 การศึกษาสภาพปัญหาการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยก่อนพัฒนา พบว่าบุคลากรมีความรู้ในเรื่องการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในระดับน้อยมากที่สุด ร้อยละ 68.42 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.32 และมีความรู้ระดับดี ร้อยละ 5.26 ด้านทักษะการใช้ภาษามลายูท้องถิ่น พบว่าบุคลากรมีทักษะการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 81.58.4 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 18.42 ส่วนความพึงพอใจต่อการใช้สื่อ พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจระดับน้อย มากที่สุด ร้อยละ 65.79 รองลงมาคือพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 34.21

2. ผลการพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ผลที่ได้จากการพัฒนาทำให้มีสื่อภาษามลายูท้องถิ่น ที่ใช้ในการสื่อสารในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ให้กับบุคลากร ทั้งในสถานบริการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และโรงเรียนประถมศึกษาในพื้นที่ โดยมีเนื้อหาสาระละเอียดของสื่อประกอบไปด้วยรูปภาพและคำศัพท์มลายูท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแต่ละช่วงวัยและพัฒนาการด้านต่างๆ ได้แก่ คู่มือแปลภาษามลายูท้องถิ่นจะบิลัง E-book ภาพพลิก และการ์ดคำ

3. ประเมินผลการพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

3.1 ประเมินผลการพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในเด็กปฐมวัย จำนวน 38 คน

ตาราง 1 แสดงผลพัฒนาการสงสัยล่าช้าในแต่ละด้านของเด็กปฐมวัย ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล

ด้าน GM		ด้าน FM		ด้าน RL		ด้าน EL		ด้าน PS	
ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
14.28	7.14	7.14	7.14	28.57	7.14	35.71	7.14	14.28	7.14

ที่มา ; จากรายงานผลการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของสถานบริการ(HDC)

จากตาราง 1 ผลการประเมินพัฒนาการในแต่ละด้านของเด็กปฐมวัย ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล พบว่าเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าการใช้ภาษา (EL)มากที่สุด ร้อยละ 35.71 หลังทดลองสงสัยล่าช้าการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ 7.14

ตาราง 2 ผลการมีส่วนร่วมของเด็กปฐมวัยในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอมือ จังหวัดสตูล

ระดับการมีส่วนร่วมของเด็กปฐมวัย	ก่อนการทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับน้อย (<60%)	25	46.29	3	5.55
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60%-80%)	21	41.17	7	12.96
ระดับมาก(>80%)	8	14.81	44	81.48
รวม	51	100.0	54	100.0

จากตาราง 2 ข้อมูลการมีส่วนร่วมของเด็กปฐมวัยในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่าก่อนพัฒนาเด็กปฐมวัยมีส่วนร่วมในระดับน้อยมากที่สุด ร้อยละ 46.29 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 41.17 และระดับมากร้อยละ 14.81 หลังพัฒนามีส่วนร่วมระดับมากมากที่สุด ร้อยละ 81.48 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 12.96และในระดับน้อย ร้อยละ 5.55

3.2 ประเมินผลจากบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 38 คน

ตาราง 3 ผลการประเมินสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอมือ จังหวัดสตูล จากบุคลากร

ผลการประเมิน	ระดับ	ก่อนการทดลอง		หลังทดลอง	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.ความรู้ในการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย	น้อย (<60%)	26	68.42	0	0.00
	ปานกลาง(60%-80%)	10	26.32	3	7.89
	มาก(>80%)	2	5.26	35	92.11
2.ทักษะในการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย	น้อย(<60%)	31	81.58	0	0
	ปานกลาง(60%-80%)	7	18.42	3	7.89
	มาก(>80%)	0	0	35	92.11
3.ความพึงพอใจการใช้สื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินพัฒนาการ	น้อย(<60%)	25	65.79	0	0
	ปานกลาง (60%-80%)	13	34.21	2	5.26
	มาก(>80%)	0	0	36	94.74

จากตาราง 3 ผลการประเมินการพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจำนวน 38 คน ด้านความรู้พบว่าการพัฒนาบุคลากรมีความรู้ในการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับน้อยมากที่สุด ร้อยละ 68.42 หลังการพัฒนาบุคลากรมีความรู้ในระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 92.11 ด้านทักษะการใช้ภาษามลายูท้องถิ่น พบว่าการพัฒนาบุคลากรมีทักษะการใช้ภาษา ระดับน้อยมากที่สุด ร้อยละ 81.58 หลังการพัฒนามีทักษะการใช้ระดับมาก มากสุดร้อยละ92.11 ส่วนความพึงพอใจต่อการใช้สื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนพัฒนาบุคลากรมีความพึงพอใจระดับน้อย มากที่สุด ร้อยละ 65.79 หลังพัฒนาบุคลากรมีความพึงพอใจระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 94.74

ตาราง 4 เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์การพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ของบุคลากร จำนวน 38 คน

ผลการประเมิน	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p-value</i> (1-tailed)
ความรู้ในการใช้ภาษามลายูท้องถิ่น						
ก่อนพัฒนา	38	5.00	1.71	-11.753	37	<.001
หลังพัฒนา	38	9.55	1.14			
ทักษะการใช้ภาษามลายูท้องถิ่น						
ก่อนพัฒนา	38	13.13	3.08	-26.071	37	<.001
หลังพัฒนา	38	27.76	2.16			
ความพึงพอใจต่อการใช้สื่อภาษามลายูท้องถิ่น						
ก่อนพัฒนา	38	13.07	3.12	-26.993	37	<.001
หลังพัฒนา	38	28.15	2.00			

จากตาราง 4 การเปรียบเทียบผลการพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของบุคลากร จำนวน 38 คน ด้านความรู้ในการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยพบว่า หลังพัฒนาพัฒนา ($M=9.55$, $SD=1.14$) สูงกว่าก่อนพัฒนา ($M=5.00$, $SD=1.71$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ด้านทักษะการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยพบว่า หลังพัฒนาพัฒนา ($M=27.76$, $SD=2.16$) สูงกว่าก่อนพัฒนา ($M=13.13$, $SD=3.08$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ด้านความพึงพอใจต่อการใช้สื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยพบว่า หลังพัฒนาพัฒนา ($M=28.15$, $SD=2.00$) สูงกว่าก่อนพัฒนา ($M=13.07$, $SD=3.12$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

1. ศึกษาปัญหาและสถานการณ์ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่ามีความครอบคลุม ร้อยละ 94.44 และมีพัฒนานาการสมวัย ร้อยละ 72.54 และได้รับการติดตามเยี่ยมเพียง ร้อยละ 84.61 ซึ่งผลงานยังต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานและยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยพบว่าเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้ามากที่สุดด้านการใช้ภาษา (EL) ร้อยละ 35.71 ดังนั้นการสื่อสารกับเด็กปฐมวัยควรใช้สื่อที่เหมาะสม ภาษาที่เข้าใจง่ายเพื่อให้เด็กปฐมวัยเกิดความเข้าใจและสามารถปฏิบัติ กิจกรรมได้ ช่วยส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ที่ดีต่อเด็กปฐมวัย ซึ่งสอดคล้องกับขงกรณ์ ชื่นตา, สุภาพร แก้วใส, สมจิต แซ่ลิ้ม, เพ็ญนคร คำผา (2561) ที่พบว่า เด็กปฐมวัย ส่วนมากไม่ได้รับการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการ จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างมีคุณภาพและครอบคลุมทุกคนและสอดคล้องกับผลการศึกษาของสุวิไล เปรมศรีรัตน (2562) การทดสอบทักษะความสามารถในการอ่านและเข้าใจในภาษาต่างๆ ของคนในพื้นที่ก็ถือว่ามีความสำคัญ เนื่องจากผลที่ได้จากการทดสอบสามารถไปใช้ ประโยชน์ในด้านต่างๆ เช่น เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนของหน่วยงานต่างๆในการใช้สื่อท้องถิ่นในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้มีประสิทธิภาพในการสื่อสาร อีกทั้งยังเป็น ข้อมูลสำหรับการวางแผนการผลิตสื่อต่างๆ ให้กับผู้ผลิตสื่อท้องถิ่นในพื้นที่และให้สอดคล้องต่อความต้องการและทักษะของผู้รับสารในท้องถิ่นมากขึ้น

ส่วนการมีส่วนร่วมในการประเมินพบว่าเด็กปฐมวัยมีส่วนร่วมในระดับต่ำ มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 46.29 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ปรัชญนันท์ นิลสุข และนพพร พชรเมณี (2553) สื่อและเทคโนโลยีการศึกษามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาการศึกษา โดยเฉพาะในสามจังหวัดชายแดนใต้ เพราะเป็นพื้นที่พิเศษที่มีปัญหาอย่างต่อเนื่องยาวนานและจะยังมีต่อไปปัญหาหลักจากความคลาดเคลื่อนในประวัติศาสตร์ ศาสนาและการศึกษา โดยเฉพาะภาษาไทยของคนในพื้นที่ทำให้เป็นโจทย์สำคัญของสื่อและเทคโนโลยีการศึกษาที่จะเป็นสื่อกลางในการพัฒนาครูและนักเรียนให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องให้เข้าใจศาสนาอย่างท่องแท้และหัวใจสำคัญคือสามารถสื่อสาร

2. การศึกษาปัญหาการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของบุคลากรในพื้นที่ กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากร จำนวน 38 คน ก่อนพัฒนาพบว่าบุคลากรมีความรู้ในเรื่องการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับน้อยมากที่สุด ร้อยละ 68.42 ด้านทักษะ พบว่าบุคลากรมีทักษะการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 81.58.4 ส่วนความพึงพอใจต่อการใช้อธิบายภาษามลายูท้องถิ่น พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจระดับน้อย มากที่สุด ร้อยละ 65.79 ซึ่งควรมีการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรที่จะบรรจุและกำลังย้ายมาปฏิบัติงานในพื้นที่ให้มีความพร้อมในการสื่อสารภาษามลายูท้องถิ่นก่อนปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวิไล เปรมศรีรัตน์ (2562) การทดสอบทักษะความสามารถในการอ่านและเข้าใจในภาษาต่างๆ ของคนในพื้นที่ก็ถือว่ามีความสำคัญ เนื่องจากผลที่ได้จากการทดสอบสามารถไปใช้ ประโยชน์ในด้านต่างๆ เช่น เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนของหน่วยงานต่างๆ ในการใช้สื่อ ท้องถิ่นในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้มีประสิทธิภาพในการสื่อสาร อีกทั้งยังเป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนการผลิตสื่อต่างๆ ให้กับผู้ผลิตสื่อท้องถิ่นในพื้นที่และให้สอดคล้องต่อความต้องการและทักษะของผู้รับสารในท้องถิ่นมากขึ้น

ผลที่ได้การพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่น ตามแนวทาง ADDIE Model ทำให้มีสื่อภาษามลายูท้องถิ่นที่เป็นคู่มือ E-book ,ภาพพลิก และการ์ดคำ โดยมีเนื้อหารายละเอียดของสื่อประกอบด้วย รูปภาพและคำศัพท์มลายูท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแต่ละช่วงวัยและพัฒนาการด้านต่างๆ และ พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ให้ความสำคัญและเข้าร่วมกิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 100 โดยมีกิจกรรมพัฒนาความรู้ ทักษะในการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และพบว่า สื่อภาษามลายูท้องถิ่นที่นำไปใช้มีความสอดคล้อง เหมาะสม กับบริบทวิถีชีวิตวัฒนธรรม ช่วยส่งเสริมบุคลากรในพื้นที่ ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีทักษะในการสื่อสารในมิติใหม่ แต่ควรพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นให้ดึงดูดความสนใจ เช่น สื่อสำเร็จรูป สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การใช้สี รูปภาพ เสียงในการประกอบสื่อ รวมทั้งหน่วยงานด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานบริการสาธารณสุข ศูนย์เด็กเล็ก โรงเรียนประถมศึกษา ควรส่งเสริมขยายผลการพัฒนาสื่อไปยังพื้นที่อื่นๆ ที่มีบริบทคล้ายๆ อย่างเต็มรูปแบบ และสนับสนุนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนจะช่วยให้เกิดการบูรณาการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต อัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมเชื่อมโยงกับความรู้สมัยใหม่ และสร้างความเข้มแข็งทั้งทางด้านภาษาไทยและภาษามลายูท้องถิ่นของเด็กปฐมวัยของประเทศไทยในอนาคต ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุวิไล เปรมศรีรัตน์ (2562) การทดสอบทักษะความสามารถในการอ่านและเข้าใจในภาษาต่างๆ ของคนในพื้นที่ก็ถือว่ามีความสำคัญ เนื่องจากผลที่ได้จากการทดสอบสามารถไปใช้ ประโยชน์ในด้านต่างๆ เช่น เป็นข้อมูลสำหรับการวางแผนของหน่วยงานต่างๆ ในการใช้สื่อ ท้องถิ่นในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ให้มีประสิทธิภาพในการสื่อสาร อีกทั้งยังเป็น ข้อมูลสำหรับการวางแผนการผลิตสื่อต่างๆ ให้กับผู้ผลิตสื่อท้องถิ่นในพื้นที่และให้สอดคล้องต่อความต้องการและทักษะของผู้รับสารในท้องถิ่นมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก (2559) ที่พบว่า การส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมส่งผลให้ครอบครัวมีระดับความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับสูง

การประเมินประเมินผลการพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีการนำเสนอคุณลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่างในการทดลอง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ เด็กปฐมวัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยมีข้อมูลตัวแปรก่อนพัฒนาและหลังการพัฒนา ดังนี้

ผลการประเมินเด็กปฐมวัย จากการประเมินผลเด็กปฐมวัยจำนวน 54 คน ด้านความครอบคลุม พบว่า ก่อนพัฒนาความครอบคลุม ร้อยละ 94.44 หลังพัฒนาร้อยละ 100 ด้านพัฒนาสมวัยพบว่า ก่อนพัฒนาเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 72.54 หลังพัฒนาเด็กปฐมวัย มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 88.88 และพบว่า ก่อนพัฒนาเด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าการใช้ภาษา(EL)มากที่สุด ร้อยละ 35.71 หลังพัฒนามีพัฒนาการสงสัยล่าช้าด้านการใช้ภาษา (EL)ลดลงเหลือร้อยละ 7.14 ผลการติดตามเยี่ยมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า ก่อนพัฒนาได้รับการติดตามเยี่ยม ร้อยละ 84.61 หลังพัฒนา ร้อยละ 100 การมีส่วนร่วมของเด็กปฐมวัยในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยพบว่า ก่อนพัฒนามีส่วนร่วมในระดับน้อยมากที่สุด ร้อยละ 46.29 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 41.17 และระดับมาก ร้อยละ 14.81 หลังพัฒนา มีส่วนร่วมระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 81.48 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 12.96 และในระดับน้อย ร้อยละ 5.55 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มุนีเร้าะ ผดุง, สุรัชย์ สุขสกุลชัย, วิราพรรณ

แก้วประพันธ์, สิริพร ศรีเรือง, พิมพ์พร อนันตเสนา, รุชรินา ปาแนแจกะ (2555) ผลการวิจัย พบว่า สภาพการจัด ประสบการณ์เรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัยที่ใช้ภาษาไทยเป็นภาษาที่สองในจังหวัดยะลามีปัญหา 3 ด้าน คือ 1) เด็กไม่สามารถใช้ภาษาไทยสื่อสารในการจัดประสบการณ์เรียนรู้ได้ 2) ครูปฐมวัยมีภาระงาน ค่อนข้างมาก และ 3) โรงเรียนขาดแคลนสื่อการเรียนรู้ที่เอื้อต่อการจัดประสบการณ์เรียนรู้แบบสองภาษา (ไทย-มลายู) สำหรับแนวทางในการพัฒนา สื่อประสมสองภาษาผู้บริหารโรงเรียนและครูปฐมวัย ควรเป็นสื่อที่เหมาะสมกับจำนวนเด็กและกิจกรรมการจัด ประสบการณ์เรียนรู้ สอดคล้องตามหลักสูตรการศึกษาปฐมวัยพ.ศ. 2546 โดยเป็นสื่อที่让孩子มีส่วนร่วมและเน้นเด็ก เป็นสำคัญ

ระดับความรู้ของบุคลากรในการใช้ภาษามลายูท้องถิ่น จำนวน 38 คน พบว่าก่อนพัฒนาบุคลากรมีความรู้ใน การใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับน้อยมากที่สุดคือ ร้อยละ 68.42 ส่วนหลังการพัฒนาบุคลากรมีความรู้ในระดับมาก มากสุด ร้อยละ 92.11 และจากการเปรียบเทียบความรู้การใช้ภาษา มลายูท้องถิ่นพบว่า ก่อนพัฒนามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.0 ค่า S.D เท่ากับ 1.71 และหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.55 ค่า S.D เท่ากับ 1.14 ผลต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม เท่ากับ 19 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.00) ซึ่ง สอดคล้องกับอริสรา ทองเหม (2562) ภาควิชาครุศาสตร์ศึกษาศาสตร์ โดยเฉพาะองค์ประกอบส่วนท้องถิ่น แกนนำชุมชน โรงเรียน มีส่วน ร่วมในการดำเนินงาน สนับสนุนให้มีการจัดทำแผน บรณาการเด็กปฐมวัย ในพื้นที่ให้ โดยยึดเด็กเป็น ศูนย์กลาง มุ่งประโยชน์ให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยพร้อมเรียนรู้ พร้อมรณรงค์สร้างความรอบรู้การเลี้ยงดูเด็กให้พ่อแม่ ผู้ เลี้ยงดูให้เล่นกับ เด็กอย่างมีคุณภาพ และดูแลให้เด็กใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษาของ วัฒนา สว่างศรี (2561) ได้ทำการศึกษาการพัฒนาแบบการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม ภายหลังการพัฒนาพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายส่งผลให้เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการภายใน 1 เดือน และ ส่งต่อเพื่อพบแพทย์เพิ่มมากขึ้นทำให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย

ระดับทักษะการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นของบุคลากร พบว่าก่อนพัฒนาบุคลากรมีทักษะการใช้ภาษามลายู ท้องถิ่น ระดับน้อยมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 81.58.4 ส่วนหลังการพัฒนา บุคลากรมีทักษะ ระดับมากมากที่สุดร้อยละ 92.11 และจากการเปรียบเทียบทักษะการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นของบุคลากร พบว่าก่อนพัฒนา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 13.13 ค่า S.D เท่ากับ 3.08 และหลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 27.76 ค่า S.D เท่ากับ 2.16 ผลต่างค่าเฉลี่ยภายในกลุ่ม เท่ากับ 37 มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.00) ซึ่งสอดคล้องกับ นุชฤดี รุ่ยใหม่ (2556) ที่พบว่า การใช้สื่อเพลง 2 ภาษา เด็กปฐมวัยส่วนใหญ่มีความเต็มใจในการร่วมประกอบการสอน มีการชื่นชอบในการใช้เพลง 2 ภาษา การใช้ บัตรภาพวิภาพ ประกอบการสอนพบว่าเด็กสนใจที่จะเรียนรู้มากขึ้น และการรู้คำศัพท์ของเด็กปฐมวัยหลังกิจกรรมการ ร้องเพลงและสื่อทวิภาษาสูงขึ้นและทักษะการพูดของเด็กปฐมวัยหลังกิจกรรมการร้องเพลงและสื่อทวิภาษาสูงขึ้น

ระดับความพึงพอใจต่อการใช้อีสื่อภาษามลายูท้องถิ่นในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของ บุคลากร ก่อนพัฒนาบุคลากรมีความพึงพอใจระดับน้อย มากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 65.79 หลังพัฒนาบุคลากรมีความพึง พ้อใจระดับมาก มากที่สุด ร้อยละ 94.74 รองลงมา คือ พึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 5.26 และการเปรียบเทียบ เปรียบเทียบความพึงพอใจการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของบุคลากร พบว่า ก่อนพัฒนา มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 13.07 ค่า S.D เท่ากับ 3.12 และหลังทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 28.15 ค่า S.D เท่ากับ 2.00 ผลต่างค่าเฉลี่ยภายใน กลุ่ม เท่ากับ 37 มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.00) ซึ่ง สอดคล้องกับผลการวิจัย องค์การศึกษา วิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่ง สหประชาชาติ (UNESCO) ที่ชี้ให้เห็นผลดีของการ ใช้ภาษาท้องถิ่นที่เป็นภาษาแม่เป็น ฐานในการจัดการศึกษาและ สอดคล้องกับการศึกษาของศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก (2559) และได้ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมภายหลังการพัฒนาพบว่า การมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายส่งผลให้เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการภายใน 1 เดือนและส่งต่อเพื่อพบแพทย์เพิ่มมากขึ้นทำให้เด็กมีพัฒนาการ ที่สมวัย

การนำผลวิจัยไปใช้

1. เครือข่ายสุขภาพเช่น ครัวเรือนพัฒนาเด็กเล็ก ผู้ดูแลเด็ก และ อสม. มีส่วนสำคัญในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จึงควรได้รับการพัฒนาศักยภาพในด้านความรู้และทักษะและการปฏิบัติตนในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กอย่างต่อเนื่อง
2. การพัฒนาสื่อควรได้รับการสนับสนุน ทรัพยากรดำเนินงาน เช่นงบประมาณเพื่อจัดประชุมชี้แจง วัสดุอุปกรณ์ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้กับเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่
3. หน่วยงานอื่นๆที่มีปัญหาในเรื่องการสื่อสารเด็กปฐมวัยควรส่งเสริมการผลิตสื่อสองภาษาทั้งภาษาไทยและภาษามลายูเพื่อช่วยในการส่งเสริมการเรียนรู้ของเด็กปฐมวัย
4. ควรมีการเตรียมความพร้อมให้กับบุคลากรที่จะบรรจุและกำลังย้ายมาปฏิบัติงานในพื้นที่ให้มีความพร้อมในการสื่อสารภาษามลายูท้องถิ่นก่อนปฏิบัติงาน เช่นการจัดระบบสรรหา ฝึกอบรม พัฒนา และบรรจุแต่งตั้งบุคลากรที่มีถิ่นภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรวิจัยพัฒนาสื่อภาษามลายูท้องถิ่นให้ดึงดูดความสนใจ ในการส่งเสริม สื่อสำเร็จรูป สื่ออิเล็กทรอนิกส์ สีสันรูปภาพ เสียง ให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
2. ควรวิจัยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนจะช่วยให้เกิดการบูรณาการที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมเชื่อมโยงกับความรู้สมัยใหม่ ช่วยยกระดับ และสร้างความเข้มแข็งทั้งทางด้านภาษาไทยและภาษามลายูท้องถิ่นของเด็กปฐมวัยในประเทศไทยในอนาคต

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทยปี 2559. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- ชฎาภรณ์ ชื่นตา, สุภาพร แก้วใส, สมจิต แซ่ลิ้ม, เพ็ญนคร คำผา. (2561). โครงการศึกษาวิจัยการพัฒนาการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ. ยโสธร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.
- นุชฤดี รุ่งใหม่. (2556). การพัฒนาทักษะการพูดและการรู้คำศัพท์ของเด็กปฐมวัยในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่สังกัดศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นโดยใช้กิจกรรมร้องเพลงและสื่อทวิภาษา. สืบค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2559.จาก <https://www.doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?ResolveDOI=10.14457/SDU.res.2013.40>
- ปรัชญนันท์ นิลสุข. (2553). สื่อและเทคโนโลยี การศึกษาเพื่อพัฒนาการศึกษา จังหวัดชายแดนใต้. วารสารวิทยาสารภาครวม. 21(3), 107-118.
- มุนีเร้าะ ผดุง, สุรัชย์ สุขสกุลชัย, วิราพรณ แก้วประพันธ์, สิริพร ศรีเรือง, พิมพ์พรณ อนันทเสนา, รุชรีนา ปาแนแจกะ. (2555). สภาพการจัดประสบการณ์เรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัยที่ใช้ภาษาไทยเป็นภาษาที่สองและแนวทางในการพัฒนาสื่อประสมสองภาษา;กรณีศึกษาจังหวัดยะลา. วารสารปาริชาติ, 25(1), 31-39.
- วัฒนา สว่างศรี. (2561). การศึกษาการพัฒนาแบบการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วม. สืบค้นเมื่อ 11 มิถุนายน 2561. จาก <http://mkho.moph.go.th/research2018/showdata2.php?id=157>
- ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก. (2559). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1-3 ปี โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม:กรณีศึกษาชุมชน ตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. สืบค้นเมื่อ 18 กรกฎาคม 2559. จาก https://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/article_detail.php?ArticleID=183144
- ศอลาฮุดดีน สมานูน. (2561). การศึกษาการใช้คำศัพท์ภาษามลายูในภาษาไทยถิ่นใต้สตุลเพื่อสร้างกระบวนการเรียนรู้ของนักศึกษา. วารสารสารสนเทศ, 17(1), 133-142.

- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือโรงเรียน พ่อ แม่ เพื่อลูก*รัก “สุขภาพดี สมองดี อารมณ์ดี มีความสุข”. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: นวัตกรรมดาการพิมพ์จำกัด.
- สุวิไล เปรมศรีรัตน์. (2562). *การจัดการเรียนการสอนโดยใช้ภาษาท้องถิ่นและภาษาไทยเป็นสื่อ: กรณีการจัดการศึกษาแบบทวิภาษา(ภาษาไทย-มลายูถิ่น) ในโรงเรียนเขตพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ (ระยะที่ 3)*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- อาริสรา ทองเหม, จินตนา พัฒนพงศ์ธร. (2564). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัย: กรณีพื้นที่โครงการพัฒนาเพื่อความมั่นคงในพื้นที่ชายแดนอันเนื่องมาจากพระราชดำริเขตกองทัพภาคที่ 3*. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2564 จาก https://www.hp.anamai.moph.go.th/web-upload/4xceb3b571ddb70741ad132d75876bc41d/202106/m_news/35025/204972/file_download/41fe3e77eb3ae4c2cafc13c52979daf6.pdf
- Seels, B. & Glasgow, Z. (1998). *Making Instructional Design Decisions*. OH: Columbus. Prentice Hall

ผลของโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป

The Effect of Problem-solving Therapy Program on Anxiety Symptoms in Patient with Generalized Anxiety Disorder

เมธี สุทธิศิลป์^{1*}, วลัยลักษณ์ พันธุ์²

Mathee Sootthasil¹, Walailak Panturee²

คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น¹

ฝ่ายวิจัยและบริการวิชาการ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น²

Faculty of Public Health, Northern College¹

Research and Academic Services Department, Northern College²

(Received: January 1, 2023; Revised: August 28, 2023; Accepted: August 28, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา และเปรียบเทียบอาการวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรควิตกกังวลที่มารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง มีอายุ 18 ปีขึ้นไป คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 ราย กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 30-60 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ การรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และ แบบวัดอาการวิตกกังวล ที่มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติที่ใช้คือ t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. เฉลี่ยคะแนนอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยภายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาลดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M=40.04$, $SD=3.72$; $M=27.04$, $SD=4.62$; $t=14.024$, $p<0.05$)

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา หลังจากเสร็จสิ้นการทดลองแตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($D_1=-13.87$, $D_2=-3.60$; $t=8.451$, $p<0.05$)

โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสามารถลดความวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป จึงเป็นทางเลือกสำหรับบุคลากรสุขภาพ ที่จะนำไปประยุกต์ในการบำบัดด้านจิตสังคมอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่น ๆ นอกจากนั้น การลดความวิตกกังวล และการแก้ปัญหามีประสิทธิภาพ นำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

คำสำคัญ : โรควิตกกังวลทั่วไป, อาการวิตกกังวล, โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: mayvet_2006@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 093-2629991)

Abstract

The sample group was an anxiety disorder patient who received treatment at a community hospital, aged 18 years and over. The sample size was calculated using the G*Power program. The sample group consisted of 30 subjects divided into experimental and control groups, each group. 15 cases. The experimental group received problem-solving therapy 6 program 30-60 minutes per time, 1 time per week, for a period of 6 consecutive weeks. The control group received normal nursing care. Data were collected using the Personal Information Questionnaire and the Anxiety Scale. with a reliability of 0.78. Analyze the basic data of the sample. using descriptive statistics calculate percentage mean standard deviation The statistics used were t-test.

The results showed that the mean scores of anxiety symptoms of the patients after receiving the problem solving therapy program were lower than before receiving the problem solving therapy program. statistically significant ($M=40.04$, $SD=3.72$; $M=27.04$, $SD=4.62$; $t=14.024$, $p<0.05$). problem After completing the trial, it was different from the normal nursing group. statistically significant ($D_1=-13.87$, $D_2=-3.60$; $t=8.451$, $p<0.05$)

Problem-solving therapy program can reduce anxiety in patients with generalized anxiety disorder. It is therefore an alternative for health personnel. that will be applied in psychosocial therapy as an alternative for patients with other psychiatric diseases, in addition to reducing anxiety and effective problem solving lead to a normal life.

Keywords: Generalized Anxiety Disorder, Anxiety Symptoms, Problem-solving Therapy Program.

บทนำ

โรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder; GAD) เป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในประชาชนทั่วไป และพบมากที่สุดในกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป จะมีอาการวิตกกังวลซึ่งส่งผลกระทบต่อต่าง ๆ มากมาย แม้ว่าโรควิตกกังวลทั่วไป จะไม่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตเหมือนกับโรคทางกายบางโรค แต่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อผู้ป่วย และแนวโน้มของความรุนแรงมีมากขึ้น หากไม่ได้รับการบำบัดรักษา ก็จะทำให้เกิดโรคทางจิตเวชได้ เช่น โรคซึมเศร้า โรคตื่นตระหนก เป็นต้น องค์การอนามัยโลก หรือ WHO ระบุว่าในโลกนี้ทุก 8 คน จะมี 1 คนที่ใช้ชีวิตอยู่กับปัญหาสุขภาพจิตและการเสียชีวิตทุก 100 ครั้งจะมีอย่างน้อย 1 ครั้งเป็นการฆ่าตัวตายจากปัญหาสุขภาพจิต แต่อัตราดังกล่าวจะสูงขึ้นไปอีกสำหรับคนวัยหนุ่มสาวช่วงอายุ 15-29 ปี ที่ทุกการเสียชีวิต 100 ครั้งที่เป็นการฆ่าตัวตายจากปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้ในภาพรวม 1 การเสียชีวิตที่มาจากการฆ่าตัวตายจากปัญหาสุขภาพจิต จะมีการพยายามฆ่าตัวตายไม่ต่ำกว่า 20 ครั้ง ความเสี่ยงด้านสุขภาพจิตนั้นแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ (Mental Health ATLAS, 2020) สำหรับในประเทศไทยมีอัตราความชุกของกลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorder) ในปี พ.ศ.2558 ร้อยละ 1.95 ขณะที่ปี พ.ศ. 2562 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 3.25 (กรมสุขภาพจิต, 2563) และยังพบว่าโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุดในประเทศไทย ได้แก่ กลุ่มโรควิตกกังวล รองลงมาคือ โรคจิต และ โรคซึมเศร้าตามลำดับ ส่วนใหญ่เกิดในเพศหญิง วัยผู้ใหญ่ตอนต้นจนถึงวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรควิตกกังวลจำนวนมากที่เข้ารับบริการ จากข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มโรควิตกกังวลในระดับอำเภอท่าสองยาง จังหวัดตาก ระหว่างปี 2560-2563 พบว่ามีจำนวน 298, 318 และ 329 คน คิดเป็นร้อยละ 30.12, 35.46 และ 37.33 ตามลำดับ และพบมากในเพศหญิงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นจนถึงผู้สูงอายุ เมื่อพิจารณาในปีงบประมาณ 2564 จากข้อมูลการวินิจฉัยแยกโรคตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค (ICD -10) พบว่า ผู้ป่วยนอกในกลุ่มโรควิตกกังวลได้แก่ โรคกลัว, โรคทางจิตเวชภายหลังเผชิญกับภัยอันตราย, โรคย้ำคิดย้ำทำ, โรคแพนิค มีจำนวนทั้งสิ้น 398 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป (GAD) มากที่สุดจำนวน 301 ราย (โรงพยาบาลท่าสองยาง, 2564)

อาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ส่งผลกระทบหลายด้าน ทั้งต่อบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ผลกระทบระดับบุคคลนั้น ก่อให้เกิดความทุกข์ใจ ตึงเครียด นอนไม่หลับ หรือหลับยาก เสี่ยงต่อการเกิดโรคซึมเศร้า หรือพยายามฆ่าตัวตาย ซึ่งอาการเหล่านี้ มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง (ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล, 2564) ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป มักแสดงพฤติกรรม ได้แก่ หนีปัญหา บกพร่องในเรื่องของการสร้างสัมพันธภาพ และขาดการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถปรับตัวและดำเนินชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสม ส่วนผลกระทบที่มีต่อครอบครัว ได้แก่ สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวไม่ดี นำมาสู่ความขัดแย้ง เกิดการหย่าร้าง การทอดทิ้งบุตรและผู้สูงอายุ ส่วนผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ ประเทศชาติ ได้แก่ การไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ บกพร่องหน้าที่ทางสังคม ปัญหาอาชญากรรมและยาเสพติด ปัญหาการฆ่าตัวตายและฆ่าผู้อื่นซึ่งส่งผลกระทบต่อภาพรวมของประเทศชาติตามมา (เจษฎา โชคดำรงสุข, 2564) จากผลกระทบจากอาการวิตกกังวลที่ผ่านมา มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอย่างมาก สาเหตุที่นำมาสู่อาการวิตกกังวล โดยลักษณะของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป มักมีการรับรู้และทำความเข้าใจปัญหาในด้านลบ คาดการณ์ล่วงหน้าในด้านลบ ส่งผลต่อความมั่นใจ และกระบวนการรับรู้การแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพ (Davey & Wells, 2016) แสดงให้เห็นว่า การที่ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป มีการรับรู้และทำความเข้าใจปัญหาในด้านลบนั้น ย่อมมีผลต่อการแก้ปัญหาที่ไม่มีประสิทธิภาพตามมา ด้วย เช่น แก้ปัญหาแบบเร่งรีบ ไม่ระมัดระวัง (impulsive/careless) หรือแก้ปัญหาแบบหลีกเลี่ยง หนี (avoidance) ทำให้ปัญหายังคงอยู่ และไม่ได้รับการแก้ไข อาการวิตกกังวลจึงเพิ่มขึ้น (D’Zurilla, Nezu & Olivares, 2012) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ได้มีการนำการบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้กับบุคคลที่บกพร่องในด้านการปรับตัวและการแก้ปัญหาแก้ปัญหา ดังเช่น การศึกษาของสุมิสา ศรีมออ่อน (2560) ได้นำโปรแกรมบำบัดโดยการแก้ปัญหามาใช้กับกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีภาวะซึมเศร้า ผลพบว่า มีประสิทธิภาพในการลดอาการซึมเศร้าและช่วยเพิ่มทักษะการแก้ปัญหาได้ดี ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปนั้น เป็นกลุ่มหนึ่งที่มีความบกพร่องในเรื่องการรับรู้และการทำความเข้าใจต่อปัญหา การปรับตัวในการดำเนินชีวิต ปัจจุบันการรักษาโรคจิตกังวลทั่วไป รักษาได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การบำบัดด้วยยา (pharmacotherapy) การบำบัดทางจิตสังคม (psychotherapy) หรือการทำพฤติกรรมบำบัด (behavioral therapy) (นิตยา ตากวิริยะนันท์, 2559) ส่วนการบำบัดทางจิตสังคม ได้แก่ การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavior therapy) (Ladouceur, Talbot, Dugas, 1998) กลุ่มบำบัดแบบช่วยเหลือตนเองและมีการใช้ปัจจัยที่กำหนดโดยผู้วิจัย (Intervention) แบบผสมผสานเพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพในการลดอาการวิตกกังวล จากการศึกษาของโพรเวนเชอร์และคณะ (Provencher et al., 2014) ได้เปรียบเทียบประสิทธิภาพของการบำบัดสองประเภทคือ การฝึกเทคนิคการแก้ปัญหา และการเปิดเผยความคิดโดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาครบทั้ง 12 ครั้ง มีจำนวนร้อยละ 73.3 และการบำบัดทั้งสองประเภท มีประสิทธิภาพในการลดอาการวิตกกังวลลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดลงอย่างต่อเนื่อง จากการติดตามผลหลังการรักษา 6 เดือน เป็นต้น จากศึกษานี้ยังพบว่าการบำบัดทางจิตสังคม นอกจากมีประสิทธิภาพในการลดอาการวิตกกังวลได้ดียังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว ใช้ชีวิตในสังคมได้ดีขึ้น ป้องกันการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของโรคได้อีก และมีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยตั้งครรภ์หรืออยู่ในระหว่างให้นมบุตร และการที่ผู้ป่วยใช้ยาดูติดต่อกันเป็นเวลานานอาจทำให้เกิดการพึ่งยา และเกิดอาการถอนยาได้

การบำบัดผู้ป่วยโรคจิตกังวลของโรงพยาบาลท่าสองยางขึ้นอยู่กับประเภทของโรค การรักษาหลักคือการพูดคุยให้คำปรึกษาด้วยการรับฟัง แสดงความเห็นใจและให้คำอธิบาย การทำจิตบำบัด การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy หรือ CBT) และการรักษาด้วยยาซึ่งมีหลายกลุ่มที่สามารถกินเพื่อลดอาการวิตกกังวล

ผู้วิจัยในฐานะอาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น นิเทศน์ นักศึกษาที่ฝึกงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและในโรงพยาบาลชุมชน ผู้วิจัยได้มองเห็นปัญหาดังกล่าวมาข้างต้นโดยตระหนักถึงความสำคัญจึงเลือกที่จะนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไปปรับเปลี่ยนวิธีการคิดเพื่อให้เกิดการรับรู้ใหม่และสามารถเผชิญปัญหาในชีวิตประจำวันไปในด้านบวก ลดการ

รับรู้ปัญหาด้านลบ มีทักษะการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพกับสถานการณ์ จนอาการวิตกกังวลลดลง สามารถคลี่คลายอุปสรรคที่เข้ามาและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

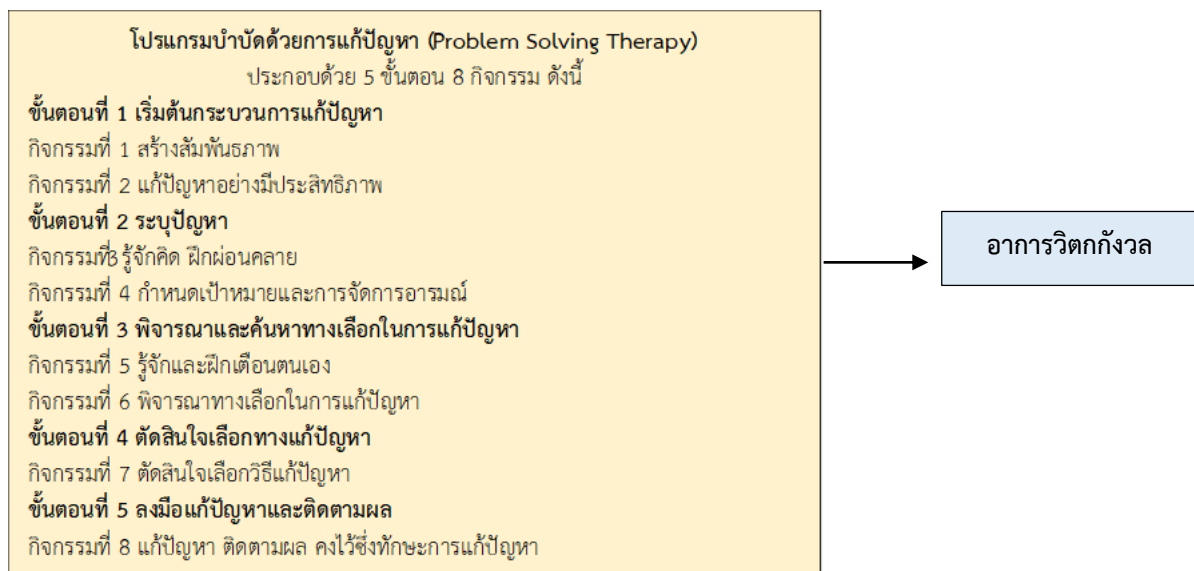
1. เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา
2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไปของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ต่ำกว่าก่อนการทดลอง
2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกกังวลทั่วไป ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาลดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดัดแปลงโปรแกรมจากโปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาของปุนยาภา คำบุญเรือง และดารารวรรณ ต๊ะปิ่นตา (2562) ตามแนวคิดการแก้ปัญหาของเดอ ซูริลล่า (D'Zurilla , 1988) และเนซุและเนซุ (Nezu & Nezu, 2018) โดยเน้นให้ผู้ป่วยได้ทราบถึงแนวคิดหลักและกระบวนการแก้ปัญหา 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับเปลี่ยนมุมมองจากด้านลบให้เป็นด้านบวก และปรับเปลี่ยนวิธีการแก้ปัญหาและกระบวนการแก้ปัญหา 5 ขั้นตอน ของเดอ ซูริลล่าและเนซุ (D'Zurilla & Nezu, 1982)



ภาพ กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) วัดก่อนและหลังการทดลอง แบบมีกลุ่มควบคุม (Pretest-posttest Control Group Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ ผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป ตามรหัสโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าสองยาง ในจังหวัดตาก จำนวน 301 รายที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก (โรงพยาบาลท่าสองยาง, 2564)

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าป่วยเป็นโรควิตกกังวลทั่วไป (Generalized Anxiety Disorder) ตามรหัสโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าสองยาง ในจังหวัดตาก ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (Inclusion criteria) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power version 3.0.10 (Faul, Erdfelder & Buchner, 2007) โดยกำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of the test) จากค่ามาตรฐานที่ยอมรับได้อย่างน้อยที่สุดที่ระดับร้อยละ 80 กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 แทนค่าเฉลี่ย (Mean) ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 28.0 และค่าเฉลี่ย (Mean) ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 19.2 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของกลุ่มทดลองเท่ากับ 14.1 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของกลุ่มควบคุมเท่ากับ 6.5 เมื่อนำมาคำนวณโดยแทนค่าดังกล่าวแล้วได้ค่า $d = 0.80$ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างเดือนพฤษภาคม 2564 ถึงเดือนมิถุนายน 2564

กำหนดเกณฑ์การเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) สามารถอ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยได้ 2) ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร 3) ระดับอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง (36–47 คะแนน) วัดจากแบบประเมินความวิตกกังวล Self-rating Anxiety Scale (SAS) ของซุง (Zung, 1971) และ 4) ผู้ป่วยมีอายุ 18 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง

สำหรับเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) มีภาวะโรคร่วมทางจิตเวชอื่น เช่นอาการซึมเศร้า ตามรหัสโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) 2) มีความผิดปกติทางสมอง 3) ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ตลอดโครงการ หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ถึงร้อยละ 80 (หรือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ถึง 6 ครั้ง) หรือปฏิเสธการเข้าร่วมโปรแกรมหลังจากการเข้าร่วมโครงการไปแล้วระยะหนึ่ง และ 4) ผู้ป่วยสูญหายหรือติดต่อไม่ได้

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มโดยการจับสลากชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับการจับคู่ให้ผลลากที่จับขึ้นมาได้ก่อนเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ส่วนผลลากที่จับขึ้นมาภายหลังเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์ จำนวนทั้งหมด 125 คน ทำการจับคู่ (Matching) ในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการจับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ โดยให้กลุ่มผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีลักษณะด้านประชากรคล้ายคลึงกันมากที่สุด คือ เพศ อายุและระดับอาการวิตกกังวล และทำการจับคู่ผู้ป่วยทั้งหมด 15 คู่ ผู้วิจัยสุ่มผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปเข้ากลุ่มโดยการจับสลาก ชื่อของผู้ป่วยที่ได้รับการจับคู่ให้ผลลากที่จับขึ้นมาได้ก่อนเป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ส่วนผลลากที่จับขึ้นมาภายหลังเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ โดยผู้ป่วยที่ไม่สามารถจับคู่ได้ทั้งหมด 95 คน ผู้วิจัยได้แจ้งข้อมูลทางโทรศัพท์ และให้ความรู้เรื่องโรควิตกกังวลทั่วไปแทน

เครื่องมือที่ใช้วิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1.1 แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน ประกอบด้วย ข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน

1.2 แบบวัดความวิตกกังวล Self-rating Anxiety Scale (SAS) เป็นแบบประเมินความรู้สึกกังวลของตนเองในช่วงเวลานั้น และเวลาใกล้เคียงที่ผ่านมา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

2.1 โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหา คือ การจัดกิจกรรมการบำบัดเพื่อลดอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป มีกิจกรรมที่มากกว่าเป็น 5 ขั้นตอน 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมทุกสัปดาห์ รวมทั้งหมด 7 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดย 6 สัปดาห์แรกเป็นการปฏิบัติกิจกรรมกลุ่ม และสัปดาห์ที่ 7 เป็นการประเมินผล ใช้

เวลาครั้งละ 30-60 นาที ดังต่อไปนี้ ขั้นตอนที่ 1 เริ่มต้นกระบวนการแก้ปัญหา คือการให้บุคคลได้ย้อนระลึกถึงความรู้สึกและพฤติกรรมในการแก้ปัญหาที่ไม่ประสบความสำเร็จในอดีต เพื่อเป็นการเตือนตนเอง ผึกเสนอรูปแบบที่มีประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิภาพในการแก้ปัญหา โดยรูปแบบที่มีประสิทธิภาพเกิดขึ้นจากแนวคิดที่มองว่าปัญหาที่เผชิญเป็นปัญหาที่แก้ไขได้ มีความท้าทาย มองเป้าหมายในการแก้ปัญหา ถ้าผู้แก้ปัญหามีความคิดไม่เหมาะสม อาจสอนตนเอง หรือผ่อนคลายความวิตกกังวลได้ โดยในขั้นตอนที่ 1 ได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 1 การแก้ปัญหา มาผสมผสานพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 1 และ 2 ขั้นตอนที่ 2 ระบุปัญหา เพื่อให้บุคคลรู้จักปัญหา รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับปัญหานั้น ๆ ตั้งเป้าหมายของการแก้ปัญหา พิจารณาว่าลำดับความสำคัญของปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้นแล้วระบุปัญหาที่แท้จริง โดยองค์ประกอบของการแก้ปัญหาอาจมี 2 ลักษณะคือ เน้นการจัดการที่ตัวปัญหาและเน้นการจัดการอารมณ์ทางลบที่มีต่อปัญหา โดยในขั้นตอนที่ 2 ได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 1,2 การแก้ปัญหาและปัญหามาผสมผสานและพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 3 และ 4 ขั้นตอนที่ 3 พิจารณาและค้นหาทางเลือกในการแก้ปัญหา เป็นการสร้างทางเลือกในการแก้ปัญหาให้มากที่สุดภายใต้เกณฑ์คือ การแก้ปัญหาในแต่ละทางมีความสัมพันธ์กับเป้าหมายของการแก้ปัญหา คิดให้มีปริมาณทางเลือกมากที่สุด โดยในขั้นตอนที่ 3 ได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 3 วิธีแก้ปัญหามาผสมผสานและพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 5 และ 6 ขั้นตอนที่ 4 ตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหา เป็นการประเมินทางเลือกการแก้ปัญหาที่สร้างไว้ตามเกณฑ์ โดยช่วยให้ไปสู่เป้าหมายและเป็นทางเลือกที่ช่วยในการแก้ปัญหาได้มากที่สุด รวมทั้งทราบถึงผลดีและผลเสียที่เกิดจากทางเลือกในการแก้ปัญหานั้น โดยในขั้นตอนที่ 4 ได้นำแนวคิดหลักข้อที่ 1,2,3 การแก้ปัญหา ปัญหาและวิธีแก้ปัญหามาผสมผสานพัฒนาเป็นกิจกรรมที่ 7 ขั้นตอนที่ 5 ลงมือแก้ปัญหาและติดตามผล คงไว้ซึ่งทักษะการแก้ปัญหา เป็นการลงมือปฏิบัติตามทางเลือกการแก้ปัญหาที่เลือกไว้ ตรวจสอบประสิทธิภาพหรือประโยชน์ของทางเลือกโดยอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญ ขั้นตอนที่ 5 นำแนวคิดหลักทั้งสามประการมาผสมผสานพัฒนาเป็น กิจกรรมที่ 8

2.2 คู่มือสำหรับผู้ป่วยโรคจิตกักขังทั่วไป เป็นเอกสารประกอบชุดโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นเพื่อมอบให้ผู้ป่วยโรคจิตกักขังทั่วไป นำไปศึกษาซึ่งเป็นความรู้เรื่องโรค สาเหตุการเกิด อาการ และอาการแสดง แนวทางการบำบัดรักษา การปฏิบัติตัวที่เหมาะสม รูปแบบบำบัดด้วยการแก้ปัญหาที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้น

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่

3.1 แบบวัดการแก้ปัญหา (Problem Solving Inventory; PSI) แบบวัดนี้ให้ผู้ตอบรายงานตนเอง (Self-report) การตอบมีลักษณะเป็นมาตราประเมินค่า (likert scale) ให้เลือกตอบ 6 ระดับ ตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1) ไปจนถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (6) แบบวัดนี้ใช้วัดความสามารถและสอบถามถึงวิธีที่ใช้ในการแก้ปัญหา โดยแบ่งกระบวนการแก้ปัญหาเป็น 5 ขั้นตอน มีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ 1) ความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหา 2) รูปแบบการเข้าจัดการปัญหา หลักหนีปัญหา 3) การควบคุมตนเอง โดยการวัดมีการให้คะแนนแบบวัด 2 ลักษณะ คือ ข้อความด้านบวก 21 ข้อ และข้อความด้านลบ 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยได้นำไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจทานแก้ไขเนื้อหา และภาษาที่ใช้ หลังจากนั้นนำไปให้ท่านผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประกอบด้วย 1) อาจารย์พยาบาลด้านจิตเวช 2) จิตแพทย์ 3) พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และลำดับของเนื้อหา (CVI) ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80

ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตกักขังทั่วไป ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดตาก ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับก่อนนำไปใช้กับกลุ่มทดลอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ในด้านของความรู้ แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาแก่ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลทั่วไป โดยศึกษาค้นคว้า จากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้รับการฝึกอบรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาตามแนวคิดของเดอซูริลล่า

2. เตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์การทำงาน 5 ปีขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 1 ท่าน ช่วย เอื้ออำนวยความสะดวกช่วยเหลือผู้นำกลุ่มให้ดำเนินการกลุ่มไปอย่างสมบูรณ์ สังเกตพฤติกรรมของสมาชิกและกระตุ้นให้สมาชิกมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างทั่วถึง

3. เสนอวิจัยฉบับสมบูรณ์ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อพิจารณาให้การรับรอง

4. เมื่อผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เลขที่ NTC888-0006 ผู้วิจัยได้ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการขอความร่วมมือในการทำวิจัย โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการ วัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นทดลอง

กลุ่มควบคุม : เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติคือการพูดคุยให้คำปรึกษาด้วยการรับฟัง แสดงความเห็นใจและให้คำอธิบาย การทำจิตบำบัด การบำบัดโดยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavior Therapy หรือ CBT) และการรักษาด้วยยาซึ่งมีหลายกลุ่มที่สามารถกินเพื่อลดอาการวิตกกังวลจากพยาบาลและบุคคลอื่น ๆ ณ ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าสองยาง ในจังหวัดตาก ผู้วิจัยทำการประเมินอาการวิตกกังวล (pre-test) หลังจากนั้นผู้ป่วยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจนมารับบริการครั้งถัดไปตามระบบนัดของผู้วิจัย จึงประเมินอาการวิตกกังวล (post-test) ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้ แล้วนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

กลุ่มทดลอง : เป็นกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา โดยมีขั้นตอนในการดำเนินการตามลำดับดังนี้

1. การเตรียมผู้ป่วย ผู้วิจัยให้ผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลทั่วไป ประเมินอาการวิตกกังวล (pretest) โดยผู้ที่มีคะแนน 36-47 คะแนน ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน และสุ่มโดยวิธีการจับฉลากเข้ากลุ่ม แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 15 คน และในกลุ่มทดลองยังแบ่งกลุ่มย่อยออกเป็นสองกลุ่ม คือ กลุ่มละ 7 คน 1 กลุ่ม และกลุ่มละ 8 คน 1 กลุ่ม โดยควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาตาม protocol อย่างเคร่งครัด และผู้วิจัยกับผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการเองทั้งสองกลุ่ม โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาให้ทุกคนตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2. ผู้วิจัยให้ข้อมูลการดำเนินโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีทั้งหมด 8 กิจกรรม ใช้เวลา 7 สัปดาห์ ๆ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที ในวันพฤหัสบดี เวลา 09.30-10.30 น. และอีกกลุ่มในวันศุกร์ เวลา 09.30-10.30 น. หลังครบการบำบัดในสัปดาห์ที่ 6 ทำการประเมินแบบสำรวจการแก้ปัญหาทันที (ถ้ากับการทดลอง) และประเมินอาการวิตกกังวล (posttest) ในอีก 1 สัปดาห์ถัดไป และมอบตารางในการเข้ารับการบำบัดในแต่ละครั้ง สำหรับกลุ่มควบคุม ผู้วิจัยได้ป้องกันปัญหา contaminate โดยการปรับระบบนัดผู้ป่วยเพื่อไม่ให้ตรงกับกลุ่มทดลอง

3. ผู้วิจัยพบหัวหน้าตึกผู้ป่วยนอก เพื่อขออนุญาตใช้สถานที่ นัดผู้ป่วยโรคจิตกึ่งวลทั่วไปมาดำเนินกิจกรรมพร้อมมอบตารางในการเข้าร่วมโปรแกรม ตกลงเรื่องกำหนดการและดำเนินโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหตามกิจกรรม

ขั้นหลังการทดลอง

การกำกับการทดลอง ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ผู้วิจัยได้กำกับการทดลองด้วยแบบวัดการแก้ปัญหาทันที คิดคะแนนเป็นด้านย่อย 3 ด้าน และนำคะแนนรวมมาหารด้วยจำนวนข้อในแต่ละด้าน คิดเป็นค่าเฉลี่ย มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 6 คะแนน โดยผู้ที่ผ่านเกณฑ์ควรมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในช่วง 3.50-6.00

คะแนน ซึ่งหมายถึงมีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความเชื่อมั่นในการแก้ปัญหาระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรม ที่พบว่าสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้น ควรมีการระดมความคิดเกี่ยวกับการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ ระบุข้อดีข้อเสียของแต่ละวิธี ปัญหาจึงสามารถลดลงได้ด้วยวิธีการแก้ปัญหาตามกระบวนการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้ทั้งก่อนและหลังการทดลองมาทำการตรวจสอบความสมบูรณ์สร้างคู่มือลงรหัสและลงรหัสข้อมูล จากนั้นนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย โรคประจำตัว นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบของฟิชเชอร์ (Fisher's Exact Test)

2. เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Dependent t-test และ Independent t-test ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ซึ่งก่อนทำการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติทดสอบที่ พบว่ามีการกระจายของข้อมูลเป็นปกติ (Normal distribution)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นอย่างยิ่ง โดยได้กำหนดการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ตอบแบบสอบถาม การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยนอร์ทเทิร์น เลขที่รับรอง NTC888-0006 ลงวันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2564

ผลการวิจัย

1. ลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 30 คน ไม่มีการสูญเสียระหว่างการทดลอง แบ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำนวนเท่ากันโดยแบ่งกลุ่มละ 15 คน จากการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีเพศ อายุ จำนวนเท่ากันในแต่ละคู่ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 เพศชาย ร้อยละ 20 และส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 ในกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย ($M=53.08$) ส่วนในกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 52.88) ข้อมูลของกลุ่มทดลอง ในเรื่องรายได้ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 76 ส่วนในกลุ่มควบคุมรายได้ส่วนใหญ่ $< 5,000$ คิดเป็นร้อยละ 65 สถานภาพพบว่ากลุ่มทดลองมีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 90 ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 65 ระยะเวลาการเจ็บป่วยในกลุ่มทดลองพบที่มากที่สุดคือ ในช่วง 0-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 65 ส่วนระยะเวลาการเจ็บป่วยในกลุ่มควบคุมพบที่มากที่สุดคือในช่วง 0-5 ปีเช่นกัน คิดเป็นร้อยละ 48 โรคประจำตัวในกลุ่มทดลองพบว่าไม่มีภาวะโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 75 สำหรับกลุ่มควบคุมพบว่าไม่มีภาวะโรคร่วมคิดเป็นร้อยละ 80

เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่าง โดยใช้สถิติไค-สแควร์ และการทดสอบฟิชเชอร์ เพื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p>0.05$) และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยทำการทดลองคือผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ได้รับการรักษาด้วยการใช้ยาาร่วมด้วย ผู้วิจัยจึงได้ทำการทดสอบเพื่อหาความแตกต่างในด้านของขนาดของยาที่รับประทานของทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมว่ามีผลต่ออาการวิตกกังวลหรือไม่ โดยใช้สถิติไค-สแควร์

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของขนาดของยาที่รับประทานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไค-สแควร์

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n=15)		กลุ่มควบคุม (n=15)		รวม (n=30)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ได้รับยา 1 กลุ่ม	8	50.25	7	45.05	15	50	0.321	0.571
ได้รับยา 2 กลุ่ม	7	49.75	8	54.95	15	50		

2. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง (n= 15)

อาการวิตกกังวล	M	SD	df	t	p – value (1-tailed)
ก่อนได้รับโปรแกรม	40.04	3.72	24	13.870	<0.001
หลังได้รับโปรแกรม	27.04	4.62			

จากตาราง 2 ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา พบว่าค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา อยู่ในระดับปานกลาง ($M=40.04$, $SD = 3.72$) ส่วนค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลภายหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาอยู่ในระดับเล็กน้อย ($M=27.04$, $SD = 4.62$) และพบว่าค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t=13.870$)

3. การเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและการพยาบาลตามปกติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและการพยาบาลตามปกติ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n= 30)

การได้รับโปรแกรม	M	SD	D_1	D_2	t	p-value (1-tailed)
ก่อนได้รับโปรแกรม						
กลุ่มทดลอง	40.04	3.72			13.870	<.001
กลุ่มควบคุม	41.64	3.64				
หลังได้รับโปรแกรม						
กลุ่มทดลอง	27.04	4.62	-13.870			
กลุ่มควบคุม	38.04	3.963		-3.60	8.095	<.001

จากตาราง 3 ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลด้วยสถิติ Independence t-test ในกลุ่มทดลอง ก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง ($M=40.04$, $SD=3.72$) ส่วนค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอยู่ในระดับปานกลาง ($M=41.64$, $SD=3.64$) สรุปได้ว่าการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน

และเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=30$) พบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลก่อนและหลังได้รับโปรแกรมโดยพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวล ($D_1 = -13.870$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($D_2 = -3.60$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p - value < 0.001$)

อภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาต่ออาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวล กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่าง โดยใช้สถิติไคสแควร์ และการทดสอบฟิชเชอร์ เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่าง เพศ อายุ รายได้ต่อเดือน สถานภาพสมรส ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p>0.05$) ยกเว้น สถานภาพสมรสพบมีความแตกต่างกัน ($p<0.05$) ซึ่งพบว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่งผลให้อาการวิตกกังวลลดลงได้ เนื่องจากสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับอารมณ์และความสุขของกลุ่มตัวอย่าง สอดคล้องกับประเวศ วะสี (2561) และสอดคล้องกับการศึกษาของเลย์ฮาร์ด (Layard, 2015) ที่พบว่าผู้ที่มิมีสถานภาพสมรสจะมีความสุข สุขภาพดีกว่าสถานภาพอื่น ๆ การหย่าขาดจากคู่สมรส และการแยกกันอยู่ ส่งผลให้ความสุขลดลง เกิดความทุกข์ และกังวลใจมากขึ้น และจากการที่กลุ่มทดลองหลังจากได้โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีอาการวิตกกังวลลดลงนั้น ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่คู่สมรสมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของแบกเตอร์ สก็อต วอสและไวท์ฟอร์ด (Baxter, Scott, Vos & Whiteford, 2013) ที่พบว่ากลุ่มช่วงอายุที่พบกลุ่ม โรควิตกกังวลและโรคความผิดปกติทางอารมณ์ พบได้บ่อยในช่วงอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป

2. ค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ในกลุ่มทดลอง หลังได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ต่ำกว่าก่อนการทดลอง จากการศึกษาค้นคว้าระดับอาการวิตกกังวลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป มีระดับอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง หลังการทดลอง พบว่าผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ในกลุ่มทดลองหลังการได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา มีระดับอาการวิตกกังวลลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ กลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ยังคงมีระดับอาการวิตกกังวลอยู่ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง ค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหายังมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 13.870$, $df = 24$) ผลการวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่าค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไปต่ำลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา เนื่องจากโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหา ส่งผลให้ผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป มีความรู้มีความเข้าใจต่อการเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลทั่วไป มากขึ้น ได้ทราบถึงสาเหตุการเกิดโรค อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม มีกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ทั้งในเรื่องการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต การทำความเข้าใจปัญหา การกำหนดเป้าหมาย ฝึกค้นหาทางเลือก รวมถึงการตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหา และการแก้ปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ป่วยมีความเข้าใจในการเจ็บป่วยด้วยโรควิตกกังวลทั่วไปแล้วนั้น รวมทั้งสามารถนำความรู้และวิธีการที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาในครั้งนี้ มาปรับเปลี่ยนตนเอง ปรับมุมมองที่มีต่อปัญหาด้านบวก รับรู้ปัญหาตามความเป็นจริง มองปัญหาเป็นเหตุการณ์ธรรมดาและเป็นเรื่องท้าทายในชีวิต มีความพยายามและแก้ไขปัญหาย่างมีเหตุผล สามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต หลังจากที่ได้ปรับมุมมองต่อปัญหาไปในด้านบวก มีผลต่อการลดการมองปัญหาในด้านลบ ทำให้คิดแก้ปัญหาในเชิงเหตุและผล มากกว่าที่จะเพิกเฉย หรือหลีกเลี่ยงปัญหา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลทำให้ผู้ป่วยปรับตัวยอมรับกับสถานการณ์ปัญหา แก้ปัญหาโดยอาศัยเหตุผลและผลจนเกิดผลลัพธ์ที่ดี ส่งผลให้ระดับอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของเกลสโกว์และคณะ (Glasgow, Mullan, Fisher, Toobert & Skaff, 2017) ได้ศึกษาเกี่ยวกับชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเบาหวานซึ่งแต่ละคนมีข้อคิดเห็นแตกต่างกัน ไป เมื่อได้ให้โปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการแก้ปัญหา ในการบริหารยาแก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถวางแผน และตัดสินใจในการแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล นำไปสู่การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพได้ นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังได้เรียนรู้การแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ โดยการทำทำความเข้าใจกับ

แนวคิดหลัก 3 ประเด็น คือ การแก้ปัญหา ปัญหา และวิธีการแก้ปัญหา เข้าใจถึงการรับรู้ปัญหามี 2 แบบ คือการมองปัญหาในทางบวกและการมองปัญหาในทางลบมองถึงเป้าหมายในการแก้ปัญหา และสอดคล้องกับการศึกษาของเกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2561) ที่กล่าวว่า การแก้ปัญหาย่างสร้างสรรค์เป็นการแก้ปัญหาที่ประกอบด้วยความคิดสองประการ คือความคิดสร้างสรรค์ซึ่งมีวิธีการแก้ปัญหาที่หลากหลาย และการใช้ความคิดที่มีวิจารณญาณ เพื่อช่วยแก้ปัญหา และผู้ป่วยสามารถลำดับความสำคัญของปัญหาทั้งหมดที่เกิดขึ้น ระบุปัญหาที่แท้จริง รู้ถึงองค์ประกอบของการแก้ปัญหาที่มี 2 ลักษณะคือ เน้นแก้ที่ตัวปัญหาและเน้นจัดการอารมณ์ที่มีต่อปัญหา ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาได้ และเลือกเป้าหมายที่สามารถทำได้ก่อน ได้ผลเร็ว ทำให้ผู้ป่วยมีความหวังและมีกำลังใจที่ดี มีความพยายามมากขึ้นที่จะบรรลุเป้าหมายนั้นได้

3. ผลต่างของค่าเฉลี่ยอาการวิตกกังวลของผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากการศึกษาพิจารณาค่าความแตกต่างระหว่าง เพศระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน อาชีพ ระยะเวลาเจ็บป่วย และโรคประจำตัว ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติโค-สแควร์และการทดสอบพิชเชอร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน และจำแนกตามอายุ โดยใช้สถิติ independent t-test พบว่าสถานภาพสมรสทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่าจากการที่กลุ่มทดลองหลังจากได้โปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหาและมีอาการวิตกกังวลลดลงนั้น ส่วนหนึ่งอาจมาจากการที่คู่สมรสมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน และเมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของขนาดของยาที่รับประทานของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติโค-สแควร์ พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาเบลเซอร์ (Belzer et al., 2012) ที่พบว่าการรักษาผู้ป่วยโรคจิตกังวลไปทั่ว ที่มีอาการกังวลอย่างมากโดยการนำโปรแกรมบำบัดด้วยการแก้ปัญหามาใช้จะสามารถช่วยลดความคิดด้านลบกับการรับรู้ปัญหาในเชิงลบ โดยการเพิ่มความสามารถและเสริมทักษะการแก้ปัญหาซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญ ที่นำไปสู่การรับรู้ปัญหาในเชิงบวก ทำให้การแก้ปัญหานั้นมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์มากที่สุด

การนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านกลุ่มงานจิตเวชควรส่งให้บุคลากรที่รับผิดชอบเข้ารับการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการในการใช้โปรแกรมการบำบัดด้วยการแก้ปัญหาสำหรับบุคลากรทางสาธารณสุข เพื่อให้ผู้ปฏิบัติได้รับความรู้และทักษะในการฝึกปฏิบัติการและสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติการได้จริงและมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามผู้ป่วยและประเมินอาการวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อเป็นการวัดความคงอยู่ของการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการแก้ปัญหาและการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยมีเครือข่ายชุมชนดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
2. ควรมีการประเมิน ติดตาม และการคงไว้ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคจิตกังวลทั่วไป

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). *แนวทางการเฝ้าระวังโรคทางจิตระดับจังหวัด*. ปรับปรุงครั้งที่ 3. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (14 มีนาคม 2564). *ทักษะการแก้ปัญหาเรื่องจำเป็นสำหรับเด็กไทย*. สืบค้นจาก <http://www.Kriengsak.com>.
- เจษฎา โชคดำรงสุข. (2557). *Healthy-POCARE*. สืบค้นเมื่อ 14 พฤษภาคม 2564. สืบค้นจาก <http://www.pocare.net/healthy-detail.php?id=200>.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์. (2559). *การพยาบาลผู้ได้รับยาทางจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. (2556). *ชุมชนไร้ทุกข์*. สืบค้นเมื่อ 14 พฤษภาคม 2564. สืบค้นจาก <http://www.manarom.com/article-detail.php?id=106>.
- ประเวช วะสี และพระไพศาล วิสาโล. (2561). *กลไกความสุข*. กรุงเทพฯ: กรีนปัญญาญาณ.
- โรงพยาบาลท่าสองยาง. (2564). *สถิติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลท่าสองยาง ปีพ.ศ. 2563*. เอกสารอัดสำเนา. ตาก: โรงพยาบาลท่าสองยาง จังหวัดตาก
- คันสนีย์ สมิตระเกษตริน. (2558). *การศึกษาศักยภาพจิตของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย, กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุณิสรา ศรีม่อน, อติทยา พรชัยเกตุโอวยอง และอัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์. (2554). การบำบัดโดยการแก้ปัญหาในการลดอาการซึมเศร้าในวัยผู้ใหญ่: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 26(3) : 107-116.
- Belzer, K. D., & Mayden-Olivares, A. (2002). Social problem solving & trait anxiety as predictors of worry in a college student population. *Personality and Individual Differences*, 33(2), 98-116.
- Davey, G. C. L. & Wells, A. (2016). *Worry and its Psychological Disorders: Theory assessment and treatment*. Chichester: John Wiley & Sons.
- D’Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydue Olivares, A. (2012). *Social problemsolving inventory revise (SPSI-R) North tornawanda*. NY, Multi health system, Inc.
- Faul, F., Erdfelder, E. & Buchner, A. (2017). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods*. 39(2), 175-191.
- Glasgow, R. E, Mullan, J., Fisher, L., Toobert, D. J. & Skaff, M. (2017). Problem solving and Diabetes self management. *Diabetes Care*, 30.
- Gonzales, H. M., Tarraf, W., Whitfield, K. E., Vega, W.A. (2010). The Epidemiology of Anxiety and Depression in the United States. *Journal Psychiatric Research*, 44(15): 182-199.
- Ladouceur, R., Talbot, F. M., & Dugas, M. J. (1997). *Behavioural expressions of intolerance of uncertainty in worry*. Experimental findings. *Behav Modif*. 21(3), 355 - 371.
- Layard, R. (2015). *หลากหลายข้อค้นพบของศาสตร์ใหม่แห่งความสุข*. แปลจาก *Lessons from a New Science*. โดย รักดี โชติจินดา และเจริญเกียรติ ชนสุขถาวร. กรุงเทพฯ: สอนเงินมีมา.
- Provencher, M. D., Michel, J., Dugas, R., & Robert Ladouceur. (2014). Efficacy of Problem-Solving Training and Cognitive Exposure in the Treatment of Generalized Anxiety Disorder: A case replicational series. *Cognitive and behavior practice*, 404.
- William, W.K. Zung. (1971). *Rating Instrument for anxiety disorder*. Psychosomatics.

เปรียบเทียบปัจจัยภูมิคุ้มกัน พฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติดของนักเรียนในสถานศึกษาที่ผ่าน
มาตรฐานการดำเนินงานทูปีนัมเบอร์วันกับสถานศึกษาที่ยังไม่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงาน
ทูปีนัมเบอร์วัน ในจังหวัดอำนาจเจริญ

Comparison of Immunity Factors on Substance Abuse Risk Behaviors among TO BE
NUMBER ONE standard and non-standard Students
in Amnatcharoen Province

มงคล สุขจิตร์^{1*}, ประเสริฐ ประสมรักษ์¹, ศุภยงค์ เกิดสุข¹, สุขเกษม ร่วมสุข², สุพิชฌาย์ สายเย็น¹
Mongkon Sukjit¹, Prasert Prasomruk¹, Suphayang Koedsuk¹, Sukkasem Ruamsuk², Suphicha Saiyen¹
มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ¹, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ²
Mahidol University, Amnatcharoen Campus¹, Amnatcharoen Provincial Public Health Office²

(Received: December 27, 2022; Revised: August 26, 2023; Accepted: August 31, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบปัจจัยภูมิคุ้มกัน พฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติดของนักเรียนในสถานศึกษาที่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานทูปีนัมเบอร์วันกับ สถานศึกษาที่ยังไม่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงาน ในจังหวัดอำนาจเจริญ จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 232 คนใช้การสุ่ม ตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิง พหุคูณและสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า

ปัจจัยภูมิคุ้มกันของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่างกัน ($M= 4.18, SD=0.57$), ($M=4.08, SD=0.60$) ตามลำดับ และพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.11$) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($M=3.65, SD= 1.26$), ($M=3.51 (SD= 1.31)$) ตามลำดับ

ปัญหาเรื่องการลักขโมยมีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดซึ่งเป็นปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยง ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึง ควรแก้ปัญหาเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงเป็นอันดับแรก

คำสำคัญ: สารเสพติด, ทูปีนัมเบอร์วัน, ปัจจัยภูมิคุ้มกัน, พฤติกรรมเสี่ยง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: mongkon.suk@student.mahidol.edu เบอร์โทรศัพท์ 092-6707976)

Abstract

This cross-sectional analytical research. Aimed to study and compare immune factors, and substance abuse risky behaviors of Students among TO BE NUMBER ONE standard and non-standard Students in Amnatcharoen Province. The sample size was calculated to be 116 people per group. Using multistage random sampling. Collect data using a questionnaire, which had a reliability of 0.94. The data were analyzed by descriptive and inferential statistics, Independent-Samples T-Test analysis.

The results showed that, the immune factors of the study group and the comparison group were not statistically significant at the 0.05 ($p=0.40$) level. The mean was ($M=4.18$, $SD=0.57$), and ($M=4.08$ $SD=0.60$), respectively. And the risk behaviors factors of the study group and the comparison group were not statistically significant at the 0.05 ($p=0.11$) level. The mean was ($M=3.65$, $SD=1.26$), and ($M=3.51$, $SD=1.31$), respectively. The problem of theft has the lowest average, which is a risk behavior factor. Therefore, relevant agencies should solve the problem of risk behavior first.

Keywords: Substance abuse, TO BE NUMBER ONE, Immune factor, Risk behaviors factor

บทนำ

ปัญหา ยาเสพติด นับเป็นปัญหาที่เป็นภัยคุกคามประชากร ซึ่งถือเป็นปัญหาที่สำคัญระดับโลก โดยจากรายงานของสำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) ปี 2022 พบว่า ในทศวรรษที่ผ่านมา มีแนวโน้มการผลิตและการใช้สารเสพติดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี 2010 มีความชุกของผู้ใช้สารเสพติดทั่วโลกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 5 หรือประมาณ 230 ล้านคน และในปี 2020 มีความชุกของผู้เสพสารเสพติดทั่วโลกอยู่ที่ประมาณร้อยละ 5.7 หรือประมาณ 280 ล้านคน โดยจากรายงานฉบับดังกล่าว พบว่า ในปี 2019 ทวีปเอเชีย เป็นทวีปที่มีการใช้สารเสพติดเฉลี่ยในทุกชนิดสารเสพติดสูงเป็นอันดับ 1 คือประมาณ 60 ล้านคน (UNODC, 2022) ในส่วนของประเทศไทยนั้น ในปี 2561 พบว่ามีความชุกของผู้ใช้สารเสพติดภาพรวมทั้งประเทศอยู่ที่ร้อยละ 2 (ภูฟ้าเรสท์โฮม, 2565) โดยจากรายงานสถิติการจับกุมคดียาเสพติดภาพรวมทั้งประเทศ ปีงบประมาณ 2560 ถึงปี 2564 ของสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด พบว่า มีแนวโน้มจำนวนคดีและจำนวนผู้ต้องหาในคดีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปีงบประมาณ 2560 นั้น มีจำนวนคดีทั้งสิ้นประมาณ 260,000 คดี มีผู้ต้องหาจำนวนประมาณ 280,000 คน และในปีงบประมาณ 2564 มีจำนวนคดีเพิ่มขึ้นรวมแล้วกว่า 330,000 คดี และมีจำนวนผู้ต้องหาที่เพิ่มขึ้นรวมกว่า 350,000 คน (นันทพร พงศ์อิศรวานันท์, 2564) ปัญหาเสพติดเป็นปัญหาที่พบได้ในทุกช่วงวัย โดยจากรายงานสถิติผู้ป่วยทั้งหมดที่เสพยาบ้าเป็นยาเสพติดหลักและเสพร่วมกับยาอื่น ๆ ประจำปีงบประมาณ 2564 ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี พบว่า เป็นผู้ซึ่งมีอายุอยู่ระหว่าง 15 ถึง 39 ปี สูงถึงร้อยละ 41.03 โดยในช่วงอายุดังกล่าว พบว่าเป็นวัยรุ่นอายุระหว่าง 15 ถึง 24 ปี สูงถึงร้อยละ 17.49 (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2564) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ UNODC ที่พบปัญหาในวัยรุ่นจนถึงวัยทำงานซึ่งอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 17-34 ปี มากที่สุด โดยพบการเสพในเพศชายมากกว่าเพศหญิง (UNODC, 2022) ทั้งนี้วัยรุ่น ซึ่งอยู่ในช่วงวัยก่อนการเจริญเติบโตเป็นผู้ใหญ่ และนับว่าเป็นวัยที่มีปัญหาเรื่องยาเสพติดมากรองจากวัยทำงาน จึงเป็นวัยที่มีความสำคัญในการแก้ปัญหา อันนำไปสู่การวางแผนเพื่อป้องกันและแก้ปัญหายาเสพติดต่อไป

ปัญหาเรื่องยาเสพติดในวัยรุ่น ส่งผลกระทบเป็นวงกว้างจากหน่วยใหญ่สู่หน่วยย่อยตั้งแต่ระดับประเทศ เนื่องจากเป็นที่ทราบกันดีว่าวัยรุ่นย่อมเติบโตเป็นผู้ทำงานในอนาคต ทั้งด้านความมั่นคง สังคม การศึกษา และเศรษฐกิจไปจนถึงระดับตัวบุคคล (เปรมฤดี หงส์สุทธิ, ภัทรพร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2560) โดยด้านความมั่นคงของชาติ เนื่องจากหากประเทศใดมีประชากรเสพยาเสพติดเป็นจำนวนมาก ประเทศนั้นย่อมจะอ่อนแอ

เศรษฐกิจเสียหาย และมีปัญหาสังคมต่าง ๆ ในด้านสังคม สารเสพติดยังเป็นตัวก่อให้เกิดปัญหาอาชญากรรมอันเนื่องมาจากความต้องการรายได้ในการซื้อหาสารเสพติดต่าง ๆ มาใช้เสพ นอกจากนั้นยังเป็นสาเหตุของปัญหาสังคมอื่น ๆ อีกมากมาย ซึ่งยังรวมไปถึงด้านเศรษฐกิจอีกด้วย (ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด, 2565) และในระดับตัวบุคคล ปัญหาเสพติดก็ส่งผลอย่างร้ายแรงต่อร่างกายผู้เสพ มีผลต่อการทำงานของสมอง (Korponay, Kosson, Decety, Kiehl, & Koenigs, 2017) ระบบไหลเวียนโลหิตมีปัญหา (Matkiewicz, Mateckic, Toborek, Szarmache, Winklewski, 2020) และขาดสติ อันอาจนำไปสู่การเกิดอุบัติเหตุขึ้นได้ สะท้อนให้เห็นถึงความรุนแรงของปัญหาเสพติดที่ส่งผลกระทบอย่างใหญ่หลวงทั้งต่อตนเองและสังคมไทย

ถึงแม้ยาเสพติดจะเป็นปัญหาที่กระจายและแทรกซึมอยู่ในทุกภูมิภาค โดยจากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดของนักเรียน พบว่า ระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียน มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น (สุพันธ์ คะโยธา, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล, 2561; ศรธรรม ภาษา, ชนะชัย อวนวัง, ทักษวัฒน์ เหล่าสุวรรณ, 2563) และระดับปัจจัยภูมิคุ้มกันสารเสพติดของนักเรียน มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น (เปรมฤดี หงส์สุทธิ, ภารภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2560) โดยจากการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางตรงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้สารเสพติดทั้งทางบวกและทางลบ คือ สภาพแวดล้อมทางครอบครัว กลุ่มเพื่อน การสัมผัสปัจจัยเสี่ยงเศรษฐกิจ (นัฐพงษ์ นาอุดม, ศุภวัฒนากร วงศ์ธนวิสุ, 2563) เช่น การอยู่ในพื้นที่ที่มีการเสพยาเสพติด การเล่นเกม (สุพันธ์ คะโยธา, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล, 2561) เป็นต้น ซึ่งมีผลกว่าร้อยละ 59 (วิไลลักษณ์ ลังกา และคณะ, 2560) และเรื่องของความคาดหวังต่อตนเองในการป้องกันสารเสพติดมีผลถึงร้อยละ 17.9 (เปรมฤดี หงส์สุทธิ, ภารภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2560; พณณกร ราชแก้ว, 2564) นอกจากนี้ในกลุ่มผู้เคยกระทำความผิดเกี่ยวกับสารเสพติดหรือผู้เคยเข้ารับการบำบัดโดยบังคับก็มีความเสี่ยงที่จะกลับไปเสพซ้ำสูงกว่าผู้ใช้สารเสพติดเป็นครั้งคราวถึง 12.6 เท่า (อัจฉราพร สุทธิรุ่งวงศ์, ประภา ยุทธไตร, 2556) ปัญหาเสพติดจึงในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่มีจุดเริ่มต้นและแนวทางการแก้ไขจากปัจจัยต่าง ๆ รอบตัว การจะป้องกันและแก้ปัญหาเรื่องยาเสพติดนั้นจึงต้องเริ่มแก้ที่ตัวบุคคลและขยายไปยังระดับที่สูงขึ้น คือ ครอบครัว สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

อย่างไรก็ตาม ภาครัฐและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องก็ได้พยายามในการจัดการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นผ่านการจัดกิจกรรมและโครงการต่าง ๆ ขึ้น เพื่อดึงกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ เข้าร่วมกิจกรรมอันนำไปสู่การสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการติดสารเสพติด โดยหนึ่งในโครงการที่ให้ความสำคัญในการจัดการปัญหาเสพติดอย่างเป็นรูปธรรมนั่นก็คือโครงการทูปีนัมเบอร์วัน (TO BE NUMBER ONE) โครงการดังกล่าวเป็นโครงการที่มีเป้าหมายในการพัฒนาเยาวชนวัยรุ่นให้มีภูมิคุ้มกันทางด้านจิตใจ และเปิดโอกาสให้ผู้เสพและผู้ติดยาเสพติดเปิดเผยตัวเองเพื่อเข้ารับการรักษาฟื้นฟูโดยสมัครใจภายใต้กิจกรรม “ใครติดยายกมือขึ้น” โดยใช้วิธีการดำเนินโครงการที่ยึดวัยรุ่นและเยาวชนเป็นศูนย์กลางภายใต้ยุทธศาสตร์ 3 ประการคือ 1) การรณรงค์ปลูกจิตสำนึกและสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด 2) การเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชน 3) การสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดโดยใช้กลยุทธ์ “เป็นหนึ่งในโดยไม่พึ่งยาเสพติด” (โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, 2560) นอกจากนี้โครงการทูปีนัมเบอร์วันยังเป็นโครงการที่ถูกผลักดันให้สถานศึกษาต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วม โดยจากผลการดำเนินการโครงการนั้น พบว่า มีชมรมในสถานศึกษาของโครงการรวมครอบคลุมร้อยละ 92.32 ซึ่งเป็นนิสิตนักศึกษา และนักเรียนรวมกว่า 10,466,535 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2563) ในจังหวัดอำนาจเจริญนั้น มีสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 29 รวม 22 โรงเรียน และทั้งหมดได้เข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ 100 แต่มีเพียง 3 โรงเรียนเท่านั้นที่ผ่านมาตรฐานระดับประเทศ ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 13.63 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ, 2565) โดยทางโครงการก็ยังคงเดินหน้าเพื่อการจัดและสนับสนุนให้มีกิจกรรมด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดให้แก่เยาวชนในสถานศึกษาทั่วประเทศตามยุทธศาสตร์และแนวทางการดำเนินงานของโครงการทูปีนัมเบอร์วัน (โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, 2561)

จากการที่ปัญหายาเสพติดในปัจจุบันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และส่งผลกระทบอย่างรุนแรงในระดับต่าง ๆ กอปรกับมีสถานศึกษาบางแห่งเท่านั้นที่มีการจัดตั้งชมรมและเข้าร่วมโครงการทูปีนัมเบอร์วัน ดังนั้น จึงจำเป็นต้องศึกษาถึงปัจจัยภูมิคุ้มกัน และพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติดของนักเรียนในสถานศึกษาที่ผ่าน และไม่ผ่านมาตรฐานการ

ดำเนินการโครงการทูปีนัมเบอร์วัน เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยภูมิคุ้มกัน พฤติเสี่ยงในการใช้สารเสพติดของนักเรียนในสถานศึกษาที่ผ่านและไม่ผ่านมาตรฐาน ซึ่งผลจากการวิจัยจะทำให้สถานศึกษาต่าง ๆ ตระหนักในความสำคัญของปัญหาเสพติดในวัยรุ่นมากขึ้น และนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนป้องกันและแก้ปัญหาเรื่องการเสพยาเสพติดที่เกิดขึ้นในวัยรุ่นอย่างจริงจัง และเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

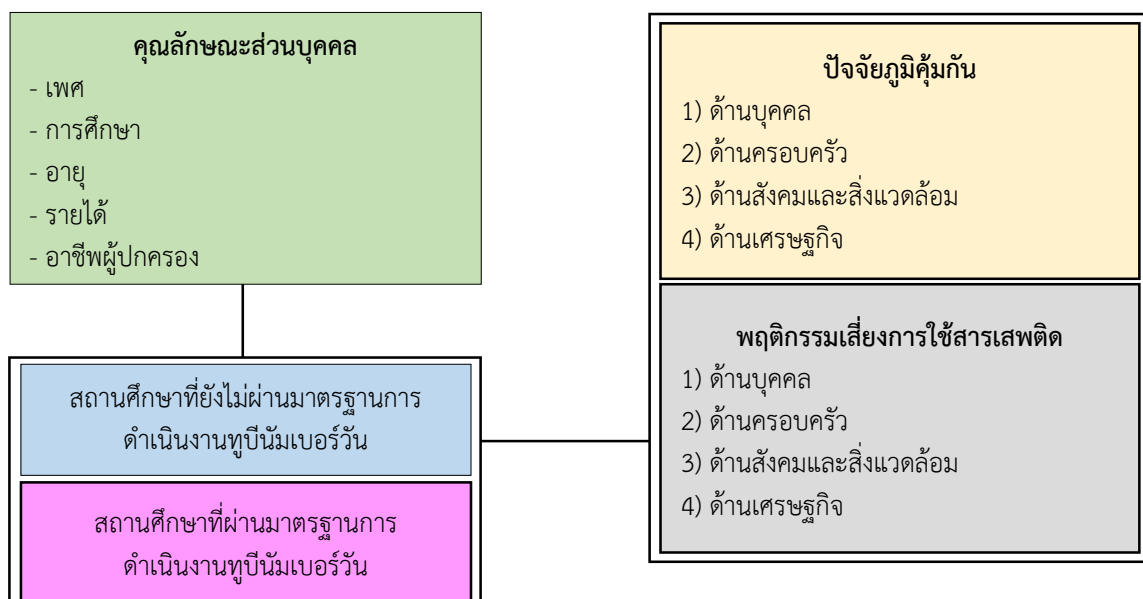
1. เพื่อศึกษาปัจจัยภูมิคุ้มกัน และพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติดของนักเรียนในสถานศึกษาที่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานทูปีนัมเบอร์วัน และสถานศึกษาที่ยังไม่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงาน ในจังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยภูมิคุ้มกันของนักเรียนในสถานศึกษาที่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานทูปีนัมเบอร์วัน กับสถานศึกษาที่ยังไม่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงาน ในจังหวัดอำนาจเจริญ
3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติดของนักเรียนในสถานศึกษาที่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานทูปีนัมเบอร์วันกับสถานศึกษาที่ยังไม่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานในจังหวัดอำนาจเจริญ

สมมติฐานวิจัย

1. นักเรียนในสถานศึกษาที่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานทูปีนัมเบอร์วันมีปัจจัยภูมิคุ้มกันดีกว่าสถานศึกษาที่ยังไม่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงาน
2. นักเรียนในสถานศึกษาที่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานทูปีนัมเบอร์วันมีพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติดน้อยกว่าสถานศึกษาที่ยังไม่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงาน

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนั้น พบว่า ปัจจัยภูมิคุ้มกัน และพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพยาเสพติดนั้นเกี่ยวข้องกับหลายด้านด้วยกัน ผู้วิจัยจึงได้มีการนำแนวคิดต่าง ๆ มารวมกันมารวมกัน และพบว่าสามารถแบ่งปัจจัยออกเป็น 4 ด้านหลัก ได้แก่ ด้านบุคคล ด้านครอบครัว ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ (วิไลลักษณ์ ลังกา, อรุมา เจริญสุข, พัชรภรณ์ ศรีสวัสดิ์, กัมปนาท บริบูรณ์, 2560)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ถึง 6 จำนวน 1,800 คน ในสถานศึกษาที่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานทูปินัมเบอร์วันกับสถานศึกษาที่ยังไม่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานทูปินัมเบอร์วัน ในจังหวัดอำนาจเจริญ

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนในสถานศึกษาที่ผ่าน และไม่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานทูปินัมเบอร์วัน อย่างละ 1 แห่ง ซึ่งสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้จำนวน 116 คนต่อสถานศึกษา จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 สถานศึกษา รวม 232 คน คำนวณจากสูตรเปรียบเทียบประชากรสองกลุ่มแบบอิสระต่อกัน โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงที่สุดกับงานวิจัยในครั้งนี้คือ งานวิจัยของ ปราณี แผนดี ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการลดสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมลดสูบบุหรี่ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชรจังหวัดกำแพงเพชร (ปราณี แผนดี, 2563)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาสร้างเป็นแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ (Google Form) โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบตามข้อเท็จจริงของกลุ่มตัวอย่างในด้านเพศ อายุ ระดับชั้นที่กำลังศึกษา รายได้ และอาชีพผู้ปกครอง ข้อคำถามเป็นแบบมีตัวเลือกตอบ หรือเติมคำลงในช่องว่าง มีจำนวนทั้งสิ้น 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยภูมิคุ้มกัน โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนย่อย คือ ปัจจัยภูมิคุ้มกันด้านบุคคล จำนวน 8 ข้อ, ปัจจัยภูมิคุ้มกันด้านครอบครัวจำนวน 8 ข้อ, ปัจจัยภูมิคุ้มกันด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมจำนวน 6 ข้อ และ ปัจจัยภูมิคุ้มกันด้านเศรษฐกิจจำนวน 3 ข้อ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบตามข้อเท็จจริงมากที่สุดผ่านแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ไม่เลย

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเสี่ยงการเสพติด โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วนย่อย คือ พฤติกรรมเสี่ยงการเสพติดในส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ, พฤติกรรมเสี่ยงการเสพติดในครอบครัวจำนวน 4 ข้อ, พฤติกรรมเสี่ยงการเสพติดในด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมจำนวน 3 ข้อ และ พฤติกรรมเสี่ยงการเสพติดในด้านเศรษฐกิจจำนวน 3 ข้อ โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบตามข้อเท็จจริงมากที่สุดผ่านแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 6 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ไม่เลย ตามแบบของลิเกิร์ต

จากนั้นแปลผลโดยการรวมคะแนนทั้งหมด แล้วจึงหาค่าเฉลี่ยและเปรียบเทียบแต่ละกลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเด็ก จำนวน 2 ท่าน และนักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ผู้ดูแลงานโครงการทูปินัมเบอร์วัน มีค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 และตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดอำนาจเจริญจำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's coefficient alpha ของปัจจัยภูมิคุ้มกัน และพฤติกรรมเสี่ยง มีค่าเท่ากับ .84 และ .94 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งสร้างขึ้นบนระบบออนไลน์ (Google form) ซึ่งได้รับข้อมูลมาจำนวน 232 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 และนำแบบสอบถามลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลตามรายชื่อนักเรียนที่ได้จากการสุ่มอย่างเป็นระบบ โดยให้นักเรียนเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และรวบรวมแบบสอบถามออนไลน์ทั้งหมดเข้าสู่ระบบคอมพิวเตอร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย จำนวน ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติดของนักเรียนในสถานศึกษาที่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานทูปินัมเบอร์วัน กับสถานศึกษาที่ยังไม่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานทูปินัมเบอร์วันด้วยสถิติ Independent t-test ทดสอบการแจกแจงปกติโดยใช้ The Kolmogorov – Smirnov test ได้ค่าการแจกแจงปกติของปัจจัยภูมิคุ้มกัน และพฤติกรรมเสี่ยง มีค่าเท่ากับ .001 และ .000 ตามลำดับ

จากการเลือกใช้สถิติ Independent-Samples T-Test เป็นสถิติในการวิจัยแม้ผลการทดสอบการแจกแจงปกติโดยใช้ The Kolmogorov – Smirnov Test มีผลการทดสอบ คือ แจกแจงไม่ปกติ เนื่องจากมีจำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างมาก คือ กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างละ 116 คน รวม 232 คน และ ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของค่าคะแนนเฉลี่ย (M) ปัจจัยภูมิคุ้มกัน และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพติดมีค่าไม่มาก (Kim, Park, 2019)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยจะชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบวัตถุประสงค์ในการศึกษา และขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม ชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิ์ที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการตอบทั้งหมดผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและจะใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น นอกจากนี้การศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ได้มีการขออนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ หมายเลขรับรอง 10/2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบตอบกลับ 116 คน เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 100 ของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ โดยภาพรวม มีคุณลักษณะทั่วไปที่คล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.4 และ ร้อยละ 72.4 เป็นกลุ่มอายุ 16 ปี ร้อยละ 40.5 และ ร้อยละ 34.5 จำนวนเงินที่ได้รับจากครอบครัวต่ำกว่า 2,500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 62.9 และ ร้อยละ 82.8 ผู้ปกครองประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 40.5 และร้อยละ 50.9 ตามลำดับ แต่ด้านระดับการศึกษาที่กำลังเรียนกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่กำลังเรียนอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 35.4 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบกำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 35.4
2. ข้อมูลปัจจัยภูมิคุ้มกันการเสพติดรายด้าน

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยภูมิคุ้มกันการเสพติดของนักเรียนในสถานศึกษาที่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานทูปินัมเบอร์วัน กับสถานศึกษาที่ไม่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานทูปินัมเบอร์วัน ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ

ด้าน	กลุ่มศึกษา		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	M	SD	M	SD
บุคคล	4.33	0.54	4.17	0.69
ครอบครัว	4.26	0.63	4.12	0.69
สังคมและสิ่งแวดล้อม	3.94	0.75	3.92	0.66
เศรษฐกิจ	4.09	1.07	4.14	0.97

จากตาราง 1 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ปัจจัยภูมิคุ้มกันการเสพติดนั้น กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยรายด้านที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเป็นส่วนใหญ่ โดยกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยด้านบุคคลสูงที่สุด คือ (M= 4.33, SD=0.54)

รองลงมาคือด้านครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($M= 4.26, SD=0.63$) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยด้านบุคคลสูงสุดคือ ($M= 4.17, SD=0.69$) รองลงมาคือด้านครอบครัว มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($M= 4.12, SD=0.69$)

3. ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงการเสพติดรายด้าน

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมเสี่ยงการเสพติดของนักเรียนในสถานศึกษาที่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานทูปินัมเบอร์วัน กับสถานศึกษาที่ไม่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานทูปินัมเบอร์วัน ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ

ด้าน	กลุ่มศึกษา		กลุ่มเปรียบเทียบ	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
บุคคล	3.70	1.41	3.55	1.40
ครอบครัว	3.58	1.40	3.40	1.48
สังคมและสิ่งแวดล้อม	3.97	1.45	3.76	1.42
เศรษฐกิจ	3.53	1.20	3.45	1.30

จากตาราง 2 เมื่อพิจารณาปัจจัยพฤติกรรมเสี่ยงรายด้าน พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงการเสพติดรายด้าน กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยรายด้านที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบทุกข้อ ซึ่งค่าเฉลี่ยมากกว่าแสดงถึงการมีพฤติกรรมในทางที่ ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ โดยกลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมสูงสุด คือ ($M= 3.97, SD=1.45$), รองลงมาคือด้านบุคคล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($M= 3.70, SD=1.41$) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยด้านสังคมและ สิ่งแวดล้อมสูงสุด คือ ($M= 3.76, SD=1.42$) รองลงมาคือด้านบุคคล มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ ($M= 3.55, SD=1.40$)

4. เปรียบเทียบปัจจัยภูมิคุ้มกัน พฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติดในภาพรวม

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานปัจจัยภูมิคุ้มกัน พฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติดของนักเรียนใน สถานศึกษาที่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานทูปินัมเบอร์วัน กับสถานศึกษาที่ไม่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงาน ทูปินัมเบอร์วัน ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ

ตัวแปร	กลุ่มศึกษา		กลุ่มเปรียบเทียบ		<i>t</i>	<i>p-value</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
ปัจจัยภูมิคุ้มกัน	4.18	0.57	4.08	0.60	1.29	0.200
พฤติกรรมเสี่ยง	3.65	1.26	3.51	1.31	0.84	0.055

จากตาราง 3 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบปัจจัยภูมิคุ้มกัน และพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติดใน พบว่ากลุ่ม ศึกษาที่มีค่าเฉลี่ยปัจจัยภูมิคุ้มกัน เท่ากับ ($M= 4.18, SD=0.57$) ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ ($M= 4.08, SD=0.60$) และพฤติกรรมเสี่ยงการเสพติด พบว่า กลุ่มศึกษามีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($M= 3.65, SD=1.26$) ซึ่ง สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($M= 3.51, SD=1.26$) อย่างไรก็ตามพบว่า ทั้งปัจจัยภูมิคุ้มกันและ พฤติกรรมเสี่ยงการเสพติดในกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.20, p=0.06$ ตามลำดับ)

อภิปรายผล

ปัจจัยภูมิคุ้มกัน กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งเป็นนักเรียนที่ผ่าน และไม่ผ่านมาตรฐาน การดำเนินงานโครงการทูปินัมเบอร์วัน มีค่าเฉลี่ยด้านปัจจัยภูมิคุ้มกันที่สูง คือ ($M= 4.18, SD=0.57$) และ ($M= 4.08,$

$SD=0.60$) ตามลำดับ การค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ พณณกร ราชแก้ว ศึกษาเรื่อง ปัจจัยแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันยาเสพติดโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนราธิวาสสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา เขต 15 โดยผลการวิจัยพบว่าระดับภูมิคุ้มกันอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ ($M= 3.82$, $SD=0.96$) (พณณกร ราชแก้ว, 2564) ซึ่งจังหวัดนราธิวาสได้มีการดำเนินการโครงการทูป็นัมเบอร์วันในระดับจังหวัดตาม 3 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญของโครงการทูป็นัมเบอร์วัน ซึ่งมีผลการประเมินผ่านมาตรฐานการดำเนินงานระดับจังหวัดข้อสังเกตที่น่าสนใจคือ กลุ่มศึกษา กลุ่มเปรียบเทียบ และโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนราธิวาส ต่างเป็นสถานศึกษาที่มีโครงการทูป็นัมเบอร์วันเข้าไปส่วนเกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนสถานศึกษาเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันสารเสพติดให้กับเยาวชน ซึ่งทั้ง 3 แห่งนั้นต่างมีผลการวิจัยที่เยาวชนมีปัจจัยภูมิคุ้มกันในระดับมาก หรือมีค่าเฉลี่ยปัจจัยภูมิคุ้มกันที่สูง

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณารายด้านของกลุ่มศึกษา กลุ่มเปรียบเทียบ และโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนราธิวาส สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 15 พบว่า ค่าเฉลี่ยด้านบุคคลมีค่าสูงที่สุด คือ ($M= 4.33$, $SD=0.54$), ($M= 4.17$, $SD=0.69$) และ ($M= 4.00$, $SD=0.86$) ตามลำดับ รองลงมาคือ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมและสิ่งแวดล้อม ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงการดำเนินงานของโครงการทูป็นัมเบอร์วันตามยุทธศาสตร์ในการสร้างปัจจัยภูมิคุ้มกันให้กับเยาวชนที่มีการเข้าถึงในระดับบุคคลมากกว่าระดับอื่น ๆ จึงเป็นผลให้ค่าเฉลี่ยปัจจัยภูมิคุ้มกันระดับบุคคลมีค่าสูงที่สุด

สรุป ปัจจัยภูมิคุ้มกันในกลุ่มศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยที่สูง แสดงถึงการมีภูมิคุ้มกันที่สูงของทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งค่าเฉลี่ยที่สูงที่สุดคือค่าเฉลี่ยระดับบุคคล ซึ่งทั้ง 2 กลุ่มได้มีการดำเนินการโครงการทูป็นัมเบอร์วัน ถึงแม้กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบจะมีความแตกต่างที่การเข้าประกวดเพื่อรับการประเมินมาตรฐาน แต่ทั้ง 2 กลุ่มก็มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมที่ใกล้เคียงกัน จึงอาจเป็นข้อบ่งชี้ว่าโครงการทูป็นัมเบอร์วันเป็นพื้นฐานในการแก้ปัญหาเรื่องพฤติกรรมการเสพยาเสพติด

พฤติกรรมเสี่ยง

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบซึ่งเป็นนักศึกษาที่ผ่าน และไม่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงานโครงการทูป็นัมเบอร์วัน มีค่าเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเสี่ยงที่สูง คือ ($M= 3.65$, $SD=1.26$) และ ($M= 3.76$, $SD=1.42$) ตามลำดับ ซึ่งการที่มีคะแนนเฉลี่ยที่สูงนั้นแสดงถึงการมีพฤติกรรมที่ผิด ไม่เสี่ยงต่อการยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด การค้นพบดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ บุตรฉัตร จันทร์แดง ซึ่งทำการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพยาเสพติดของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนดงหลวงวิทยา อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร คือนักเรียนมีระดับพฤติกรรมเสี่ยงในระดับน้อยที่สุด ($M=1.56$) (บุตรฉัตร จันทร์แดง, 2560) ซึ่งโรงเรียนดงหลวงวิทยาก็เป็นสถานศึกษาที่มีการจัดตั้งชมรมทูป็นัมเบอร์วัน และดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของโครงการมาอย่างต่อเนื่อง ข้อสังเกตที่น่าสนใจคือ กลุ่มศึกษา กลุ่มเปรียบเทียบ และโรงเรียนดงหลวงวิทยา ต่างเป็นสถานศึกษาที่มีการดำเนินการโครงการทูป็นัมเบอร์วันในสถานศึกษา ซึ่งทั้ง 3 แห่งต่างมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงไปในทางที่ดี คือ มีความเสี่ยงน้อย

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณารายด้านที่ทำการศึกษา เปรียบเทียบกับการศึกษาของบุตรฉัตร จันทร์แดงพบว่าในระดับสังคมและสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ยที่ดีกว่าระดับบุคคล ครอบครัว และเศรษฐกิจ โดยกลุ่มศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยที่สูง ($M= 3.97$, $SD=1.45$), ($M= 3.76$, $SD=1.42$) ตามลำดับ (บุตรฉัตร จันทร์แดง, 2560) ซึ่งหมายถึงการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่น้อย ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการวิจัยของโรงเรียนดงหลวงวิทยา ซึ่งภาพรวมแล้วปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมจะมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยที่สุด ($M= 1.52$, $SD=0.39$) ในด้านพฤติกรรมเสี่ยงโครงการทูป็นัมเบอร์วันจึงมีผลในการเข้าไปลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเยาวชนในระดับสังคมและสิ่งแวดล้อมมากกว่าด้านอื่น ๆ ทั้งนี้ การที่โครงการมีผลต่อด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมมากที่สุดนั้น สืบเนื่องมาจากการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ของโครงการ คือ การสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติด ซึ่งเป็นการดำเนินการโดยเน้นที่ภาพรวมในระดับสังคม (โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, 2561) ซึ่งเมื่อพฤติกรรมเสี่ยงมักเกิดขึ้นจากสังคมและสิ่งแวดล้อมตามผลการศึกษาของ นัฐพงษ์ นาอุดม และศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวิสุ เรื่อง สาเหตุของการติดยาเสพติดกรณีศึกษาชุมชนคุ้มสระบัวตำบล พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของบุคคลจะมี

สิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมเสี่ยง (นัฐพงษ์ นาอุดม, ศุภวัฒนากร วงศ์ธนวสุ, 2563) ดังนั้น ยุทธศาสตร์ดังกล่าวของโครงการทูปีนัมเบอร์วันจึงเข้าไปมีผลต่อพฤติกรรมมากกว่าด้านอื่น ๆ

สรุป กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงที่สูง แสดงถึงการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเสพติด โดยทั้ง 2 กลุ่มได้มีการดำเนินการโครงการทูปีนัมเบอร์วัน ถึงแม้กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบจะมีความแตกต่างที่การเข้าประกวดเพื่อรับการประเมินมาตรฐาน แต่ทั้ง 2 กลุ่มก็มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมที่ใกล้เคียงกัน จึงอาจเป็นข้อบ่งชี้ว่าโครงการทูปีนัมเบอร์วันเป็นพื้นฐานในการแก้ปัญหาเรื่องพฤติกรรมเสพติด ทั้งนี้ คณะแผนกในระดัปลำดับสูงและสิ่งแวดล้อมมีค่าเฉลี่ยที่สูงที่สุดเนื่องจากสังคมและสิ่งแวดล้อมมีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงการเสพติด

เปรียบเทียบการปรับใช้โครงการทูปีนัมเบอร์วันเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันและลดพฤติกรรมเสี่ยงการเสพติด จากผลการศึกษา พบว่า ทั้งกลุ่มศึกษา และกลุ่มเปรียบเทียบมีผลการศึกษาไปในทางที่สอดคล้องกันคือ เป็นสถานศึกษาที่มีการดำเนินการโครงการทูปีนัมเบอร์วัน แม้จะได้รับการประเมินมาตรฐานหรือไม่ได้รับการประเมินมาตรฐานต่างก็มีความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติตนเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันต่อการเสพติด และหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงในการนำไปสู่การเสพติด ทั้งนี้เนื่องจากสถานศึกษาทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบต่างมีการดำเนินโครงการตามยุทธศาสตร์ (โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, 2561) ซึ่งจากผลการศึกษาทั้งปัจจัยภูมิคุ้มกัน และพฤติกรรมเสี่ยงในการเสพติดนั้น มีค่าเฉลี่ยระดับบุคคล และครอบครัวที่สูง ซึ่งสะท้อนให้เห็นความสอดคล้องในการใช้ยุทธศาสตร์ด้านการรณรงค์ปลูกจิตสำนึก และสร้างกระแสนิยมที่เอื้อต่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดที่เข้มแข็งจนนำมาซึ่งค่าเฉลี่ยที่สูง และการมีค่าเฉลี่ยด้านบุคคล ครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ ที่สูง สะท้อนถึงการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตใจให้แก่เยาวชนอย่างเข้มแข็งตามยุทธศาสตร์ของโครงการ และเมื่อมีการดำเนินการ 2 ยุทธศาสตร์ที่เข้มแข็งย่อมส่งผลต่อการสร้างและพัฒนาเครือข่ายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดให้มีความเข้มแข็ง

อย่างไรก็ตาม ตามผลการศึกษาปัจจัยภูมิคุ้มกันนั้น พบว่า มีค่าเฉลี่ยด้านบุคคลสูงที่สุด รองลงมาคือ ครอบครัว เศรษฐกิจ และสังคมและสิ่งแวดล้อมตามลำดับ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าโครงการทูปีนัมเบอร์วันมีการเข้าถึงในระดับบุคคลอย่างมีประสิทธิภาพในการเพิ่มภูมิคุ้มกัน ส่วนในระดับที่กว้างขึ้นโครงการยังมีการเข้าถึงที่ไม่ดีนัก ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการสนับสนุนผลวิจัยว่า โครงการทูปีนัมเบอร์วัน เป็นโครงการที่ยังลึกลงถึงการแก้ปัญหาตั้งแต่ระดับบุคคล และกำลังพัฒนาเพิ่มประสิทธิภาพขยายสู่วงกว้างให้มากขึ้น

สรุป โครงการทูปีนัมเบอร์วัน อาจเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยสร้างปัจจัยภูมิคุ้มกัน และลดพฤติกรรมเสี่ยงการเสพติดในสถานศึกษาได้ แม้เป็นเพียงสถานศึกษาที่มีการจัดตั้งชมรม แต่ยังไม่มีการส่งเสริมเพื่อเข้าประกวดรับการประเมินในระดับต่าง ๆ แต่คุณภาพการดำเนินการด้านการป้องกันยาเสพติดก็ไม่ได้ด้อยแม้แต่น้อย อันเนื่องมาจากต่างดำเนินการโดยยึด 3 ยุทธศาสตร์สำคัญในการขับเคลื่อนโครงการภายในสถานศึกษาให้มีประสิทธิภาพ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้ เป็นการคัดเลือกสถานศึกษาโดยการสุ่มเลือก 2 สถานศึกษาจาก 2 กลุ่ม คือ สถานศึกษาที่ผ่าน และไม่ผ่านมาตรฐานการดำเนินงาน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีค่าเฉลี่ยปัจจัยภูมิคุ้มกัน และพฤติกรรมเสี่ยงที่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อันเป็นผลเนื่องมาจากลักษณะการดำเนินงานโครงการที่แตกต่างกัน โดยกลุ่มศึกษาเลือกพัฒนากลุ่มแกนนำก่อน ซึ่งปัจจุบัน ก็อยู่ระหว่างการพัฒนา กลุ่มแกนนำ ทำให้การเก็บข้อมูลของผู้วิจัยที่เลือกผู้ตอบแบบสอบถามจากการสุ่มอย่างเป็นระบบในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ได้ข้อมูลทั้งจากนักเรียนที่เป็นสมาชิกชมรม และไม่ใช่มชิกชมรม ค่าเฉลี่ยจึงไม่สูงอย่างที่คาดการณ์ และในส่วนของกลุ่มเปรียบเทียบมีการดำเนินโครงการในลักษณะของการพัฒนานักเรียนไปพร้อมกันทั้งโรงเรียน โดยไม่แยกพัฒนากลุ่มผู้นำก่อน ซึ่งปัจจุบันอยู่ในขั้นตอนการพัฒนา ทำให้การเก็บข้อมูล โดยสุ่มผู้ตอบแบบสอบถามโดยใช้วิธีการสุ่มเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบได้ข้อมูลจากนักเรียนที่มีค่าใกล้เคียงกัน ด้วยเหตุนี้เมื่อนำผลมาเฉลี่ย กลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบจึงมีค่าเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกันมาก จนผลที่ได้ทำให้ปัจจัยภูมิคุ้มกัน และพฤติกรรมเสี่ยงมีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อย่างไรก็ตาม การประเมินผลโครงการทูปีนัมเบอร์วันนอกจากประเมินผลจากการปฏิบัติของนักเรียนในสถานศึกษาแล้วยังมีการประเมินจากการประกวดต่าง ๆ ซึ่งหากไม่เข้าประกวดก็จะมีผลต่อการประเมินมาตรฐานของสถานศึกษานั้น ๆ ด้วย โดยสาเหตุของการไม่ส่งประกวดเพื่อรับการประเมินมาตรฐานนั้นก็มีเหตุผลต่าง ๆ เช่น งบประมาณ ความพร้อม และอื่น ๆ ดังนั้นการที่สถานศึกษากลุ่มเปรียบไม่ผ่านมาตรฐานจึงไม่ได้หมายความว่ามีความล้มเหลวปัจจัยภูมิคุ้มกันที่น้อย หรือมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมเสี่ยงที่สูง

งานวิจัยนี้มีข้อจำกัดด้านเครื่องมือ แบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลปัจจัยภูมิคุ้มกัน และพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างมีการนิยามความหมายของระดับการประมาณค่าทั้ง 6 ระดับที่กว้างเกินไป ทำให้ผู้ตอบแบบสอบถามอาจเกิดความสับสนในการนับจำนวนครั้งของพฤติกรรมต่อเดือนได้ ข้อจำกัดด้านเวลา ระยะในการเก็บข้อมูลน้อย ทำให้การเก็บข้อมูลด้วยความเร่งรีบ อีกทั้งช่วงที่ทำการลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลนั้น เป็นช่วงที่สถานศึกษาทั้งกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบมีกิจกรรมสำคัญ ซึ่งส่งผลโดยตรงในการเก็บแบบสอบถามที่ต้องใช้เวลามากเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างตามที่ได้ สุ่มไว้ และข้อจำกัดด้านระเบียบวิธีวิจัย การเก็บข้อมูลโดยการสุ่มอย่างเป็นระบบ ทำให้ต้องเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่ได้จากการสุ่ม ซึ่งจากข้อจำกัดเรื่องเวลาทำให้การเก็บข้อมูลตามรายชื่อจึงทำได้ยากและใช้เวลามาก

การนำผลวิจัยไปใช้

ส่วนราชการผู้ดูแลด้านความมั่นคง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์การบริหารส่วนจังหวัด สถานศึกษา ผู้นำชุมชน ควรนำข้อมูลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ประกอบการวางแผนเพื่อป้องกันปัญหาเสพติดตามปัจจัยต่าง ๆ ที่สะท้อนออกมาตามผลวิจัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านพฤติกรรมเสี่ยงที่ยังมีการจัดการปัญหาได้ไม่ดีนัก การจัดการอย่างจริงจังและเป็นรูปธรรมจะมีส่วนช่วยในการแก้ปัญหาเรื่องการเสพสารเสพติดในวัยรุ่นได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาอำนาจการทำนายของประเด็นยุทธศาสตร์ของโครงการทูปีนัมเบอร์วัน ต่อปัจจัยภูมิคุ้มกันและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเสพสารเสพติด
2. ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างสถานศึกษาที่ดำเนินการโครงการทูปีนัมเบอร์วันซึ่งผ่านการประเมินมาตรฐานระดับเงินทองเป็นต้นไป กับสถานศึกษาซึ่งยังไม่ได้รับการประเมิน หรือศึกษาจังหวัดที่มีการดำเนินการโครงการทูปีนัมเบอร์วันในระดับเงินเป็นต้นไป เช่น ขอนแก่น ยโสธร เป็นต้น กับจังหวัดที่ยังอยู่ระดับต่ำกว่าเงิน

รายการอ้างอิง

- คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย[อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ป.) สืบค้นเมื่อ 6 เมษายน 2566 จาก <http://human.skru.ac.th/research/datafile/6-13.PDF>
- โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (TO BE NUMBER ONE). (2560). คู่มือการดำเนินงาน โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด TO BE NUMBER ONE ในทุกระดับของมหาดไทยฉบับปรับปรุงปี 2560. สืบค้นเมื่อ 4 กันยายน 2565 จาก <http://www.tobefriend.in.th/dataservice/files/ds2-manualAndTech/manual/34.คู่มือการดำเนินงานฉบับปรับปรุงใหม่2560.pdf>
- โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (TO BE NUMBER ONE). (2560). บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานหลัก. สืบค้นเมื่อ 4 กันยายน 2565 จาก <http://www.tobefriend.in.th/abouttobe/content6.php>
- โครงการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด (TO BE NUMBER ONE). (2560). สรุปผลงานโครงการ To Be Number One. สืบค้นเมื่อ 4 กันยายน 2565 จาก <http://www.tobefriend.in.th/abouttobe/files/content10/สรุปผลงาน61.pdf>

- นัฐพงษ์ นาอุดม, ศุภวัฒน์กร วงศ์ธนวิสุ. (2563). สาเหตุของการติดยาเสพติดกรณีศึกษาชุมชนคุ้มสระบัวตำบลในเมืองอำเภอเมืองจังหวัดร้อยเอ็ด. *Journal of Modern Learning Development*, 6, 102-115.
- นันทพร พงศ์อิศวานันท์. (2564). รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและปราบปรามยาเสพติด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม.
- บุตรฉัตร จันทร์แดง. (2560). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนดงหลวงวิทยา อำเภอดงหลวง จังหวัดมุกดาหาร (วิทยานิพนธ์ระดับปริญญาโทบริหารบัณฑิต). สืบค้นเมื่อ 9 กันยายน 2565 จาก <http://fulltext.rmu.ac.th/fulltext/2560/122595/Jandaeng%20Burachat.pdf>
- ปราณี แผนดี. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการลดสูบบุหรี่ต่อพฤติกรรมลดสูบบุหรี่ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชรจังหวัดกำแพงเพชร. (วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยนเรศวร).
- เปรมฤดี หงส์สุทธิ, ภัทรกร เสง้อุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์. (2560). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดสารเสพติดของนักเรียนชายโรงเรียนขยายโอกาส. *วารสารพยาบาลวิทยาลัยบรมราชชนนี กรุงเทพฯ*, 33(3), 112-123.
- พนณกร ราชแก้ว. (2564). ปัจจัยแรงจูงใจที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการยาเสพติดโรงเรียนมัธยมศึกษาในจังหวัดนราธิวาสสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 15. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 14(1), 99-115.
- ภูฟ้าเรสท์โฮม. สถิติผู้ป่วยสารเสพติดในประเทศไทย. (2565) สืบค้นเมื่อ 4 กันยายน 2565 จาก <https://www.phufaresthome.com/blog/stat-of-drug-addict-in-thai/>
- วีไลลักษณ์ ลังกา, อรุณา เจริญสุข, พัชรภรณ์ ศรีสวัสดิ์, กัมปนาท บริบูรณ์. (2560). โมเดลเชิงสาเหตุของปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยภูมิคุ้มกันที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงการใช้สารเสพติดของเด็กและเยาวชนในพื้นที่หมู่บ้านอาสาพัฒนาและป้องกันตนเอง (อพป.). *วารสารวิธีวิทยาการวิจัย*, 30(1), 101-118.
- ศูนย์วิชาการด้านยาเสพติด. ผลกระทบของสารเสพติด. (2549). สืบค้นเมื่อ 4 กันยายน 2565 จาก https://nctc.oncb.go.th/ewt_news.php?nid=304&filename=index
- ศรธรรม ภาษา, ชนะชัย อวนวัง, พิชชวัฒน์ เหล่าสุวรรณ. (2563). พฤติกรรมเสี่ยงต่อยาเสพติดของนักเรียนโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. *วารสาร มจร อุบลปริทรรศน์*, 21(3), 291-302.
- สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (สบยช.). (2564). สถิติผู้ป่วยทั้งหมดที่เสพยาบ้าเป็นยาเสพติดหลัก และเสพร่วมกับยาอื่น ๆ ประจำปีงบประมาณ 2561-2564. สืบค้นเมื่อ 4 กันยายน 2565 จาก http://www.pmnidat.go.th/thai/index.php?option=com_content&task=view&id=3469&Itemid=53
- สุวพันธุ์ คณะโยธา, วุฒิพงศ์ ภักดีกุล. (2561). ปัจจัยเสี่ยงต่อการใช้สารเสพติดและปัจจัยที่มีผลต่อการป้องกันยาเสพติดของเยาวชนในโรงเรียนมัธยมศึกษาเขตเทศบาลสกลนคร. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 3, 84-95.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. จำนวนสถานศึกษาในระบบโรงเรียน จำแนกตามสังกัด ในกรุงเทพมหานครและส่วนภูมิภาค ปีการศึกษา 2559 – 2563. สืบค้นเมื่อ 4 กันยายน 2565 จาก <http://statbbi.nso.go.th/staticreport/page/sector/th/03.aspx>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. (2561). รายงานโครงการทูปีนัมเบอร์วันจังหวัดอำนาจเจริญ. อำนาจเจริญ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ.
- อัจฉราพร สุทธิรักษ์, ประภา ยุทธไธโร. (2556). ปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในทางที่ผิดและติดศาลของผู้เข้ารับการรักษาพิษในในระบบบังคับบำบัด. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(4), 371-384.
- Bernard, R. (2000). *Fundamental of biostatistics*. Duxbery: Thomas learning. 308.

- Kim, T. K., Park, J. H. (2019). More about the basic assumptions of t-test: normality and sample size. Korean. *J Anesthesiol.* 72(4): 331-335. doi: 10.4097/kja.d.18.00292.
- Korponay, C., Kosson, S. D., Decety, J., Kiehl, A. K. & Koenigs, M. (2017). Brain Volume Correlates with Duration of Abstinence from Substance Abuse in a Region-Specific and Substance-Specific Manner. *Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 2(7), 626–635.
- Małkiewicz, A. M., Mateckic, A., Toborek, M., Szarmache, A., Winklewski, J. P. (2020). Substances of abuse and the blood brain barrier: Interactions With physical exercise. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 119, 204-216.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *Global overview drug demand drug Supply*[Internet]. (2021) Vienna: United Nations publication.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *Executive summary policy implication*. Vienna: United Nations publication.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). *Global overview drug demand drug supply*. Vienna: United Nations publication.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ
ในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

The relationship between Health Literacy of local wisdom and quality of life of
the elderly in Meuang District, Phetchaburi Province

สนธิตาพร กลิ่นทอง* วณิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, กิตติศักดิ์ รุจิกาญจนรัตน์, เบญจวรรณ ดุนขุนทด, ณัฐกร นิลเนตร,
รัชดาวัลย์ จิตพรกุลวสิน และประเสริฐ ศรีนวล

Santhitaporn Klinthong,* Vanida Durongrittichai, Kitisak Rujiganjanarat,
Benjawan Dunkhantod Nathakon Nilnate, Ratchadawan Jitpornkulwasin, and Praseart Srenual

คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี¹

Faculty of Nursing and Allied Health Science, Phetchaburi Rajabhat University

(Received: September 28, 2022; Revised: August 28, 2023; Accepted: August 31, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณได้จำนวน 322 คน และใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.93 และ 1 ตามลำดับ และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ .92 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. คุณภาพชีวิตและความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=72.34$, $SD=12.32$ และ $M=64.62$, $SD=12.84$ ตามลำดับ)

2. ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทุกด้านในระดับต่ำ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.01$

ดังนั้นควรหาแนวทางพัฒนาความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสมุนไพรไม่ถูกวิธี โดยจัดทำโครงการที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุในบริบทของชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่สามารถประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการดูแลสุขภาพ และเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, คุณภาพชีวิต, ภูมิปัญญา สมุนไพร ความรอบรู้ทางสุขภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: santhitaporn.kli@mail.pbru.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 0983049542)

Abstract

A cross-sectional study aimed to study the relationship between health literacy of local wisdom and the quality of life of the elderly. The sampling group consisted of 322 older adults aged 60 years and over. The sample size was set by a formula sampling calculation and selected by a simple random sampling method. The content validity index (CVI) values of the questionnaires in Sections 2 and 3 were 0.93 and 1, respectively. The Cronbach's alpha reliability coefficients were 0.92 and 0.90. Data were analyzed using frequency, percentage, mean, and standard deviation, and the correlation between health literacy of local wisdom and quality of life was analyzed by Pearson's correlation. The study found that

1. The overall quality of life and the knowledge of local wisdom on the health of the elderly were medium-level ($M=72.34$, $SD=12.32$ and $M=64.62$, $SD=12.84$, respectively).
2. The health local wisdom knowledge was positively associated with the quality of life of the elderly in all aspects at a low level, with statistical significance at $p < 0.01$.

Therefore, it is important to establish guidelines for the development of health-related local wisdom knowledge, especially among the elderly, who are at risk of using herbs improperly. An effective program should be established to address the causal or contextual factors in the community. To ensure that the local elderly may apply the health literacy of local wisdom to improve their quality of life.

Keywords: Elderly, Quality of life, Wisdom, Herbs, Health Literacy

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ซึ่งในปี พ.ศ. 2565 พบว่าจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 18.94 ของประชากรทั้งประเทศ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2565) อายุที่เพิ่มมากขึ้นนำมาซึ่งภาวะเสี่ยงและปัญหาต่าง ๆ ทั้งทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ ปัญหาที่อยู่อาศัย เป็นต้น ปัญหาดังกล่าวนอกจากกระทบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยตรงแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อชุมชนและสังคมในภาพรวมด้วย การศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้านพบว่าเกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ชีวิตที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว บุคคลแวดล้อมหรือการมีกิจกรรมทางสังคมในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ โดยมีผลต่อให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจและรับรู้ถึงสถานะด้านร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคมและสภาพแวดล้อมของตนในการดำรงชีวิตว่ามากน้อยเพียงใดเมื่อเทียบกับความคาดหวัง มาตรฐานหรือความตระหนักที่มีในช่วงบั้นปลายของชีวิต (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557) โดยพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ สถานภาพสมรสหรือรายได้แตกต่างกันมีผลอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตด้านต่าง ๆ เช่น ด้านสภาพความเป็นอยู่ สภาพร่างกาย การตัดสินใจด้วยตนเอง การรวมกลุ่มทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (อรนิษฐ์ แสงทองสุข, 2562) ขณะที่อีกหลายการศึกษาพบว่าระดับการศึกษา การออกกำลังกายมีผลต่อคุณภาพชีวิต ขณะที่ลักษณะการครองครองที่อยู่อาศัย การประกอบอาชีพ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การประกอบกิจกรรมทางศาสนาก็พบว่าสามารถอธิบายหรือทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (ปิยภรณ์ เลหาบุตร 2557; มั่นโชค ดอเลาะ 2559; เจษฎา นกน้อย และวรรณภรณ์ บริพันธ์ 2560; Seangpraw, Ratanasiripong, & Ratanasiripong, 2019) สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่าอายุ เพศ สถานภาพสมรส สภาพความเป็นอยู่ ระดับการศึกษา การทำกรงานอาชีพ ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลแวดล้อม การใช้เครื่องมือติดต่อสื่อสาร (Devraj & D'mello, 2019) ระดับรายได้ (Oo, Punpuing, & Chamchan, 2015) มีการเจ็บป่วยที่เป็นภาระทางสุขภาพ ความสามารถทางกายอยู่ในระดับต่ำ (Klompstra Leonie, Ekdahl Anne W, Krevers Barbro, Milberg Anne, & Eckerblad, Jeanette., 2019) การมีโรคร่วม ความสามารถในการรับรู้ ภาวะ

ซึมเศร้าและความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพที่ได้รับ (Bornet, Truchard, Rochat, Pasquier, & Monod, 2017) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้สัมพันธ์หรืออธิบายหรือมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญที่สถิติ

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและนำมาซึ่งคุณภาพชีวิต คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และส่งต่อข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม (อังคินันท์ อินทรกำแหง, พิษชาดา สุทธิแป้น, วิริณธ์ กิตติพิชัย และ Ann Macaskill 2561) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนที่ยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ด้านสุขภาพ ส่งผลให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศที่เพิ่มสูงขึ้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ปัญหาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุส่วนหนึ่งเกิดจากการขาดความรู้ที่ชัดเจนเรื่องการดูแลสุขภาพ โดยพบว่า การที่บุคคลมีความรู้ไม่ได้เป็นข้อยืนยันว่าจะปฏิบัติตามสิ่งที่ตนรู้เสมอไป (ปาจรา โพธิ์หัง, 2564) ปัจจุบันวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยพบว่าอัตราการตายของคนไทยมีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อและโรคเรื้อรัง (กฤษกร สมานทรัพย์, 2562). ทำให้ประชาชนบางกลุ่มโดยส่วนมากเป็นผู้สูงอายุที่มีองค์ความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นในการใช้สมุนไพรเริ่มหันกลับมาดูแลสุขภาพด้วยการแพทย์ทางเลือก และการแพทย์พื้นบ้าน เช่น การพอก ทา ประคบ หรืออบด้วยสมุนไพรซึ่งเป็นภูมิปัญญาที่สืบทอดกันมา (สุวิมล มณีโชติ, 2559; สิริญา ธาสนาน, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และใจเพชร กล้าจน, 2558) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ขาดความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมที่ถูกต้องในการใช้สมุนไพรเพื่อสุขภาพ (สุธิดา สุทธิรักษ์, 2558)

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยการส่งเสริมความรู้รอบรู้ทางสุขภาพในการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรจึงมีความสำคัญในการช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดโรคทั้งทางตรงและทางอ้อม ผลทางตรงจะทำให้การใช้จ่ายสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรถูกต้องตามแผนการรักษา ความสม่ำเสมอของการกินยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรและการปฏิบัติตัวให้เกิดความปลอดภัย ส่วนผลทางอ้อมเกิดจากเมื่อมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ก็จะช่วยเพิ่มศักยภาพในการเลือกใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรและปรับวิถีการดำรงชีวิต (ปณดา รามไพบุลย์, ระวีวรรณ เจริญทรัพย์, รัชนิ สรรเสริญ และพิษณุรักษ์ กันทวิ, 2562) ดังนั้น การส่งเสริมการใช้สมุนไพรไทยเพื่อการรักษาโรคและการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการใช้ยาและแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบันจะเป็นการช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนและช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพในภาพรวม (นิตยา แสงประจักษ์ และคณะ, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ.2545-2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2563 ยุทธศาสตร์ที่ 22 ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ที่กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและดูแลตนเองเบื้องต้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพด้วยรูปแบบที่หลากหลาย (Ministry of Social Development and Human Security, 2020) จากการวิเคราะห์แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2554 – 2563 พบว่ารัฐบาลมีเป้าหมายหลักในการลดการเกิดโรค ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลให้แก่ประชาชน เน้นส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองตามภูมิปัญญาท้องถิ่น (เพียว พงษ์ศักดิ์ชาติ, ชุตติมา มาลัย, นิตติยา น้อยสีภูมิ และมนัสวี จำปาเทศ, 2562)

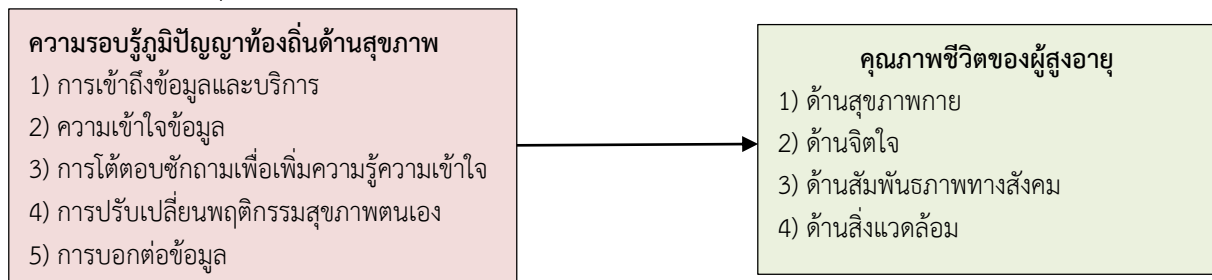
จากการสำรวจพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี (สันธิตาพร กลิ่นทอง, 2560) พบว่าพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนอยู่ในระดับปานกลางและประชาชนมีความรู้และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคไม่แตกต่างกันแม้จะมีความรู้แตกต่างกันก็ตาม และในจังหวัดเพชรบุรีมีการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แต่ยังมีการศึกษาในประเด็นเฉพาะความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพค่อนข้างน้อย ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้มาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดการความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพโดยเฉพาะการใช้สมุนไพรในการดูแลและรักษาอาการเจ็บป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดงานวิจัยความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุประยุกต์มาจากกรอบแนวคิดของ เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรียา อินทนา, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, เพ็ญจมาศ คำธนะ และ นางนภัทร รุ่งเนย (2562) โดยกล่าวถึงความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุตามแนวคิดของ Ishikawa (2008) เป็นการที่ผู้สูงอายุมีทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจและมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อการมีสุขภาพดี โดยผู้สูงอายุมีบทบาท 3 ระดับ ได้แก่ 1. ระดับการทำหน้าที่ของบุคคล ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานในการดำเนินชีวิตประจำวัน 2. ระดับการสื่อสาร เป็นทักษะขั้นสูงที่ทำให้บุคคลแยกแยะข้อมูลได้ และ 3. ระดับการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เป็นทักษะขั้นสูงที่สุดที่บุคคลวิเคราะห์ข้อมูลอย่างมีวิจารณญาณและใช้ข้อมูลในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 22,955 คน (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพชรบุรี, 2563)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 322 คน ผู้วิจัยคำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel (1995) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ สื่อสารได้อย่างเข้าใจ และยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย และเกณฑ์คัดออก คือ ย้ายออกหรือขอถอนตัวระหว่างการวิจัย ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ด้วยวิธีจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ รายได้ต่อเดือน และระดับการช่วยเหลือตนเอง

ส่วนที่ 2 ความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ ประยุกต์จากการเสริมสร้างและประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561) จำนวน 15 ข้อ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ 2) ความเข้าใจข้อมูล 3) การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ

4) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และ 5) การบอกต่อข้อมูล ลักษณะคำตอบจะเป็นคำตอบแบบถูก ผิด โดยตอบถูก เท่ากับ 1 คะแนน ตอบผิดเท่ากับ 0 คะแนน และรวมคะแนนแปลผลตาม เกณฑ์ดังนี้ (Bloom et al., 1971) คือ

คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในระดับต่ำ

คะแนนระหว่างร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 79.99 หมายถึง มีความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80 หมายถึง มีความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในระดับสูง

ส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (WHOQOL-BREF-THAI) จำนวน 26 ข้อ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านสุขภาพกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และ 4) ด้านสิ่งแวดล้อม ให้คะแนนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย = 1 เล็กน้อย=2 ปานกลาง=3 มาก=4 มากที่สุด=5 เกณฑ์การให้คะแนนคุณภาพชีวิตภาพรวมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (26-30 คะแนน) คุณภาพชีวิตปานกลาง (61-91 คะแนน) และคุณภาพชีวิตที่ดี (96-130 คะแนน) (แบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อยฉบับภาษาไทย)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยวิเคราะห์หาความแม่นยำโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้านผู้สูงอายุ ด้านการแพทย์แผนไทย และการวัดและประเมินผล ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามส่วนที่ 2 ความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ เท่ากับ .93 และค่า CVI ของแบบสอบถามส่วนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ 1.00 หาค่าความเที่ยงในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช่ประชากรในชุมชนที่ศึกษา ตำบลบ้านหม้อ อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 30 คน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เท่ากับ .92 และ .90 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงส่งหนังสือขอความร่วมมือไปยังกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามจำนวน 322 ชุด ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถทำแบบสอบถามได้ ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ผู้สูงอายุด้วยตนเอง และนำแบบสอบถามที่เก็บรวบรวมข้อมูลสมบูรณ์แล้วมาวิเคราะห์ตามค่าสถิติที่กำหนดไว้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลระดับความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไปโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product-moment correlation) ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น คือเมื่อทดสอบด้วย Kolmogorov Smirnov Test พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Normal Distribution) และทดสอบด้วย Scatterplot พบว่าความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การแปลความหมายของความสัมพันธ์ดังนี้

ค่า r 0.01 - 0.20 มีความสัมพันธ์ต่ำมาก

ค่า r 0.21 - 0.40 มีความสัมพันธ์ต่ำ

ค่า r 0.41 - 0.60 มีความสัมพันธ์ปานกลาง

ค่า r 0.61 - 0.80 มีความสัมพันธ์สูง

ค่า r 0.81 - 1.00 มีความสัมพันธ์สูงมาก

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะพยาบาลศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี หนังสือรับรองจริยธรรมเลขที่ NPBRU01-2564 (30 พฤศจิกายน 2564)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (n = 322)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	102	31.67
หญิง	220	68.33
อายุ (ปี)		
60-70	168	52.17
71-80	98	30.43
มากกว่า 80	56	17.40
ค่าเฉลี่ย 71.34 (SD = 8.36)		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้รับการศึกษา	24	7.46
ประถมศึกษา	254	78.88
มัธยมศึกษา	22	6.83
สูงกว่ามัธยมศึกษา	22	6.83
สถานภาพสมรส		
โสด	59	18.32
สมรส	167	51.86
หม้าย/ หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	96	29.82
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	160	49.68
ประกอบอาชีพ	162	50.31
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
< 3,000	234	72.67
3,001-6,000	50	15.54
6,001-9,000	15	4.65
≥ 9,000	23	7.14
ระดับการช่วยเหลือตนเอง		
ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ ร่วมกิจกรรมสังคมได้	282	87.58
ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้บ้าง ร่วมกิจกรรมสังคมไม่ได้	36	11.18
ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันไม่ได้	4	1.24

จากตาราง 1 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.33 ช่วงอายุ 60-70 ปี ร้อยละ 52.17 ($M = 71.34$, $SD = 8.36$) จบระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 78.88 สถานภาพสมรส ร้อยละ 51.86 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 49.68 มีรายได้น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 72.67 และมีระดับการช่วยเหลือตนเองสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้/ร่วมกิจกรรมสังคมได้ ร้อยละ 87.58

2. ระดับความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตาราง 3 ระดับความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 322)

ความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพแยกรายด้าน	M	SD	แปลผล
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	62.13	12.34	ปานกลาง
2. ความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ	66.13	13.45	ปานกลาง
3. การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	48.53	11.87	ต่ำ
4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองจากการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	41.91	13.04	ต่ำ
5. การบอกต่อข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	44.47	11.65	ต่ำ
ภาพรวม	64.62	12.84	ปานกลาง

จากตาราง 2 ความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 64.62$, $SD = 12.84$) โดยที่ระดับมิติความเข้าใจข้อมูลสูงที่สุด ($M = 66.13$, $SD = 13.45$) รองลงมาคือ มิติการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ($M = 62.13$, $SD = 12.34$)

3. ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตาราง 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 322)

คุณภาพชีวิตแยกรายด้าน	จำนวน (ร้อยละ)			M (SD)	แปลผล
	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี		
1. ด้านสุขภาพกาย	16 (4.96)	215 (66.77)	91 (28.26)	23.89 (4.21)	ปานกลาง
2. ด้านจิตใจ	13 (4.04)	172 (53.42)	137 (42.54)	21.58 (4.06)	ปานกลาง
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม	32 (9.94)	157 (48.75)	133 (41.31)	10.83 (2.43)	ปานกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	13 (4.04)	145 (45.03)	164 (50.93)	29.29 (5.83)	ปานกลาง
ภาพรวม	14 (4.35)	182 (56.52)	126 (39.13)	72.34 (12.32)	ปานกลาง

จากตาราง 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=72.34$; $SD = 12.32$) เมื่อวิเคราะห์แยกรายด้านพบว่าคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ดังนี้ ด้านสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลาง ($M=23.89$; $SD=4.21$) ด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ($M=21.58$; $SD=4.06$) ด้านสัมพันธ์ทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=10.83$; $SD = 2.43$) และด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=29.29$; $SD=5.83$) ตามลำดับ

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ตาราง 4 การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ของความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม

ความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวม		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ	0.137*	.014	สัมพันธ์ต่ำมาก
ด้านความเข้าใจข้อมูล	0.070	.212	ไม่มีความสัมพันธ์
ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	0.176**	.001	สัมพันธ์ต่ำมาก
ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	0.296**	<.001	สัมพันธ์ต่ำ
ด้านการบอกต่อข้อมูล	0.181**	.001	สัมพันธ์ต่ำมาก
ภาพรวม	0.244**	<.001	สัมพันธ์ต่ำ

*p-value<.05 ** p-value<.01

จากตาราง 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ภาพรวมพบว่าอยู่ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณารายด้าน โดยเรียงลำดับความสัมพันธ์จากมากไปน้อย ได้แก่ มิติด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์ทิศทางบวกในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.296$) และด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ ด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทิศทางบวกในทิศทางเดียวกันในระดับต่ำมากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.181, 0.176$ และ 0.137 ตามลำดับ) ในขณะที่มิติด้านความเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

อภิปรายผล

ในพื้นที่ศึกษาวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีการได้รับความรู้และถ่ายทอดความรู้เรื่องภูมิปัญญาสมุนไพรจากประชาชนด้วยกันเองโดยวิธีถ่ายทอดสืบทอดกันมาจากรุ่นสู่รุ่น และได้รับการแนะนำเรื่องการใช้สมุนไพรเพื่อดูแลสุขภาพจากบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเท่านั้น ยังไม่มีหน่วยงานอื่น ๆ มาให้ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรอย่างเป็นรูปธรรมและขาดการจัดการความรู้ด้านภูมิปัญญาท้องถิ่นที่เชื่อมโยงกับความรู้ด้านวิชาการจากพื้นที่สู่สาธารณะ จากการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางโดยมิติความเข้าใจข้อมูลสูงสุด รองลงมา คือ มิติการเข้าถึงข้อมูลและบริการ โดยการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและการบอกต่อข้อมูลอยู่ในระดับต่ำซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ สามารถ ใจเตี้ย, ศศิภิญญา ผ่องชมพู, วิทญา ตันอารีย์ และเอกสิทธิ์ ชุมพูศรี. (2563) และ วิริยญา เมืองช้าง (2559) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้ภูมิปัญญาพื้นบ้าน รวมถึงมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพระดับปานกลางจนถึงระดับต่ำ เนื่องจากเมื่ออายุของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจะเกิดปัญหาภาวะสุขภาพที่ต้องใช้เวลาในการรักษาต่อเนื่อง จึงแสวงหาแนวทางรักษาจากสถานบริการสุขภาพแผนปัจจุบันมากกว่าและเกรงว่าการใช้สมุนไพรจะขัดแย้งกับแผนการรักษาในทางการแพทย์แผนปัจจุบัน อีกทั้งผู้สูงอายุยังมีความรู้ที่ไม่เพียงพอและขาดความรู้ที่ถูกต้องในการที่จะเลือกใช้สมุนไพรในการรักษา เนื่องจากการใช้สมุนไพรเป็นการปฏิบัติตามประสบการณ์ที่สืบทอดกันมา บางคนอาจรู้จักแต่ยังไม่เคยใช้ ประกอบกับลักษณะทางกายภาพ กลิ่น สี รสชาติไม่น่ารับประทาน ทำให้ขาดความเชื่อมั่นในยาสมุนไพรหรือยังคงมีทัศนคติที่คิดว่าการรักษาโรคด้วยสมุนไพรทำให้หายช้าจึงไม่มั่นใจในสรรพคุณได้ (บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, ตัม บัญรอด และวิชชาดา สิมลา, 2555) เมื่อนำแนวคิดความรู้สุขภาพมาพิจารณาพบความสอดคล้องกันกล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพเพียงผิวเผิน และมีความรู้ความเข้าใจและเข้าถึงข้อมูลด้านนี้ไม่เพียงพอที่จะเกิดการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพในระดับของการปฏิบัติงานเป็นวิถีปกติหรือบอกต่อการใช้เหล่านี้ไปยังบุคคลอื่นได้ ซึ่งการที่บุคคลจะเกิดความรู้ได้นั้นจะต้องพัฒนาอย่างเป็นระดับจนเกิดคุณลักษณะของการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความรู้ ความเข้าใจ มีทักษะการสื่อสาร มีทักษะการตัดสินใจ มีการรู้เท่าทันสื่อและเกิดการจัดการตนเอง (วัชรพร เขยสุวรรณ, 2560)

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทุกด้านไปในทิศทางเดียวกันอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญ โดยที่มิติการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับที่สูงกว่ามิติการบอกต่อข้อมูล มิติการโต้ตอบซักถาม และมิติการเข้าถึงข้อมูลและบริการ อาจเป็นเพราะการดำรงอยู่ของภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพต่าง ๆ นั้นมีการถ่ายทอดโดยการบอกเล่าสืบทอดกันมา (มุขปาฐะ) มักขาดการอธิบายในเชิงเหตุผล ขาดการบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ทำให้การบอกต่อข้อมูลทำได้ยากหรือขาดช่วงไป สอดคล้องกับการศึกษาของศิริพันธ์ สุขศรี และดาร์วรรณ เศรษฐีธรรม (2560) ที่พบว่าปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ มิติที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ได้แก่ มิติความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ (ร้อยละ 43.68) ส่วนปัจจัยด้านการดูแลตนเอง มิติที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมากที่สุด คือ มิติการใส่ใจ (ร้อยละ 61.32) มิติการควบคุมอาหาร (ร้อยละ 55.79) และมิติการดูแลสุขภาพ (ร้อยละ 26.58) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ความสามารถในการตัดสินใจด้านสุขภาพ อธิบายได้ว่าความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้าน

สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพบุคคล โดยพบว่าผู้ที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพระดับต่ำ มักขาดโอกาสหรือไม่สนใจในการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพ ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ จึงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม หรือปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพไม่ถูกต้องจนเกิดปัญหาสุขภาพตามมาได้ ในขณะที่บุคคลที่มีความรอบรู้ทางสุขภาพอย่างเพียงพอจะสามารถเข้าถึง ทำความเข้าใจข้อมูล ประเมินค่าข้อมูลที่ได้รับ และตัดสินใจนำข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมทำให้มีสุขภาพที่ดีได้ (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2561)

การนำผลวิจัยไปใช้

ดังนั้นควรศึกษาเพิ่มเติมเรื่องความรู้ด้านสุขภาพในแง่มุมต่าง ๆ หรือความรู้สุขภาพเฉพาะกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงให้เกิดโรคจากพฤติกรรมสุขภาพจากการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสมุนไพรไม่ถูกวิธี โดยเฉพาะในด้านการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองและด้านการบอกต่อข้อมูลภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ อีกทั้งหาแนวทางพัฒนาความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ จัดทำโครงการที่มีประสิทธิภาพในการจัดการกับปัจจัยที่เป็นสาเหตุในบริบทของชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุในพื้นที่สามารถประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการดูแลสุขภาพ ป้องกันโรคและเกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเชิงปริมาณ จึงควรศึกษาในเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีประสิทธิภาพต่อการเสริมสร้างความรอบรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อที่จะได้ข้อมูลในการกำหนดกลยุทธ์และออกแบบการจัดการเรียนรู้เพื่อยกระดับความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น

รายการอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2565). สถิติผู้สูงอายุ สัญชาติไทย และ มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ธันวาคม 2565. สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2566 จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159>.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563). แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2565) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2563. สืบค้นเมื่อ 25 มีนาคม 2566 จาก <https://www.ryt9.com/s/cabt/3196538> (in Thai)
- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564). สืบค้นเมื่อ 28 กันยายน 2565 จาก <https://pubhtml5.com/nqgq/fvde/basic>.
- กฤษกร สมานทรัพย์. (2562). คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ศึกษากรณี ชุมชนผู้สูงอายุบ้านหนองตาพุด ตำบลธรรมเสน อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์. หลักสูตรปริญญาตรีวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลรัตนโกสินทร์.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การเสริมสร้างและประเมินของประชาชน ในอำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2561). พฤติกรรมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 2. พิษณุโลก : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเรศวร.
- เจษฎา นกน้อย และ วรณภรณ์ บริพันธ์. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 9(3), 94-105.

- นริสา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. (2557). คุณภาพชีวิต: การศึกษาในผู้สูงอายุไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(3), 64-70.
- นิตยา แสงประจักษ์ และคณะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามโก้ จังหวัดกาฬสินธุ์. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2565 จาก <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/journalup/article/view/42604>
- ปณดา รามไพบุลย์, ระวีวรรณ เจริญทรัพย์, รัชนี สรรเสริญ และพิษณุรักษ์ กันทวิ. (2562). การศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพ ในการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์สมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. *เชียงรายเวชสาร*. 10(1), 81-92.
- ปาจรา โพธิ์หัง. (2564). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 29(3), 115-130.
- ปิยภรณ์ เลหาบุตร. (2557). *คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนหมู่ 7 ตำบลพลูตาหลวง อำเภอสัตตหีบ จังหวัดชลบุรี*. (งานนิพนธ์หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา). สำนักหอสมุด มหาวิทยาลัยบูรพา. สืบค้นเมื่อ 28 กันยายน 2565 จาก <https://webopac.lib.buu.ac.th/Catalog/BibItem.aspx?BibID=b00226361>
- บุญญพัฒน์ ไชยเมธ, ต้ม บุญรอด และ วิชชาดา สิมลา. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*. 7(2), 25 – 37.
- พเยาว์ พงษ์ศักดิ์ชาติ, ชุตินา มาลัย, นิตติยา น้อยสีภูมิ และมนัสวี จำปาเทศ. (2562). การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามภูมิปัญญาท้องถิ่น. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 20(3), 44 – 53.
- มันโธร์ ดอเลาะ. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กรณีศึกษา: ตำบลบะละ อำเภอตากใบ จังหวัดยะลา*. (งานนิพนธ์หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา).
- เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรียา อินทนา, กรรณิการ์ กิจนพเกียรติ, เพ็ญมาศ คำชนะ และ นงนภัทร รุ่งเนย. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*. 6(พิเศษ), 129 – 141.
- วัชรพร เขยสุวรรณ. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. *วารสารแพทยนาวิ*. 44(3), 183-197.
- วิริญญา เมืองช้าง. (2559). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในอำเภอมะนัง จังหวัดยะลา*. หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศิรินันท์ สุขศรี และดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ. *วารสารวิจัย มข*. 17(4), 73-84.
- สมัชชาสุขภาพ. (2561). *ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ*. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2565 จาก <https://main.samatcha.org/node/72>.
- สันธิตาพร กลิ่นทอง. (2560). *พฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในจังหวัดเพชรบุรี*. รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติราชภัฏเพชรบุรีวิจัยเพื่อแผ่นดินไทยที่ยั่งยืนครั้งที่ 7 “สหวิทยาการสู่ไทยแลนด์ 4.0” มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี.
- สามารถ ใจเตี้ย, ศศิภิญญา ผ่องชมพู, วิทญา ตันอารีย์ และเอกลักษณ์ ชมพูศรี. (2563). ปัจจัยพยากรณ์การใช้สมุนไพรพื้นบ้านของผู้สูงอายุ ชุมชนสะลง – ชี้เหล็ก อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา*. 13(2), 43–54.

- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2563). รายงานสถานการณ์ทางสังคมจังหวัดเพชรบุรี ปี 2563. สืบค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2565 จาก <https://phetchaburi.m-society.go.th>.
- สิริญา ธารสถาน, พรนภา หอมสินธุ์, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ และใจเพชร กล้าจน. (2558). ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่ประยุกต์การแพทย์วิถีพุทธ ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิต ในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. *วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา*. 10(1), 117-128.
- สุธิดา สุทธิรักษ์. (2558). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้สมุนไพรเพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลนาไค้ อำเภอบ้านนาเดิม จังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 3(3), 469-480.
- สุวิมล มณีโชติ. (2559). การดูแลสุขภาพพึ่งตนตามหลักการแพทย์วิถีธรรม: กรณีศึกษาผู้ใหญ่วัยกลางคน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*. 36(2), 202-214.
- อรณิชฐ์ แสงทองสุข. (2562). การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย กรณีศึกษา เขตกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี และนนทบุรี. สืบค้นเมื่อ 28 กันยายน 2565 จาก <http://dspace.spu.ac.th/handle/123456789/6672>.
- อังคินันท์ อินทรกำแหง, พิษชาติ สุทธิแป้น, วิโรจน์ กิตติพิชัย, และ Ann Macaskill. (2561). Effects of Self-Management Program on Healthy Lifestyle Behaviors Among Elderly with Hypertension. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์*. 13(2): 38-50. สืบค้นเมื่อ 28 กันยายน 2565 จาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/IJBS/article/view/98167>.
- Bartz, A.E. (1999). *Basics Statistical Concepts*. 4th ed. New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, B.S., Hastings, J.T., and Madaus, G.F. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. New York: McGraw-Hill.
- Bornet, M.A., Truchard E. R., Rochat E. , Pasquier J., & Monod S. (2017). Factors associated with quality of life in elderly hospitalised patients undergoing post-acute rehabilitation: a cross-sectional analytical study in Switzerland. *BMJ Open*. 1-8.
- Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in health science*. 5th ed. New York: John Wiley & Sosnic.
- Devraj, S., D'mello, M. K. (2019). Determinants of quality of life among the elderly Health Literacy among Diabetic Patients. *Diabetes Care*. 31(5), 874-879.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring Functional, Communicative, and Critical Health Literacy among Diabetic Patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.
- Klompstra, L., Ekdahl, A. W., Krevers, B., Milberg, A., & Eckerblad, J. (2019). Factors related to health-related quality of life in older people with multimorbidity and high health care consumption over a two-year period. *BMC Geriatrics*. 19(187), 1-8.
- Oo, M. Y., Punpuing, S., Chamchan, C. (2015). Factors Affecting Quality of Life of Older People in Taungu Township, Bago Region, Myanmar. *Journal of Health Research*. 29(4): 235-242.
- Devraj, S., D'mello, M.K. (2019). Determinants of quality of life among the elderly population in urban areas of Mangalore, Karnataka. *Journal of Geriatric Mental Health*. 6(2), 94-98.
- Seangpraw, K., Ratanasiripong, N.T., Ratanasiripong, P. (2019). Predictors of quality of life of the rural older adults in Northern Thailand. *Journal of Health Research*. 33(6), 450-459.

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 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้พิมพ์ 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) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่องานนำเสนอตามลำดับ
- 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



สภาการสาธารณสุขชุมชน

อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index>



www.ccph.or.th



@ccph.or.th



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



02-591-9186

