



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT



วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2566 • Vol.19 No.2 May - August 2023

Department of Health Service Support Journal

ISSN : 2822-1109 (Online)

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการ งานนวัตกรรม งานวิจัยด้านระบบบริการสุขภาพ และระบบสุขภาพภาคประชาชน รวมถึงงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้กว้างขวางและได้มาตรฐานเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ

คณะที่ปรึกษา

นพ.สุระ วิเศษศักดิ์	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นพ.ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ทพ.อาคม ประดิษฐสุวรรณ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นพ.สามารถ ธีระศักดิ์	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บรรณาธิการ

นางณัฐยา ประเสริฐศักดิ์	ผู้อำนวยการกลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขานุการกรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
-------------------------	--

กองบรรณาธิการ

ศ.นพ.กิตติศักดิ์ สวรรยาวิสุทธิ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศ.ดร.เอมอชฌา วัฒนบูรานนท์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.พิเศษ นพ.ธนิษฐ์ เวชชาภินันท์	สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
รศ.ดร.สุรพันธ์ ยิ้มมั่น	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ
รศ.ดร.สุ่มทนา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.พอใจ พัทธินิตย์ธรรม	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
นาวาเอก ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.อภิชัย คุณีพงษ์	สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา
ผศ.ดร.วันวิสา ชัชวงษ์	สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง
ผศ.ดร.ทัศพร ชูศักดิ์	มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์
ผศ.ดร.พัชรี สุริยะ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.ศศิวรรณ ทศนเอี่ยม	มหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร
นายชาติชาย สุวรรณนิตย์	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นางศุภกัญญา ภาวังคะรัต	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายยุทธพงษ์ ขวัญขึ้น	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ผู้ทรงคุณวุฒิประจำฉบับ

ศ.ดร.เอมอชฌา วัฒนบูรานนท์	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
รศ.ดร.สุ่มทนา กลางคาร	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รศ.ดร.ประสิทธิ์ ธีระพันธ์	นักวิชาการอิสระ
นาวาเอก ดร.บุญเรือง เกิดอรุณเดช	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.อภิชัย คุณีพงษ์	สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา
ผศ.ดร.พัฒนา พรหมมณี	สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา
ดร.วิภาดา จันทรมณฑล	โรงพยาบาลร้อยเอ็ด-ธนบุรี
ผศ.ดร. กฤติยาณี ธรรมสาร	มหาวิทยาลัยขอนแก่น

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Journal of Department of Health Service Support

ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม พ.ศ. 2566

Vol.19 No.2 May – August 2023

คณะทำงาน

นางสุรสีษา พรหมทอง
นางสาวจิตราภรณ์ อุตมาตย์
นางสาวกนกพร ปะนาธรธรรมา

ผู้ประสานงาน

นางสุรสีษา พรหมทอง
โทร 02 193 7092

Email : planhss.journal@gmail.com

Web site : <https://thaidj.org/index.php/jdhss>

กำหนดออก

ปีละ 3 ครั้ง
มกราคม-เมษายน
พฤษภาคม-สิงหาคม
กันยายน-ธันวาคม

สำนักงาน

กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
งานวิชาการ กลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขานุการกรม ชั้น 6
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี 11000

พิมพ์ที่

บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด
158/3 ซอยยาสูบ 1 ถนนวิภาวดีรังสิต
แขวงจอมพล เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
โทร. 02 617 8611, 08 3069 2557
อีเมล : tj8575@gmail.com Line id : tj8575

บทบรรณาธิการ

วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กำหนดเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ โดยฉบับนี้เป็นปีที่ 19 ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม 2566 ประกอบด้วย บทความวิจัยที่มีความสำคัญ จำนวน 6 เรื่อง ได้แก่ 1) การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของประชาชนอำเภอหนองม่อมในช่วงการระบาดปีที่ 3 ของโรคโควิด 19 2) การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้กระบวนการบริหารจัดการภาครัฐและกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 3) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา 4) การประเมินความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดการโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นในพื้นที่อำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด 5) การประเมินความรู้ ความเชื่อ ทักษะคิด และพฤติกรรมในการป้องกันโรคมะเร็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลสลกบาตร อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร 6) การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุข

ทั้งนี้ ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างๆ ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไข ให้บทความวิจัยมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งมุ่งหวังให้วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เข้าสู่มาตรฐานทางวิชาการ กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่าวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ในการพัฒนาคุณภาพงานวิจัยและการเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ที่มากขึ้น และพร้อมรับข้อเสนอแนะ เพื่อพัฒนาวารสารฉบับนี้ให้มีคุณภาพต่อไป

ผู้ที่สนใจเผยแพร่ผลงานวิชาการ ผลงานวิจัย นวัตกรรม และองค์ความรู้การคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบบริการสุขภาพ หรือด้านการแพทย์และสาธารณสุข กรุณาติดต่อที่กองบรรณาธิการ กลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขาธิการกรม ชั้น 6 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02 - 193 - 7092 E-mail: planhss.journal@gmail.com



การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของประชาชนอำเภอนาหม่อม ในช่วงการระบาดปีที่ 3 ของโรคโควิด 19

A COMPARATIVE STUDY THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE IN NAMOM DISTRICT DURING THE 3RD YEAR OF THE COVID-19 OUTBREAK

คริษฐา พ่อเพชร

โรงพยาบาลนาหม่อม อำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา

Karittha Phoepetch

Namom Hospital, Songkhla Province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาคั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา ในช่วงสถานการณ์ การระบาดจนกระทั่งปีที่ 3 ของโรคโควิด 19 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชน จำนวน 392 คน เครื่องมือที่ใช้เป็น แบบวัดคุณภาพชีวิตของกรมสุขภาพจิตและแบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคม (alpha 0.95) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F-test T-test และสถิติทดสอบ Pearson's correlation coefficient

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของประชาชนในอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา ในช่วงสถานการณ์การระบาด ปีที่ 3 ของโรคโควิด 19 กลุ่มที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมระดับปานกลาง ($\bar{x} = 89.49$ S.D. 20.29) และกลุ่มที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับ ปานกลาง ($\bar{x} = 85.81$ S.D.22.89) คุณภาพชีวิตรายด้าน การสนับสนุนทางสังคมแยกตามรายด้านและโดยรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ถึงแม้ว่าสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 เกิดขึ้นเป็นระยะเวลายาวนานจนกระทั่งปีที่ 3 ผลกระทบเกิดขึ้นหลายด้านแต่ระบบการจัดการที่ดี การเข้าถึงชุมชน ให้การสนับสนุนต่อประชาชนด้านต่างๆทำให้ประชาชนในอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา ยังมีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ประชาชนอำเภอนาหม่อม, การระบาดปีที่ 3 ของโรคโควิด 19

Abstract

The purposes of this descriptive study were to compare the quality of life of people in Namom District, Songkhla Province during the situation Outbreak until the 3rd year of COVID-19. The samples were 392 people, data collect use questionnaire The quality of life questionnaire of the Department of Mental Health and the social support questionnaires (alpha 0.95). Data were analyzed by descriptive statistics percentages, means standard deviation F-test T-test and Pearson's correlation coefficient.

The results of the study revealed that the quality of life of the people in Namom District, Songkhla Province during COVID-19 3rd years outbreak. Sample group who have been infected with COVID-19 had moderate quality of life ($\bar{x} = 89.49$ S.D. 20.29) and sample group who have never been infected with COVID-19 had moderate quality of life ($\bar{x} = 85.81$ S.D.22.89). The correlation between quality of life in each aspect social support by area and overall social support There was a statistically significant positive correlation with good quality of life ($p < .001$).

Although the situation of COVID-19 outbreak had occurred for a long time until the 3rd year. Many impacts, but good management along with community access and provide support to people cause the quality of life of the people in Namom District, Songkhla province remains at moderate level.

Keywords: Quality of life, People of Na Mom District, COVID-19 3rd outbreak

บทนำ

โรคโควิด 19 (COVID-19) เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ มีอาการนำ คือ ไข้ และไอในรายที่มีอาการรุนแรงจะเกิดการทำให้หายใจลำบาก เกิดภาวะไตวายจนนำไปสู่อันตรายถึงแก่ชีวิตได้ เนื่องจากเป็นไวรัสชนิด RNA virus จึงมีโอกาสกลายพันธุ์สูง (Mutation) และมีโฮสต์หลากหลายที่ติดเชื้อได้ทำให้เกิดการติดเชื้อข้ามสปีชีส์ (cross-species transmission) ได้มากขึ้นจึงทำให้เกิดการแพร่กระจายได้ง่าย (BBC ไทย, 2020, Na Zhu, et al., 2022)

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้างครอบคลุมประชากรทั้งโลกที่มีวิกฤตการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อมากกว่าโรคใดๆ ที่เคยเกิดขึ้น ผู้คนล้วนได้รับผลกระทบทางสุขภาพด้านสังคม และทางด้านเศรษฐกิจ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ส่งผลให้เกิดความตระหนักตื่นกลัว โดยเฉพาะในช่วงแรกๆ ของการระบาด กองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF: International Monetary Fund) ชี้ว่าผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศ (GDP: Gross Domestic Product) ของประเทศไทยจะปรับตัวลดลงถึง -6.7% ซึ่งถือว่าการปรับตัวลดลงที่สูงมาก (NHCO, 2022) สำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบรุนแรงมากที่สุดในการระบาดของโรคโควิด 19 ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2563 เป็นต้นมา ได้แก่ กลุ่มประชากรผู้มีรายได้น้อยและกลุ่มเปราะบาง (เด็ก ผู้สูงอายุ คนพิการ และคนเจ็บป่วย) เกิดการสูญเสียรายได้จากการถูกเลิกจ้างงาน ปริมาณงานและช่วงเวลาของการทำงานน้อยลงเกิดผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจเป็นลูกโซ่ เป็นผลให้การลดลงของภาวะคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม ซึ่งเป็นการสะท้อนถึงผลจากการมีต้นทุนทางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน (ไศภิต นาสีบ, 2564)

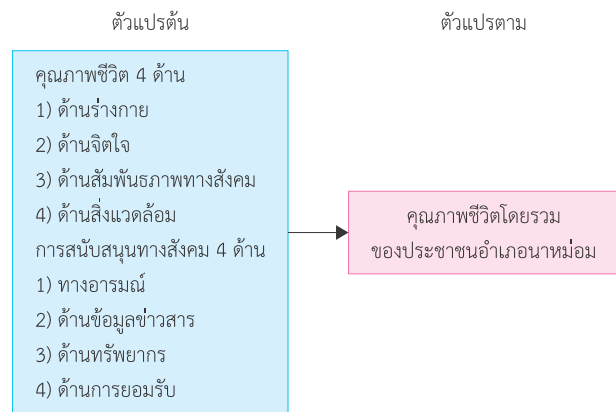
จังหวัดสงขลามีผู้ป่วยโควิด 19 สะสม ปี 2565 ตั้งแต่เดือนมกราคม-เมษายน พ.ศ. 2565 จำนวน 22,915 คน (HDC สสจ.สงขลา, 2565) ได้มีการจัดตั้ง cohort ward ที่แรกในจังหวัดสงขลาขึ้นที่โรงพยาบาลนาหม่อม ลักษณะทางประชากรของอำเภอนาหม่อมเป็นสังคมเกษตรกรรม และมีบางส่วนทำงานรับจ้าง ในโรงงานอุตสาหกรรมเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการติดเชื้อโควิด 19 สูงผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของประชาชนทั่วไปกับผู้ป่วย

ด้วยโรคโควิด 19 ตั้งแต่การระบาดระลอกแรกจนถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นปีที่ 3 ของการระบาด เพื่อทราบถึงคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอนาหม่อมในภาวะการระบาดของโรคติดต่อย่ำแรงและยาวนานต่อเนื่องจากโควิด 19

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินระดับคุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมของประชาชนในอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา ในช่วงการระบาดปีที่ 3 ของโรคโควิด 19
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตรายด้าน และการสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของประชาชนในอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา ที่เคยมีอาการป่วยด้วยโรคโควิด 19 และไม่ได้ป่วยด้วยโรค โควิด 19
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตรายด้าน การสนับสนุนทางสังคมทั้งรายด้าน กับคุณภาพชีวิตโดยรวมของประชาชนในอำเภอนาหม่อม

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากกรอบแนวคิด ผู้วิจัยใช้แนวคิดคุณภาพชีวิตของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2565) และแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) และ Cobb (1979) การสนับสนุนทางสังคม จากเพื่อนผู้ช่วยเหลือและการดูแลด้านอารมณ์ความรู้สึกตลอดจนการได้รับการยอมรับนับถือ 4 ด้าน คือ ด้านทางอารมณ์

ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านทรัพยากร และด้านการยอมรับโดยเชื่อว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญจากบุคคลหรือกลุ่มคน บุคคลอื่น ในสังคมนั้น ทำให้ผู้ได้รับแรงสนับสนุนมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงคุณภาพชีวิตรวมถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของประชาชนอำเภอหนองม่อม จังหวัดสงขลา
2. เป็นแนวทางประเมินและวางแผนการดูแลรักษาสุขภาพประชาชนในชุมชน
3. เป็นแนวทางในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน

สมมุติฐานการวิจัย

1. ประชาชนในอำเภอหนองม่อม จังหวัดสงขลา ที่เคยมีอาการป่วยด้วยโรคโควิด 19 และประชาชนที่ไม่ได้ป่วยด้วยโรคโควิด 19 มีระดับคุณภาพชีวิตที่แตกต่างกัน
2. คุณภาพชีวิตรายด้าน การสนับสนุนทางสังคม รายด้านและโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอหนองม่อมทั้งที่ป่วยด้วยโรคโควิด 19 และไม่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของประชาชน อำเภอหนองม่อม จังหวัดสงขลา
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ได้จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ประชากรจำนวน 22,973 คน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 377 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 415 คน ทำการสุ่มตัวอย่างการสุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience Sampling) เป็นผู้ป่วยหรือญาติที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลหนองม่อม ระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน พ.ศ. 2565 ได้แบบสอบถามที่สมบูรณ์จำนวน 392 ชุด

เกณฑ์การคัดเลือก

ผู้ป่วยหรือญาติ อายุ 18 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการโรงพยาบาลหนองม่อมเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย ไม่มีปัญหาการสื่อสารและสามารถอ่านออกเขียนได้

เกณฑ์การคัดออก

- ไม่ยินยอมให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามสถานภาพส่วนบุคคล แบบวัดคุณภาพชีวิตของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 26 ข้อ แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.89 และนำแบบทดสอบที่ปรับปรุงแล้วไปทดสอบใช้กับกลุ่มประชาชนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำไปหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ และคำถามปลายเปิดผลกระทบบจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 จำนวน 2 ข้อ
 4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและคณะพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับแจกแบบสอบถามโดยอธิบายรายละเอียดโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการตัดสินใจกับกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จะขอให้ลงนามในเอกสารยินยอมเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เลขที่ 14/65
 5. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) T-test F-test ทดสอบสมมุติฐานด้วยสถิติ Pearson Correlation

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 สถานภาพทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 392 คน ประกอบด้วยประชาชนกลุ่มที่เคยเป็นโรคโควิด 19 จำนวน 193 คน และประชาชน



กลุ่มที่ไม่เคยเป็นโรคโควิด 19 จำนวน 199 คน ส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 64.0 และเพศชายร้อยละ 36.0 ส่วนใหญ่ อายุ 41 ปีขึ้นไป ร้อยละ 44.55 รองลงมาอายุมากกว่า 31-40 ปี ร้อยละ 33.2 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 55.1 รองลงมาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 23 อาชีพส่วนใหญ่ เกษตรกรร้อยละ 32.4 รองลงมาธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 28 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.2 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.0 และเป็นคนโสด ร้อยละ 40.6 ครอบครัว ส่วนใหญ่มีจำนวนบุคคลในครัวเรือน 1-4 คน ร้อยละ 65.3 รายได้รวมในครัวเรือนส่วนใหญ่ 10,000 – 30,000 บาท ร้อยละ 48.2 รองลงมา 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 28.1 สิทธิการรักษาส่วนใหญ่มีบัตรประกันสุขภาพ ร้อยละ 48.7 รองลงมาใช้สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 23.0

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลระดับคุณภาพชีวิต โดยรวม และแยกตามรายด้าน การสนับสนุนทางสังคม โดยรวมและแยกรายด้าน ของประชาชนในอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลาทั้ง 2 กลุ่ม

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยเป็นโควิดมี คุณภาพชีวิตแยกตามรายด้าน คือ ด้านร่างกายระดับปานกลาง ด้านจิตใจระดับปานกลาง ด้านสัมพันธภาพทางสังคมระดับดี ด้านสิ่งแวดล้อมระดับดี ด้านทั่วไประดับดี และภาพรวม มีคุณภาพชีวิตปานกลาง กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเป็นโควิด มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกายระดับปานกลาง ด้านจิตใจระดับปานกลาง ด้านสัมพันธภาพทางสังคมระดับดี ด้านสิ่งแวดล้อม ระดับปานกลาง ด้านทั่วไประดับปานกลาง และภาพรวม ประชาชนทั้ง 2 กลุ่ม มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง

ตารางที่ 1 แสดงระดับคุณภาพชีวิตรายด้านและภาพรวมของประชาชนอำเภอนาหม่อมกลุ่มที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 และกลุ่มที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19

คะแนนคุณภาพชีวิต	เคยเป็นโควิด (n = 193)		ไม่เคยเป็นโควิด (n = 199)		ทั้งหมด (n = 392)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านร่างกาย ระดับไม่ดี (1 - 11)	12	3.1	18	4.6	30	7.6
ระดับปานกลาง (12 - 23)	74	18.9	89	22.7	163	41.6
ระดับดี (24 - 35)	107	27.3	92	23.5	199	50.8
ภาพรวมด้านร่างกาย $\bar{x} = 23.06$ S.D. 6.10 ระดับ ปานกลาง			$\bar{x} = 22.21$ S.D. 6.57 ระดับ ปานกลาง			
ด้านจิตใจ ระดับไม่ดี (1 - 10)	10	2.6	17	4.3	27	6.9
ระดับปานกลาง (11 - 20)	79	20.2	77	19.6	156	39.8
ระดับดี (21 - 30)	104	26.5	105	26.8	209	53.3
ภาพรวมด้านจิตใจ $\bar{x} = 20.70$ S.D. 5.08 ระดับ ปานกลาง			$\bar{x} = 19.91$ S.D. 5.79 ระดับ ปานกลาง			
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ระดับไม่ดี (1 - 5)	10	2.6	16	4.1	26	6.6
ระดับปานกลาง (6 - 10)	70	17.9	82	20.9	152	38.8
ระดับดี (10 - 15)	101	25.8	113	28.8	214	54.6
ภาพรวมด้านสัมพันธภาพทางสังคม $\bar{x} = 10.54$ S.D. 2.62 ระดับ ดี			$\bar{x} = 10.08$ S.D. 2.89 ระดับ ดี			
ด้านสิ่งแวดล้อม ระดับไม่ดี (1 - 13)	8	2.0	16	4.1	24	6.1
ระดับปานกลาง (14 - 27)	71	18.1	85	21.7	156	39.8
ระดับดี (28 - 40)	114	29.1	98	25.0	212	54.1
ภาพรวมด้านสิ่งแวดล้อม $\bar{x} = 28.09$ S.D. 6.73 ระดับ ดี			$\bar{x} = 26.05$ S.D. 7.57 ระดับ ปานกลาง			

ตารางที่ 1 แสดงระดับคุณภาพชีวิตรายด้านและภาพรวมของประชาชนอำเภอนาหม่อมกลุ่มที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 และกลุ่มที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 (ต่อ)

คะแนนคุณภาพชีวิต			เคยเป็นโควิด (n = 193)		ไม่เคยเป็นโควิด (n = 199)		ทั้งหมด (n = 392)	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านทั่วไป	ระดับไม่ดี	(1 - 3)	8	2.0	18	4.6	26	6.6
	ระดับปานกลาง	(4 - 6)	60	15.3	76	19.4	136	34.7
	ระดับดี	(7 - 10)	125	31.9	105	26.8	230	38.7
ภาพรวมด้านทั่วไป			$\bar{x} = 7.08$	S.D. 1.08	ระดับ ดี	$\bar{x} = 6.74$	S.D. 2.18	ระดับ ปานกลาง
ภาพรวม	ระดับไม่ดี	(26 - 60)	18	4.6	26	6.6	44	11.2
	ระดับปานกลาง	(61 - 95)	84	21.4	93	23.7	177	45.2
	ระดับดี	(96 - 130)	91	23.2	80	20.4	171	43.6
ภาพรวม			$\bar{x} = 89.49$	S.D. 20.29	ระดับ ปานกลาง	$\bar{x} = 85.81$	S.D. 22.89	ระดับ ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยเป็นโควิด มีความคิดเห็นต่อการสนับสนุนทางสังคมแยกตามรายด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการยอมรับ ด้านความช่วยเหลือ ด้านทรัพยากร ระดับปานกลาง และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ระดับปานกลาง และ

กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคโควิดมีความคิดเห็นต่อการสนับสนุนทางสังคมแยกตามรายด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการยอมรับ ด้านความช่วยเหลือ ด้านทรัพยากร ระดับปานกลาง และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวม ระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 แสดงระดับของการสนับสนุนทางสังคมรายด้านและภาพรวมของประชาชนอำเภอนาหม่อมกลุ่มที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 (n=193)และกลุ่มที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 (n=199)

คะแนนการสนับสนุนทางสังคม			เคยเป็นโควิด (n = 193)		ไม่เคยเป็นโควิด (n = 199)		ประชาชนทั้งหมด (n = 392)	
			จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านอารมณ์	ระดับน้อย	(1 - 2.33)	9	2.3	23	5.9	32	8.2
	ระดับปานกลาง	(2.34 - 3.67)	76	19.4	76	19.4	152	38.8
	ระดับสูง	(3.68 - 5.00)	108	27.6	100	25.5	208	53.1
ภาพรวมด้านอารมณ์			$\bar{x} = 3.63$	S.D. 0.74	ระดับ ปานกลาง	$\bar{x} = 3.49$	S.D. 0.99	ระดับ ปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	ระดับน้อย	(1 - 2.33)	19	4.8	30	7.7	49	12.5
	ระดับปานกลาง	(2.34 - 3.67)	83	21.2	72	18.4	155	39.5
	ระดับสูง	(3.68 - 5.00)	91	23.2	97	24.7	188	48.0
ภาพรวมด้านข้อมูลข่าวสาร			$\bar{x} = 3.52$	S.D. 0.88	ระดับ ปานกลาง	$\bar{x} = 3.46$	S.D. 1.05	ระดับ ปานกลาง
ด้านการยอมรับ	ระดับน้อย	(1 - 2.33)	9	2.3	17	4.4	26	6.8
	ระดับปานกลาง	(2.34 - 3.67)	88	22.9	88	22.9	176	45.8
	ระดับสูง	(3.68 - 5.00)	94	24.5	88	22.9	182	47.4
ภาพรวมด้านการยอมรับ			$\bar{x} = 3.58$	S.D. 0.75	ระดับ ปานกลาง	$\bar{x} = 3.43$	S.D. 0.89	ระดับ ปานกลาง



ตารางที่ 2 แสดงระดับของการสนับสนุนทางสังคมรายด้านและภาพรวมของประชาชนอำเภอนาหม่อมกลุ่มที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 (n=193) และกลุ่มที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 (n = 199) (ต่อ)

คะแนนการสนับสนุนทางสังคม	เคยเป็นโควิด (n = 193)		ไม่เคยเป็นโควิด (n = 199)		ประชาชนทั้งหมด (n = 392)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านความช่วยเหลือด้านทรัพยากร						
ระดับน้อย (1 - 2.33)	25	6.4	25	6.4	50	12.8
ระดับปานกลาง (2.34 - 3.67)	83	21.2	89	22.7	172	43.9
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	85	21.7	85	21.7	170	43.4
ภาพรวมด้านทรัพยากร	$\bar{x} = 3.37$	S.D.0.86	ระดับ ปานกลาง	$\bar{x} = 3.39$	S.D.0.96	ระดับ ปานกลาง
ภาพรวม						
ระดับน้อย (1 - 2.33)	9	2.3	23	5.9	32	8.2
ระดับปานกลาง (2.34 - 3.67)	76	19.4	76	19.4	152	38.8
ระดับสูง (3.68 - 5.00)	108	27.6	100	25.5	208	53.1
ภาพรวม	$\bar{x} = 3.53$	S.D.0.70	ระดับ ปานกลาง	$\bar{x} = 3.44$	S.D. 0.90	ระดับ ปานกลาง

จากตารางที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตทั้งรายด้านและภาพรวมของประชาชนที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 และกลุ่มประชาชนที่ไม่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ในขณะที่มีคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวมของประชาชนที่เคยเป็นโรคโควิด 19 และไม่เคยเป็นโรคโควิด 19 ไม่แตกต่าง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และทดสอบค่าที (T-test) ระดับคุณภาพชีวิตทั้งรายด้านและภาพรวมและการสนับสนุนทางสังคมรายด้านและโดยรวมของประชาชนอำเภอนาหม่อมที่เคยเป็นโรคโควิด 19 และไม่เคยเป็นโรคโควิด 19

รายการเปรียบเทียบ	เคยป่วย (n = 193)		ไม่เคยป่วย (n = 199)		t	p
	\bar{x}	S.D.	\bar{x}	S.D.		
คุณภาพชีวิต						
- ด้านร่างกาย	23.06	6.01	22.21	6.57	1.89	.26
- ด้านจิตใจ	20.70	5.08	19.91	5.79	.71	.04*
- ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.54	2.62	10.08	2.89	1.71	.26
- ด้านสิ่งแวดล้อม	28.09	6.73	26.05	7.57	2.23	.16
คุณภาพชีวิตโดยรวม	89.49	20.29	85.81	22.89	1.59	.11
การสนับสนุนทางสังคม						
- ด้านอารมณ์	3.63	.74	3.49	.99	1.95	.007*
- ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.52	.88	3.46	1.05	.52	.075
- ด้านการยอมรับ	3.58	.75	3.43	.89	1.23	.22
- ด้านการช่วยเหลือด้านทรัพยากร	3.37	.86	3.39	.96	.13	.75
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	3.53	.70	3.44	.9	.55	.092

* ค่า p-value < .05 ** p-value < .01

เปรียบเทียบระดับการสนับสนุนทางสังคมทั้งรายด้าน และภาพรวม ของประชาชนอำเภอหนองมอญกลุ่มที่เคยเป็น โควิด 19 และไม่เคยเป็นโควิด 19 พบว่า มีความคิดเห็น ต่อการสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์แตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนการสนับสนุนทางสังคม ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการยอมรับด้านความช่วยเหลือ ด้านทรัพยากรและความคิดเห็นต่อการสนับสนุนทางสังคม ในภาพรวมไม่แตกต่างกัน

จากตารางที่ 4 สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิต โดยรวมและคะแนนปัจจัยต่างๆ ของกลุ่มผู้ป่วยที่เคยเป็น โควิด 19 และไม่เคยเป็นโควิด 19 พบว่า คุณภาพชีวิต รายด้าน การสนับสนุนทางสังคมรายด้านและคะแนน การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับ คุณภาพชีวิตของประชาชนทั้งที่เคยป่วยและไม่เคยป่วย ด้วยโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า คุณภาพชีวิตประชาชนใน อำเภอหนองมอญในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 เป็นปีที่ 3 ทั้งกลุ่มที่เคยป่วยและไม่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากเห็นว่า

การเจ็บป่วยที่ผ่านมาทำให้มีภูมิคุ้มกันที่ดีประกอบกับเมื่อป่วย ก็ไม่ได้ส่งผลต่อชีวิตของตนเองมากนักแม้บางส่วนเห็นว่า กระทบกับการใช้ชีวิตประจำวัน ไม่สะดวกบ้างแต่เนื่องจาก ส่วนใหญ่พยายามปรับตัวทำใจกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ประกอบกับรายได้รวมแต่เดิมของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ประมาณ 10,000 - 30,000 บาท ซึ่งถือว่าเป็นรายได้ที่ค่อนข้าง เพียงพอกับบริบทของอำเภอเล็ก ๆ ที่คนในครัวเรือน ส่วนใหญ่ ไม่เกิน 4 คน นอกจากนี้ อาชีพเกษตรกรซึ่งเป็นอาชีพส่วนใหญ่ ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถมีพื้นที่ทำกินโดยไม่ต้องเดือดร้อนมาก แม้อาจจะอยู่ในช่วงตงงานหรือเลิกจ้าง หรืออาชีพค้าขายที่ ตลาดปิดไม่สามารถหารายได้ได้ทำให้มีการขายของทางออนไลน์ มีการส่งของตามบ้านซึ่งเกิดจากการปรับตัวตามสถานการณ์ ทั้งสิ้น

ประชาชนมีความเห็นว่า แม้จะเป็นโรคใหม่แต่ก็ได้ ความรู้เรื่องการป้องกัน การปฏิบัติตัว จากสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ โซเชียล และเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล อสม. และส่วนราชการ ต่างๆ ก็ทำให้สามารถปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องและป้องกัน โรคโควิด 19 ได้เป็นอย่างดี ในขณะที่ประชาชนที่ยังไม่เคยป่วย ด้วยโรคโควิด 19 จะมีความกังวลว่าตนเองจะติดเชื้อเมื่อไหร่ และการติดเชื้อจะทำให้เกิดอาการอะไรกับตนเองจนถึงชีวิต หรือไม่ ทำให้เกิดความวิตกกังวล สอดคล้องกับการศึกษาของ มาน กวาง วุและคณะ (2020) ในประเทศเวียดนาม พบว่า

ตารางที่ 4 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างคะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมของประชาชนในอำเภอหนองมอญ กับคะแนน คุณภาพชีวิตแยกตามรายด้าน คะแนนการสนับสนุนทางสังคมของประชาชนอำเภอหนองมอญที่เคยเป็นโรคโควิด 19

คะแนน	R		p-value	
	ป่วยโรคโควิด 19	ไม่เคยป่วย	ป่วยโรคโควิด 19	ไม่เคยป่วย
คุณภาพชีวิตแยกตามรายด้าน				
- ด้านร่างกาย	.89	.92	.000	.000
- ด้านจิตใจ	.91	.91	.000	.000
- ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	.88	.90	.000	.000
- ด้านสิ่งแวดล้อม	.93	.93	.000	.000
การสนับสนุนทางสังคมแยกรายด้าน				
- ด้านอารมณ์	.70	.70	.000	.000
- ด้านข้อมูลข่าวสาร	.61	.72	.000	.000
- ด้านการยอมรับ	.79	.73	.000	.000
- ด้านการช่วยเหลือด้านทรัพยากร	.67	.70	.000	.000
การสนับสนุนทางสังคมโดยรวม	.80	.77	.000	.000

***ค่า p-value < .001



คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของชาวเวียดนามในช่วงการระบาดของ COVID-19 พบว่า แม้ว่าจะมีข้อกังวลและข้อโต้แย้งบางประการเกี่ยวกับการใช้มาตรการกักกันที่เข้มงวดจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้คน แต่ในเวียดนามได้แสดงให้เห็นแนวโน้มตรงกันข้ามในเวียดนามแม้จะอยู่ภายใต้การบังคับใช้ระดับสูงสุดในการป้องกันและควบคุมโควิด 19 คุณภาพชีวิตไม่ได้ลดต่ำลง และการศึกษาของ รัตนารณณ์ ภูเอนจบ (2565) เรื่องอิทธิพลของการปรับตัวจากผลกระทบโควิด 19 ที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบ พบว่า มุมมองของแรงงานนอกระบบในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา เรื่องการปรับตัวจากผลกระทบโควิด 19 และคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก แม้ว่าสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจะมีการระบาดรุนแรงและมีความต่อเนื่อง ถือเป็นความ ท้าทาย ที่แรงงานนอกระบบต้องพบเจอแต่ก็จำเป็นที่จะต้องมีการเรียนรู้และปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อความอยู่รอดของตนเองและครอบครัวต่อไป ส่วนการปรับตัวจากผลกระทบโควิด 19 ที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของแรงงานนอกระบบในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา พบว่า มีความสัมพันธ์และอิทธิพลเชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวม ซึ่งเนื่องมาจากความสามารถในการปรับตัว รับรู้ เข้าใจ ยอมรับและจัดการกับสถานการณ์โควิด 19 ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้ การช่วยเหลือจากภาครัฐ และหน่วยงานต่าง ๆ ในการช่วยบรรเทาความเดือดร้อนที่อาจจะเกิดขึ้นจากสถานการณ์โควิด 19 ทำให้สามารถปรับตัวเพื่อนำไปสู่การสร้างความสุขุมให้เกิดขึ้นในชีวิตส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งอาจเนื่องมาจากความเป็นภูมิภาคที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันของประเทศ ทั้งภูมิภาค ศาสนา สังคมเกษตรกรรม เป็นต้น ทำให้การดำรงชีวิตไม่แตกต่างกัน ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะวิกฤตอาจมีการปรับตัวได้ในลักษณะเดียวกันทำให้สถานการณ์การระบาดของโควิด 19 ไม่ทำให้คุณภาพชีวิตต่ำลงมาก

ในขณะที่เดียวกันไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ คาคตรีเย ซายิน คาชาร์และเอมิเน คารามัน (2021) ศึกษาเรื่องชีวิตในช่วงล็อกดาวน์: ความโดดเดี่ยวทางสังคม ความเหงา และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในช่วงการระบาดของโควิด 19 ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีการถูกแยกตัวทางสังคมเนื่องจากข้อจำกัดในช่วงการระบาดใหญ่ ทำให้ระดับของความเหงา และคุณภาพชีวิตของพวกเขาได้รับผลกระทบในทางลบ

ผู้สูงอายุที่อยู่นอกบ้านในสถานสงเคราะห์ ผู้ที่อาศัยอยู่ตามลำพัง และผู้ที่มีระดับทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำมีความเสี่ยงสูงเป็นพิเศษ

ดังนั้นสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ครั้งนี้ แม้จะเกิดผลกระทบในวงกว้างต่อทุกคนทั้งในประเทศไทยและทั่วโลกแต่ระบบการจัดการที่ดีเตรียมพร้อม การเข้าถึงชุมชนให้การสนับสนุนต่อประชาชนทั้งข่าวสารความรู้ที่ถูกต้องและรวดเร็ว วัสดุจำเป็นต่างๆ ในการเผชิญต่อสถานการณ์วิกฤตทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอนาหม่อมยังอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังคงอยู่ในช่วงการเฝ้าระวังเนื่องจากการระบาดที่ต่อเนื่องยาวนานอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนมากขึ้นได้ ดังนั้นหากสถานการณ์การแพร่ระบาดค่อยๆ คลี่คลายปัญหาสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของประชาชนค่อยดีขึ้นตามลำดับ

สรุปผล

1. คุณภาพชีวิตโดยรวม ในช่วงสถานการณ์ การระบาดของโรคโควิด 19 เป็นปีที่ 3 ทั้งกลุ่มที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 และไม่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 ของประชาชนในอำเภอนาหม่อม จังหวัดสงขลา ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 89.49$ S.D. 20.29, $\bar{x} = 85.81$ S.D. 22.89)
2. การสนับสนุนทางสังคมกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 และไม่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 มีความคิดเห็นต่อการสนับสนุนทางสังคมโดยภาพรวมในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.53$ S.D.0.70, $\bar{x} = 3.44$ S.D. 0.90)
3. การมีคุณภาพชีวิตรายด้านและการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอนาหม่อมทั้งกลุ่มที่เคยป่วยด้วยโรคโควิด 19 และไม่เคยป่วยด้วยโรค โควิด 19
4. ประชาชนทั้ง 2 กลุ่มมีความคิดเห็นต่อสถานการณ์โรคโควิด 19 ที่ผ่านมามีส่วนใหญ่ออกมาวิตกกังวลกับการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ที่ไม่มีแนวโน้มว่าจะลดลงมีแต่จะเพิ่มขึ้นและเปลี่ยนแปลงชนิดของเชื้อให้สามารถติดต่อกันง่ายขึ้น ทำให้การประกอบอาชีพและการใช้ชีวิตเป็นไปอย่างยากลำบาก อย่างไรก็ตามมีบางส่วนคิดว่าระยะเวลาผ่านมานานทำใจและปรับตัวต่อสถานการณ์ได้มากขึ้น ประกอบกับคำแนะนำต่างๆ

จากทางภาครัฐและเอกชน การดูแลจากหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ทำให้คิดว่า การที่จะผ่านสถานการณ์นี้ไปได้โดยไม่ลำบากมากไปกว่าเดิมแล้ว

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในการสอบถามคุณภาพชีวิตของประชาชน ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้ทราบข้อมูลเชิงลึกเพื่อนำไปแก้ปัญหาเฉพาะบุคคลได้ตรงประเด็น
2. ควรมีการศึกษาเฉพาะกลุ่มในบุคคลที่มีความเครียดระดับสูงขึ้นไปเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของกลุ่มคนเหล่านี้
3. ควรมีการศึกษาในกลุ่มบุคคลที่มีคุณภาพชีวิตระดับที่ไม่ดีเพื่อหาทางช่วยเหลือปรับปรุงคุณภาพชีวิตของแต่ละบุคคลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- BBC Thai. (2020). *COVID-19: Not just the lungs, but the heart new strain of corona virus How does it damage other organs in some cases?*. Retrieved May 15, 2022, from: <https://www.bbc.com/thai/features-52269322>.(in Thai)
- Cobb, S. (1979). Social support as a moderator of life stress. *Psychomatic Medicine, Journal of Personality and Social Psychology* 38, 7: 300-314.
- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2022). *World Health Organization Quality of Life Indicators, abbreviated, Thai version (WHOQOL-BREF-THAI)* Retrieved May 15, 2022, from: <https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=17>. (in Thai)
- House, J.S.(1981). *The nature of social support*. In M.A. Reading. *4th Ed. Work stress and social support* Philadelphia: Addison Wesley. Educational and Psychological Measurement. 30(3) : 607 – 610.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). *Determining Sample Size for Research Activities*. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), pp. 607-610.
- Na Zhu, Dingyu Zhang, Wenling Wang, Xingwang Li, Bo Yang, Jingdong Song, et al. (2022). A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*, 382, pp.727-733.
- Rattanakorn Poojanjob. (2022). The influence of adaptation from the impact of COVID-19 that affect the quality of life of informal workers in Muang District, Songkhla Province. *School of Administrative Studies Academic Journal*, 5(2), pp.1-18. (in Thai)
- Sayin Kasar K, Karaman E. (2022). Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatr Nurs.*, 42(5), pp.1222-1229.
- Songkhla Public relations agency COVID-19. (2022) [Internet]. Retrieved from: <https://www.skho.moph.go.th/web/news.php?id=613>. (in Thai)
- Social communication National Health Commission Office (NHCO). (2022). *Looking at Thai society after COVID-19, emphasizing the importance of decentralization, paving the way for national reform*, Retrieved from: <https://www.nationalhealth.or.th/en/node/2242>.(in Thai)
- Sopit Nasueb. (2021). *Economic and Social Impacts of the COVID-19 Pandemic at the global level and in Thailand*. International Health Policy Program (IHPP) Division of on Communicable Disease; 2022.(in Thai)
- Vu MQ, Tran TTP, Hoang TA, Khuong LQ, Hoang MV. (2022). *Health-related quality of life of the Vietnamese during the COVID-19 pandemic*. (2020). *PLoS One*, 15(12), e02441.



การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต

อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ

DEVELOPMENT THE MODEL OF THE SURVEILLANCE, PREVENTION AND CONTROL OF EPIDEMIC OF CORONAVIRUS DISEASE IN 2019 BY THE PROCEDURE OF DISTRICT HEALTH BOARD, MUANG DISTRICT, CHAIYAPHUM PROVINCE

รัศมี สมรรถชัย, บุญพิสิษฐ์ ธรรมกุล

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองชัยภูมิ

Rassamee Samatthachai, Boonpisit Tummakul

Muang Chaiyaphum District Public Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) 21 คน และระดับตำบล (พชต.) 310 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ.2564 - มิถุนายน พ.ศ.2565 แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสถานการณ์และศึกษาความรู้ การปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคของกลุ่มตัวอย่าง 2) สร้างรูปแบบและนำไปทดลองใช้ และปรับปรุงรูปแบบ 3) นำรูปแบบไปใช้ทั้งอำเภอ และ 4) ประเมินผลเครื่องมือที่ใช้ศึกษาเป็นแบบสอบถามและแบบสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณานำเสนอ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Paired Sample t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา 1) รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 6 กลยุทธ์ คือ (1) คัดกรองและเฝ้าระวังโรคในชุมชน (2) ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย (3) ติดตามผู้สัมผัส (4) สื่อสารความเสี่ยง (5) ใช้มาตรการทางสังคม และ (6) ประสานงานและจัดการข้อมูล 2) กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังพัฒนาสูงขึ้น โดยความรู้ก่อนพัฒนา $\bar{x} = 2.98$, S.D. = 0.35 หลังพัฒนา $\bar{x} = 3.43$, S.D. = 0.42 การปฏิบัติก่อนพัฒนา $\bar{x} = 2.43$, S.D. = 0.27 หลังพัฒนา $\bar{x} = 2.85$, S.D. = 0.23 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความพึงพอใจต่อรูปแบบมากที่สุดในระดับสูง ร้อยละ 87.31 สรุปผลการวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคที่ชัดเจน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีทักษะ และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น และสามารถดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรขยายผลการดำเนินงานไปสู่พื้นที่อื่นและนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานด้านอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.)

Abstract

This study is a research and development aiming for developing the model of the surveillance, prevention and control of Coronavirus Disease in 2019 by the procedure of District Health Board, Muang District, Chaiyaphum Province. A representative sample consists of 21 members of District Health Board (DHB) and 310 members of Sub-district Health Board (THB). The research had been conducted since January, 2021 to June, 2022. It is divided into 4 steps. Firstly, consider the condition, knowledge, and practice for the prevention and the control of the disease of the board's members. Secondly, form the model, apply it with the pandemic area, and improve the model. Thirdly, apply the model to all areas. Finally, evaluate the result after the use of the model by discussing with the board and utilizing questionnaires. Analyzed by descriptive statistics, the data presents the frequency, percentage, mean, standard deviation, and Paired Sample t-test statistics. Besides, the qualitative data is analyzed by content analysis.

The finding notes that 1) the model of the surveillance, prevention and control of Coronavirus Disease in 2019 by the procedure of District Health Board involves 6 strategies which are 1) diseases' filtering and surveillance in the community 2) patient care 3) tracking the risk contacts 4) risk communication 5) the use of social measures and 6) coordination and data management. 2) After the improvement, the sample happens to get higher average score of knowledge and the procedure of surveillance, prevention and control of Coronavirus Disease in 2019. Before the operation, knowledge's point scores; $\bar{x} = 2.98$, S.D. = 0.35 and procedure's point scores; $\bar{x} = 2.43$, S.D. = 0.27. After the operation, knowledge's point scores; $\bar{x} = 3.43$, S.D. = 0.42 and procedure's point scores; $\bar{x} = 2.85$, S.D. = 0.23. The score is statistically significant increase ($p < 0.001$). A satisfaction level provides a high score with 87.31 percent. It is concluded that the result of the study comes up with a clear picture of the model of the surveillance, prevention and control. So, its consequence brings out more expertise, skill, and participation of members, leading the effective operation toward the result of the surveillance, prevention and control of Coronavirus Disease in 2019. Therefore, this research should be used as a model to build on the operation for other areas and be applied with more fields of work onward.

Keywords: Surveillance, control and prevention of coronavirus disease 2019, District Health Board (DHB)



บทนำ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ “โควิด19” ซึ่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็น “การระบาดใหญ่ทั่วโลก” หรือ “Pandemic” และเป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern) โดยแนะนำให้ทุกประเทศเร่งรัดการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค ซึ่งถือว่ามีความเสี่ยงด้านสาธารณสุขต่อทุกประเทศทั่วโลก และมีผลกระทบในการแพร่ระบาดสูง (กรมควบคุมโรค, 2558) ประเทศไทยได้ดำเนินการ เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเริ่มตรวจคัดกรอง อุณหภูมิ ผู้เดินทางที่ด่านควบคุมโรคระหว่างประเทศ และเปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) เมื่อวันที่ 4 มกราคม พ.ศ. 2563 เพื่อตอบโต้สถานการณ์ ต่อมาพบการระบาดผู้ป่วยรายแรก เมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ.2563 ประกอบอาชีพขับรถแท็กซี่ที่ไม่เคยมีประวัติเดินทางไปต่างประเทศแต่มีประวัติขับรถแท็กซี่ให้บริการกับผู้โดยสารจีน (กรมควบคุมโรค, 2564) หลังจากนั้นเริ่มพบการระบาดมีผู้ป่วยภายในประเทศไทยเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอาชีพเสี่ยงสูงที่ต้องทำงานใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวต่างชาติ ได้แก่ กลุ่มขับรถสาธารณะ มัคคุเทศก์ พนักงานขาย นอกจากนี้ยังมีคนไทยที่ป่วยภายหลังจากเดินทางไปท่องเที่ยวต่างประเทศ ทำให้เกิดการแพร่เชื้อต่อไปยังผู้สัมผัสใกล้ชิด โดยเฉพาะคนในครอบครัว ต่อมาเมื่อมีการระบาดของผู้ป่วยจำนวนเพิ่มขึ้น และมีภาวะแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วยรุนแรงจนถึงเสียชีวิต กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เสนอให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 (พระราชบัญญัติโรคติดต่อ 2558, 2563)

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในจังหวัดชัยภูมิ พบรายงานผู้ป่วยระลอกแรกในเดือน เมษายน 2563 จำนวน 3 ราย ที่อำเภอภูเขียว อำเภอเนินสง่า และอำเภอจัตุรัส อำเภอละ 1 ราย และพบผู้ป่วยระลอก 2 ในเดือน ธันวาคม 2563 จำนวน 7 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ จำนวน 3 ราย ซึ่งไม่มีผู้เสียชีวิต (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2565) ในการดำเนินงานควบคุมการระบาดของโรคในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ

ระยะแรกนั้นภารกิจด้านการควบคุมโรคและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบทบาทของหน่วยงานและบุคลากรด้านสาธารณสุข ส่วนราชการอื่น องค์กรภาคีเครือข่ายหรือประชาชนยังไม่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเท่าที่ควร อันเนื่องมาจากยังไม่รู้รูปแบบหรือแนวทางการดำเนินงานหรือการสั่งการที่ชัดเจน จากทบทวนการจัดการกับสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ระดับชุมชน กระบวนการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การรับนโยบายของประเทศ มีแผนยุทธศาสตร์ระดับจังหวัด สู่อำเภอและสู่ชุมชน (ณัฐดนัย สดคมขำ, 2565) และมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ ความตระหนักและความร่วมมือของเครือข่าย การรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและทันเวลา และการเตรียมชุมชน ทั้งก่อนและหลังเกิดโรคเพื่อเสริมความมั่นใจในเรื่องการอยู่ร่วมกันในชุมชน(จิราภรณ์ ชวงค์, 2564)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย คณะกรรมการระดับอำเภอ (พชอ.) และระดับตำบล (พชต.) ที่จัดตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 (ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561, 2564) มีหลักการสำคัญ คือ “นำร่วม บูรณาการและมีส่วนร่วม” (กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย, 2561) ผลที่คาดว่าจะได้รับจะทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน และส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีทักษะ และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น สามารถดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพและขยายผลการดำเนินงานไปสู่พื้นที่อื่นและประยุกต์ใช้ในการทำงานด้านอื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองชัยภูมิ

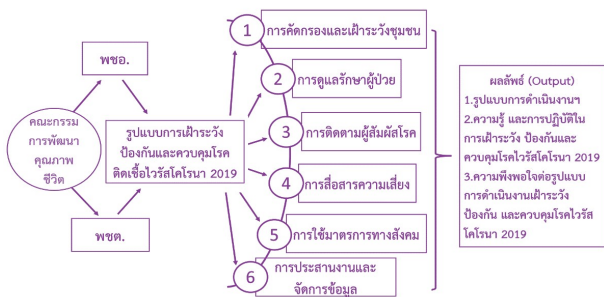
วัตถุประสงค์เฉพาะ

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 3) เพื่อศึกษาความรู้ และการปฏิบัติงานการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังพัฒนา
- 4) เพื่อประเมินความพึงพอใจในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิด

การศึกษานี้พัฒนารูปแบบตามแนวทางปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค, 2564) โดยใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development : R&D) พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และระดับตำบล (พชต.) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคฯ และความรู้และการปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคฯ ของกลุ่มตัวอย่าง 2) สร้างรูปแบบและทดลองใช้ในพื้นที่ระบาดและปรับปรุงรูปแบบ 3) นำรูปแบบไปใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคฯ ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ 4) ประเมินผล ระยะเวลาระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ.2564 - มิถุนายน พ.ศ.2565

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองชัยภูมิ ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) ซึ่งเป็นคณะกรรมการที่ตั้งขึ้นตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 (ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561, 2564) จำนวน 21 คน และ 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบล (พชต.) ประกอบด้วย นายกเทศมนตรี/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน อสม. ภาควิเคราะห์ และบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 325 คน ผ่านเกณฑ์คัดเลือก (Inclusion criteria) จำนวน 310 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

ได้แก่ 1) มีรายชื่อเป็นคณะกรรมการตามคำสั่งอำเภอเมืองชัยภูมิ ที่ 48/2564 2) สม่ครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย 3) อยู่ในพื้นที่

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria)

ได้แก่ 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการวิจัย หรือ 2) ไม่อยู่ในพื้นที่

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เป็นแบบสอบถามและแบบสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และประยุกต์จากเครื่องมืองานวิจัยของ (ภูษิต ชันกสิกรรม, 2564) ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) ลักษณะทางประชากรเป็นแบบเติมค่าในช่องว่าง จำนวน 5 ข้อ 2) ความรู้ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่/ไม่ใช่ โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ตอบให้ 0 คะแนน การแปลผลระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูง (ร้อยละ 80-100) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (ร้อยละ 0-59) 3) การปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 13 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า (Bloom, 1971) 3 ระดับ คือ เป็นประจำ บางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย 4) ความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ จำนวน 12 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า (Bloom, 1971) 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง และน้อย การแปลผลระดับการปฏิบัติและความพึงพอใจ เป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับสูง (ร้อยละ 80-100) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) และ ระดับต่ำ (ร้อยละ 0-59) 5) ข้อเสนอแนะทั่วไป เป็นคำถามปลายเปิด

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ โดย 1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จาก ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีค่าความสอดคล้องระหว่าง 0.67 - 1.00 และ 2) ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัย นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วทำการทดลอง (Try out) ในกลุ่มคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเนินสง่า จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 30 คน 2) ความรู้ในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการของ Kuder and Richardson : KR-20 (Kuder GF, 1937) ได้เท่ากับ 0.77 3) การปฏิบัติและความพึงพอใจต่อรูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการ Cronbach Alpha's coefficient (Cronbach LJ, 1970) ได้เท่ากับ 0.83 และ 0.85 ตามลำดับ

วิธีการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม พ.ศ.2564 - มิถุนายน พ.ศ.2565 แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1) ศึกษาสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยผู้วิจัยได้ศึกษาสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากรายงานสถานการณ์โรคฯ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ประจำปี พ.ศ. 2563-2564 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ, 2565) และบททวนจากรายงานประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อจังหวัดชัยภูมิ ระหว่างปี พ.ศ. 2563-2564 และจากคำสั่ง/มาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคฯ จังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัยได้จัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ (พชอ.) จำนวน 1 ครั้ง และจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบล (พชต.) แยกรายตำบล จำนวน 19 ตำบล และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพื่อศึกษาความรู้และการปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสนทนากลุ่มแกนนำสำคัญเพื่อศึกษาสภาพการดำเนินงานในพื้นที่

2) สร้างรูปแบบ ทดลองใช้และปรับปรุงรูปแบบ (กุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2564) (2.1) ในการสร้างรูปแบบผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและพัฒนารูปแบบตามแนวทางการปฏิบัติที่ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อ

ไวรัสโคโรนา 2019 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มี 6 กลยุทธ์ คือ 1) คัดกรองและเฝ้าระวังโรคในชุมชน 2) ดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย 3) ติดตามผู้สัมผัสโรค 4) สื่อสารความเสี่ยง 5) การใช้มาตรการทางสังคม และ 6) ประสานงานและจัดการข้อมูล (2.2) ทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่ตำบลมีเกณฑ์คัดเลือกคือ พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในตำบลระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2564 ที่เข้าเกณฑ์ ได้แก่ ตำบลชัยสีทอง ซึ่งพบผู้ป่วยเดือน ธันวาคม 2563 จำนวน 3 ราย โดยจัดประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตำบลชัยสีทอง เพื่อวางแผน กำหนดเป้าหมายการทำงาน กำหนดแนวทางปฏิบัติงานร่วมกัน และมอบภาระกิจการดำเนินงานตามแนวทางทั้ง 6 กลยุทธ์ จัดประชุมทบทวนและปรับปรุงแนวทาง (2.3) ปรับปรุงแนวทาง 6 กลยุทธ์ให้สอดคล้องเหมาะสมกับบริบทอำเภอเมืองชัยภูมิ โดยปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ จาก รพ.ชัยภูมิ และ สสจ.ชัยภูมิ

3) นำรูปแบบไปใช้ทั้งอำเภอเมืองชัยภูมิ (เมษายน พ.ศ.2564 - พฤษภาคม พ.ศ.2565) โดยจัดประชุมคณะกรรมการ พชอ. เมืองชัยภูมิ และ พชต. ทุกตำบล เพื่อวางแผน กำหนดเป้าหมาย และชี้แจงการปฏิบัติตามแนวทาง และมอบภาระกิจตามแนวทาง 6 กลยุทธ์ โดยมีการจัดประชุม ทบทวนและปรับปรุงแนวทางเป็นระยะ

4) ประเมินผล ประกอบด้วยรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความรู้การปฏิบัติและความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามและสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบสอบถาม โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูล ลักษณะทางประชากรด้วยการแจกแจง ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้และการปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันโรค และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สถิติ Paired Sample t-test

2) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามปลายเปิด โดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ด้วยการจำแนก เปรียบเทียบข้อมูล เชื่อมโยงสิ่งต่างๆ เพื่อหาคำอธิบายและข้อสรุปตามกรอบแนวคิด ที่ทำการศึกษา

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ เอกสารรับรองเลขที่ 87/2565 และผู้วิจัยได้อธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัยและสิทธิในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้ร่วมวิจัยและทำการลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยก่อนการตอบแบบสอบถาม

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ พบรายงานผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน 24,883 ราย เสียชีวิต จำนวน 7 ราย (ข้อมูล มกราคม พ.ศ. 2564 – มิถุนายน พ.ศ.2565) การระบาดระลอกแรกเริ่มที่ตำบลซับสนีทอง เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 3 ราย เป็นครอบครัวเดียวกัน ผู้ป่วยรายแรกเป็นเพศชาย มีอาชีพรับอาหารทะเลจากตลาดมหาชัย จังหวัดสมุทรสาคร มาขายที่เขตอำเภอเมืองชัยภูมิ และอำเภอข้างเคียง อำเภอเมืองชัยภูมิได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไก พชอ. และนำไปทดลองใช้ที่ตำบลซับสนีทอง ซึ่งมี 6 กลยุทธ์ มีการปรับปรุงรูปแบบให้เหมาะสมสอดคล้องกับการปฏิบัติงาน ถึงเดือน เมษายน พ.ศ.2564 ถือเป็นการะบาดของระลอกที่ 3 ของประเทศ มีการนำรูปแบบไปใช้ในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคทั้งอำเภอมีการประชุม ทบทวนและปรับปรุงรูปแบบเรื่อยมาจนถึงปัจจุบัน

2. รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองชัยภูมิ มีการดำเนินงานและกำหนดแนวทางในการปฏิบัติงาน

2.1 จากการสนทนากลุ่ม คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง 1 ครั้ง จำนวน 30 คน และ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) 1 ครั้ง จำนวน 40 คน โดยการ SWOT Analysis วิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อมภายในและภายนอก พบว่า 1) นายอำเภอเมืองชัยภูมิ เป็นประธาน

ที่มีภาวะผู้นำสูง และมีความมุ่งมั่นในการทำงาน มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับหน่วยงาน 2) มีคณะกรรมการที่แต่งตั้งจากบุคคลที่มีความรู้หลากหลายทั้งระดับอำเภอ (พชอ.) และระดับตำบล (พชต.) 3) มีทีมสนับสนุนการดำเนินงานทั้งทางด้านวิชาการ และด้านปฏิบัติงานภาคีเครือข่าย จุดอ่อน คือ 1) คณะกรรมการบางคนขาดความรู้ หรือทักษะในการปฏิบัติงานเนื่องจากโรคนี้เป็นโรคอุบัติใหม่ 2) บางหน่วยงานไม่ได้จัดสรรงบประมาณ เนื่องจากไม่ได้เตรียมแผนงบประมาณในเรื่องนี้ไว้ 3) การดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นบทบาทของหน่วยงานและบุคลากรด้านสาธารณสุข เนื่องจากภาคีเครือข่ายเข้าใจว่าเป็นงานเกี่ยวกับการระบาดของโรค จึงขาดการมีส่วนร่วมหรือขาดความเข้มแข็งในการดำเนินงาน

2.2 รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองชัยภูมิ ประกอบด้วย 6 กลยุทธ์ คือ 1) การคัดกรองและเฝ้าระวังโรคในชุมชน มีการประชุม พชต.ทุกตำบลเพื่อถ่ายทอดแนวทาง และฝึกอบรมทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน เช่น การตรวจ ATK การใช้สารสนเทศในการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้เดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยง 2) การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วย มีแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วย มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ในชุมชน (Community Isolation : CI) จำนวน 7 แห่ง โดยชุมชนเป็นผู้ดำเนินจัดตั้งศูนย์และดูแลความเรียบร้อย จัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น และมีแพทย์จาก รพ.ชัยภูมิ และ รพ.สต. เป็นผู้ดูแลในการรักษาพยาบาลตลอด 24 ชั่วโมง 3) การติดตามผู้สัมผัส มีแนวทางการติดตามผู้สัมผัสโรค มีการเฝ้าระวังโรคในชุมชนและการตรวจ ATK เชิงรุกเพื่อค้นหาผู้สัมผัสและการรายงานเข้ารับโดยใช้ Google Form 4) การสื่อสารความเสี่ยงมีแนวทางการสื่อสารความเสี่ยง โดย พชต.และภาคีเครือข่าย เดินเคาะประตูบ้านประชาชน เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจและแนะนำการปฏิบัติตัวตามมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค 5) การใช้มาตรการทางสังคม มีแนวทางการใช้มาตรการและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงและแนวทางในการปิดหมู่บ้านเพื่อควบคุมโรคและป้องกันการระบาดในวงกว้าง 6) การประสานงานและจัดการข้อมูล โดยมีแนวทางประสานงานและจัดตั้งศูนย์ตอบโต้ภาวะฉุกเฉินอำเภอเมืองชัยภูมิ มีระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนข้อมูลการตัดสินใจผู้บริหาร และส่งต่อข้อมูลสู่เครือข่าย



3. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 271 คน (ร้อยละ 81.57) กลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด อายุ 50-59 ปี 153 คน (ร้อยละ 46.22) สถานภาพสมรส 250 คน (ร้อยละ 75.53) ตำแหน่งอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) 252 คน (ร้อยละ 76.13) หลังพัฒนารูปแบบฯ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้การปฏิบัติ และความพึงพอใจ ในรูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคเชื้อไวรัส โครนา 2019 สูงกว่าก่อนพัฒนา โดยความรู้ก่อนพัฒนา $\bar{x} = 2.98$, S.D. = 0.35 หลังพัฒนา $\bar{x} = 3.43$, S.D. = 0.42 การปฏิบัติก่อนพัฒนา $\bar{x} = 2.43$, S.D. = 0.27 หลังพัฒนา $\bar{x} = 2.85$, S.D. = 0.23 ความพึงพอใจต่อรูปแบบมากที่สุด ในระดับสูง ร้อยละ 87.31 ดังตารางที่ 1

การเปรียบเทียบความรู้ และการปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า หลังพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นกว่า

ก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังตารางที่ 2

อภิปรายผล

การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย คณะกรรมการระดับอำเภอ (พขอ.) และระดับตำบล (พชต.) ในการวิจัยได้พัฒนารูปแบบตามแนวทางปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 6 กลยุทธ์ โดยเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตามแนวคิด พขอ. คือ “นำร่วม บูรณาการและมีส่วนร่วม” สอดคล้อง

ตารางที่ 1 ความรู้ การปฏิบัติและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคฯ

ตัวแปร	ก่อนพัฒนา (n = 331)		หลังพัฒนา (n = 331)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้				
ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	157	47.43	233	70.39
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	174	52.57	98	29.61
ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	0	0.00	0	0.00
การปฏิบัติ				
ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	272	82.18	325	98.19
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	58	17.52	6	1.81
ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	1	0.30	0	0.00
ความพึงพอใจ				
ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	-	-	289	87.31
ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79)	-	-	42	12.68
ระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 60)	-	-	0	0.00

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้และการปฏิบัติในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคฯ

ตัวแปร	ผลการเปรียบเทียบ (n = 331)					
	\bar{x}	S.D.	95%CI	t-test	df	p-value
ความรู้						
ก่อนพัฒนา	2.98	0.35	-0.50 ถึง -0.41	-20.84	330	<0.001
หลังพัฒนา	3.43	0.42				
การปฏิบัติ						
ก่อนพัฒนา	2.43	0.27	-0.44 ถึง -0.39	-31.06	330	<0.001
หลังพัฒนา	2.85	0.23				

กับการศึกษารูปแบบการเฝ้าระวัง ควบคุม และป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อำเภอเมืองอุบลราชธานี ด้วยกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (ทงศักดิ์ หลักเขต, 2565) ประกอบด้วย 6 กลยุทธ์ คือ 1) การจัดการเชิงกลยุทธ์ 2) การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรค 3) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชนผ่านแนวคิด “เมืองอุบลไม่ทอดทิ้งกัน” 4) ค้นหา/คัดกรองกลุ่มเสี่ยง ภายใต้กระบวนการ พชอ. 5) การจัดการระบบรักษาและให้ความรู้ 6) การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ และพัฒนาระบบสารสนเทศและการศึกษารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี (Udon Model COVID-19) (ระนอง เกตุดาว, 2564) ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการเฝ้าระวัง คัดกรอง สอบสวน ควบคุม ป้องกันโรคมีประสิทธิภาพ 2) การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายและประชาชนอย่างถูกต้อง รวดเร็ว และ 3) การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยความสำเร็จ คือ 1) ผู้นำ คือ นายอำเภอเมืองชัยภูมิ มีภาวะผู้นำและมีเป้าหมายในการดำเนินงานที่ชัดเจน และมีการวางแผนงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย ภายใต้ระบบข้อมูลที่มีคุณภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์ และคณะ ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ : ความท้าทายและการพัฒนา (กานต์ชัชพิสิฐ คงเสถียรพงษ์, 2564) ที่ผู้นำจะต้องมีภาวะผู้นำที่มีความมุ่งมั่นในการทำงาน มีการกระจายอำนาจและมีการจัดการแบบมีส่วนร่วม เน้นประชาชนเป็นศูนย์กลาง ภายใต้การทำงานแบบเครือข่าย เพื่อร่วมกันดำเนินกิจกรรมที่เป็นปัญหาสุขภาพ หรือปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตประชาชนในพื้นที่ เพื่อผลลัพธ์คือประชาชนเกิดคุณภาพชีวิตที่ดี 2) ความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการปฏิบัติงาน โดยมีการวางแผน กำหนดเป้าหมายและกำหนดแนวทางปฏิบัติงานร่วมกันที่ชัดเจน และมีการมอบหมายภารกิจ ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายอย่างเต็มประสิทธิภาพ โดยระหว่างปฏิบัติงานมีการทบทวนการดำเนินงานและปรับแนวทางให้สอดคล้องกับการบรรลุเป้าหมายเป็นระยะ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาค้นคว้าวิจัยของชุมชนในการป้องกันโรค COVID-19 บ้านหนองสวรรค์ ตำบลเชียงพิณ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (กาญจนา ปัญญาธร, 2564) พบว่าบุคลากรทางสุขภาพ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำกระบวนการ มีส่วนร่วมของชุมชนตั้งแต่การสร้างแบบสำรวจ การกำหนดพื้นที่ และ

ทีมงานสำรวจแล้วนำไปสู่การวางแผนการดำเนินงานกำหนดกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาพร้อมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนพื้นฐานของชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในการดำเนินงาน 3) ข้อมูลที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจของผู้บริหารและสื่อสารความเสี่ยง โดยข้อมูลจะต้องมีความถูกต้อง ครบถ้วน สมบูรณ์ ทันเวลา และมีระบบฐานข้อมูลที่สามารถสืบค้นได้ตลอดเวลาและปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการตัดสินใจและการตอบสนองต่อภาวะวิกฤตขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย กรณีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) (จริยา โกเมนต์, 2565) พบว่าปัจจัยด้านความสามารถในการตัดสินใจของผู้บริหาร ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค และการเปิดรับข้อมูลข่าวสารของผู้นำ มีความสัมพันธ์กับกระบวนการตัดสินใจดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สรุปผล

สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตอำเภอเมืองชัยภูมิ พบรายงานผู้ป่วยยืนยันสะสม จำนวน 24,883 ราย เสียชีวิต จำนวน 7 ราย (ข้อมูล มกราคม พ.ศ. 2564 – มิถุนายน พ.ศ.2565) การระบาดระลอกแรกเริ่มที่ตำบลชัยสีทอง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 จำนวน 3 ราย อำเภอเมืองชัยภูมิได้เปิด EOC ศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองชัยภูมิ ประกอบด้วย 6 กลยุทธ์ คือ 1) การคัดกรองและเฝ้าระวังโรคในชุมชน 2) การดูแลรักษาผู้ป่วย 3) การติดตามผู้สัมผัสโรค 4) การสื่อสารความเสี่ยง 5) การเข้ามาตรการทางสังคม และ 6) การประสานงานและจัดการข้อมูล ภายหลังพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ชัดเจนส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงขึ้น โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนพัฒนา = 2.98, S.D. = 0.35 หลังพัฒนา = 3.43, S.D. = 0.42 และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติก่อนพัฒนา = 2.43, S.D. = 0.27 หลังพัฒนา = 2.85, S.D. = 0.23 เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ความพึงพอใจต่อรูปแบบมากที่สุดในระดับสูง ร้อยละ 87.31 สรุปผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้





กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ มีทักษะ และมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น และสามารถดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคในสถานการณ์ระบาดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรขยายผลการดำเนินงานไปสู่พื้นที่อื่นและนำไปประยุกต์ใช้ในการทำงานด้านอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยการพัฒนา รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองชัยภูมิ ครั้งนี้

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย 1.1) เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่อาจสร้างความตื่นกลัว สับสน และกังวลให้กับประชาชน จึงต้องมีการดำเนินนโยบายเร่งด่วนและมีกระบวนการสื่อสารความเสี่ยงให้ประชาชนทราบข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมที่ดีด้านสุขภาพ สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ โดยการสื่อสารความเสี่ยงจะต้องอยู่บนพื้นฐานข้อมูลที่ถูกต้อง สร้างความเชื่อมั่นให้ประชาชน ป้องกันการเข้าใจผิดหรือหลงเชื่อข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่ไม่เป็นจริง 1.2) เนื่องจากการระบาดในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาได้ส่งผลกระทบต่อประชาชนหลายด้าน เช่น ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม และด้านสุขภาพ จึงทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมและวิถีชีวิตเปลี่ยนไป ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านอื่นๆ ตามมา เช่น ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิตอาจรุนแรงมากขึ้น ดังนั้นหน่วยงาน บุคลากร หรือภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายและเพิ่มความเข้มข้นของมาตรการด้านสุขภาพ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และประสานความร่วมมือกับทุกภาคส่วนอื่นๆ เพื่อร่วมแก้ไขปัญหาคูณภาพชีวิต เศรษฐกิจและสังคมไปพร้อมๆ กัน

2. ข้อเสนอแนะระดับบริหาร การพัฒนาทักษะของบุคลากรที่ปฏิบัติงานทั้งบุคลากรทางการแพทย์ หรือภาคีเครือข่ายที่ร่วมปฏิบัติงานถือเป็นสิ่งที่จำเป็น เพื่อเตรียมความพร้อมต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งด้านการอบรมเพิ่มความรู้และฝึกปฏิบัติที่จำเป็น และการนำเทคโนโลยีที่เป็นนวัตกรรมด้านสุขภาพมาใช้ในการช่วยลดภาระบุคลากรและเพิ่มประสิทธิภาพของระบบสุขภาพ จึงควรจัดทำแผนการพัฒนาบุคลากรให้สอดคล้องกับรูปแบบที่จะต้องปฏิบัติงาน เพื่อให้บุคลากรมีความพร้อมและมีขีดความสามารถในการปฏิบัติงานให้บรรลุเป้าหมาย

3. ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติ 3.1) การบูรณาการ ทำงานกับเครือข่ายสุขภาพ ควรจะมีการประสานงานทั้งในรูปแบบ Informal และ Formal ซึ่งจะทำให้เกิดความช่วยเหลือเกื้อกูล และร่วมกันทำงานภายใต้เป้าหมายการดำเนินงานเดียวกัน 3.2) ควรมีการพัฒนาาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศระบบการรายงานและการจัดเก็บข้อมูลที่มีความเชื่อมโยง ไม่ซับซ้อน ตลอดจนสามารถนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาได้อย่างทันทั่วถึง

4. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป 4.1) ควรมีการศึกษาสภาพการณ์การรับข้อมูลข่าวสาร ความต้องการ และช่องทางการสื่อสารของประชาชน เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนสื่อสารความเสี่ยง สร้างความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวของประชาชนในการป้องกันโรคได้อย่างถูกต้อง 4.2) ควรนำรูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอ ไปประยุกต์ใช้พัฒนาการดำเนินงานสุขภาพด้านอื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*.
Chaiyaphum Provincial Public Health, (2022). *Patient and vaccine information about the novel coronavirus disease 2019*. Retrieved September 10, 2022 from https://cpho.moph.go.th/?page_id=11800. (in Thai).
Cronbach, L. J., & Furby, L. (1970). *How we should measure "change": Or should we*. *Psychological bulletin*, 74(1), 68.
Chaiyaphum Provincial Public Health, (2022). *Situation report of the Chaiyaphum Provincial Public Health Office*. Retrieved September 10, 2022 from https://cpho.moph.go.th/?page_id=11800.(in Thai).
Department of Disease Control. (2021). *COVID-19 situation in 2019, public health measures, and obstacles to preventing and controlling passenger diseases*. Retrieved October 17, 2022 from <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>.(in Thai).

- Department of Disease Control. (2015). *Public Health Emergency Management, Incidence Command System and Emergency Operation Center*. Retrieved October 17, 2022 from http://www.ppho.go.th/webppho/dl_strat/F20170616075301.pdf.(in Thai).
- Department of Disease Control. (2021). *Coronavirus Disease Emergency Response Guidelines*. February 22, 2021 from https://ims.ddc.moph.go.th/files/OpsPlan_COVID19_250263.pdf. (in Thai).
- Department of Provincial Administration, Ministry of Interior. (2018). *Guidelines for Implementation in accordance with the Regulations of the Office of the Prime Minister on the development of quality of life at the area level 2018*. Retrieved December 1, 2018 from <http://www.ssosamrong.com/>. (in Thai).
- Jariya Koment & Chalermchai Panyadee. (2021). Decision-Making Model and Response to Crisis of Local Administrative Organizations in Upper Northern Thailand; a Case of the Coronavirus 2019 (COVID-19) Pandemic. *King Prajadhipok's Institute Journal*. September 2021 - December 2022, 5-33.(in Thai).
- Jiraporn Choowong, Duangjai Sawatdee, Krittiya Ponganusorn & Prapai Charconrit. (2021) The development of a Coronavirus 2019 prevention and transmission model in communities, Trang province: The first wave of the COVID-19 pandemic. *Journal of Health and Nursing Education*, 27(2), 201-215.(in Thai).
- Kanchana Panyathom, Krissana Sapsirisopa, Kamonhip Tanglakmankhing & Watanee Krongyuth (2021). Community Participation in COVID-19 Prevention at Nongsawan Village, Chiangpin Sub-district, Mueang District, Udonthani Province. *Journal of Phrapokkiao nursing college* vol. 32 No. January – June 2021, 190-240. (in Thai).
- Karnchatptsit khongsateinpong & Civilaiz Wanaratwichit. (2021). *District Quality Development Committee: Challenges and Development*. Boromarajonani College Nursing, Uttaradit Journal, 13(2), 275-286. (in Thai).
- Kuder, G. F., & Richardson, M. W. (1937). *The theory of the estimation of test reliability*. *Psychometrika*, 2(3), 151-160.
- Natdanai sodkomkum & Buntawan hirunhro. (2022). A Model Management during Epidemic of Coronavirus 2019 (COVID-19) in Community Level among Samut Songkhram Provice. *EAU Heritage Journal: Science and Technology*, 16(3), 149-162.(in Thai).
- Prevent detect respond. (2020, 5 March). *National Gazette* vol.137, Part 52d. Page 13 – 14.
- Prime Minister's Office. (2018). *Regulations of the Office of the Prime Minister on the development of quality of life at the area level 2018*. Retrieved December 12, 2021 from <https://multi.dopa.go.th/legal/news/cate1/view43>. (in Thai).
- Pusit Kakkasikam. (2021). *Factors affecting the practice of TB control guidelines of village health volunteers phitsanulok province*. (Master of Public Health, Naresuan University.) (in Thai).
- Thanongsak Lakkhet. (2021). Developing the model for surveillance, control and prevention of the epidemic of coronavirus disease 2019 (COVID-19) with the process of improving the quality of life at the district level (PCC), Muang Ubon Ratchathani district, *Journal of Research and Health Innovative Development* Vol.3 No.3, September - December 2022;61-69. (in Thai).
- Ranong Ketdaw, Umporn Tengtongde & Pasinee Toin. (2021). Developing the model for surveillance, control and prevention of the epidemic of coronavirus disease 2019 (COVID-19) Udonthani Province. *Journal of Health Science*, 30(1), January – February 2021. (in Thai).



การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา

A DEVELOPMENT OF HEALTH PROMOTION MODEL FOR AGING IN CHACHOENGSAO PROVINCE

สมบัติ ทังทอง

Sombat Tangtong

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา

Chachoengsao Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา 2) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) พัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ และ 4) ศึกษาผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 โดยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยกระบวนการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง ผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 12 คน ระยะที่ 2 โดยกระบวนการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามผู้สูงอายุ จำนวน 383 คน ระยะที่ 3 โดยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม เพื่อคืนข้อมูล พัฒนารูปแบบอย่างเป็นรูปธรรมที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง คัดเลือกผู้สูงอายุ จำนวน 12 คน ระยะที่ 4 ประเมินการใช้รูปแบบฯ โดยศึกษาแบบวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มเดียวทดสอบก่อนหลัง จำนวน 30 คน

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 พบว่า การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพยังไม่เป็นรูปธรรม ไม่ต่อเนื่อง และไม่ครอบคลุมมิติการสร้างเสริมสุขภาพ มีความต้องการในเรื่องของกาย จิตใจและอยู่ในสังคมที่ดี ระยะที่ 2 พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม วิธีการเดินทางเข้ารับบริการสถานพยาบาล การเห็นคุณค่าของตนเอง การดำรงตำแหน่งในสังคม โรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ การได้รับข้อมูลข่าวสาร โรคประจำตัว สถานภาพสมรส และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระยะที่ 3 พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินสภาวะสุขภาพ การให้ความรู้โดยการเสริมพลังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุม กาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง ระยะที่ 4 พบว่า หลังการใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีความรู้และการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงจะเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในชุมชน

คำสำคัญ : รูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ

Abstract

This research and development study aimed to 1) Identify the problems and needs of Health Promotion for Aging in Chachoengsao Province 2) study the factors relate to health promotion for Aging 3) development of health promotion model for Aging 4) Examine the effectiveness of the health promotion model for Aging. The sample was divided according to the study phases 1) The sample group, phase 1) Qualitative research process. Data were collected Focus Group Discussion process. The informant, the researcher selected purposive sampling, were 12 elderly people. 2) Quantitative research process, 375 elderly people collected data using questionnaires. 3) Qualitative research process. Use the Focused Group Discussion process to return information. Develop conclusions of concrete, actionable models. Selected a specific method, 12 people 4) Evaluated the use of the model using a quasi-experimental research method. The experiment was conducted according to a one-group pretest-posttest design, 30 people.

The results of the Phase 1) study revealed that health promotion operations were not concrete, discontinuous, and did not cover the health promotion dimension. There is a need for physical, mental and social well-being. 2) found that social support How to travel to receive medical services self-esteem position in society, congenital disease (lipids in the blood), knowledge of the elderly obtaining information, underlying disease (heart disease), marital status and community participation It is associated with the health promotion of the elderly. 3) found that the health promotion model for the elderly was health status assessment. Providing knowledge by empowering and exchanging knowledge. The implementation of health promotion to cover the body, mind and society continuously. 4) found that after using the model, the elderly had better knowledge and health promotion than before using the model at a statistical significance level of 0.05. Ministry of Public Health or local government The community should be involved in promoting the health of the elderly will be continuity and sustainability in the community

Key words : Model, Health, Promotion, Aging



บทนำ

สังคมไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ เนื่องจากโครงสร้างอายุของประชากรเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว อัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุ ตั้งแต่ พ.ศ.2557 พบว่า ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากถึง 10 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากรทั้งหมด และประเทศไทยคาดการณ์ว่าจะเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีมากถึงร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2564 (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) และประเทศไทยก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ตั้งแต่ ปี 2565 เป็นต้นมา และจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นปีละ 1 ล้านคน ต่อเนื่องไปอีก 20 ปี สังคมสูงอายุหรือสังคมที่มีสัดส่วนของ คนสูงอายุมากขึ้น ในขณะที่สัดส่วนของคนที่เกิดใหม่ รวมถึงวัยทำงานลดน้อยลง เป็นสถานการณ์ที่หลายประเทศทั่วโลก กำลังเผชิญ สำหรับประเทศไทย มีความเข้าใจผิดว่ากำลังก้าวสู่ สังคมสูงอายุ แต่ความเป็นจริงแล้ว ประเทศไทยก้าวเข้าสู่ สังคมสูงอายุ (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2565)

ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ ได้กำหนดมาตรการส่งเสริมสุขภาพป้องกันการเจ็บป่วยและดูแลตนเองเบื้องต้น การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพรูปแบบที่หลากหลายให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุ แต่การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นยังไม่บรรลุเป้าหมาย อาจเนื่องมาจาก รูปแบบดังกล่าวไม่มีความสอดคล้องกับแนวทางการดำเนินชีวิต ของผู้สูงอายุจึงไม่เกิดความต่อเนื่องและไม่สามารถส่งเสริมสุขภาพ ได้อย่างแท้จริง (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2565) แผนพัฒนา เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 13 (พ.ศ.2566-2570) ได้กำหนดเป้าหมายหลักมุ่งไปที่การพัฒนาคนสำหรับโลก ยุคใหม่ ซึ่งเป็นการพัฒนากำลังคนให้มีคุณภาพ มีสมรรถนะสูง เพื่อพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ รวมทั้งสร้างหลักประกัน และความคุ้มครองทางสังคม โดยมีเป้าหมายหลักในการมุ่งสู่ สังคมแห่งการสร้างโอกาสและความเป็นธรรม ด้วยการสนับสนุน ช่วยเหลือกลุ่มเปราะบางและผู้ด้อยโอกาสในการเลื่อนสถานะ เศรษฐกิจและสังคม กระจายโอกาสทางเศรษฐกิจ และจัดให้ บริการสาธารณะที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ในทุกพื้นที่ ประกอบกับแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580) ให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อม ของประชากรวัยสูงอายุ ยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทุกมิติ อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ปฏิรูปและบูรณาการระบบบริหาร

เพื่อรองรับสังคมสูงวัยอย่างมีคุณภาพ (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2565)

จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า จำนวนประชากรผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากปี พ.ศ. 2550 มีประชากรผู้สูงอายุ ปี 2550 เฉลี่ย 76.12 ปี ปี พ.ศ 2560-2562 เฉลี่ย 72.7 ปี ปี 2561 เฉลี่ย 77.97 ปี และ ปี 2562 เฉลี่ย 77.67 ปี ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดฉะเชิงเทรา, 2563) ประกอบกับสถานการณ์การเพิ่มขึ้น ของผู้สูงอายุ จึงควรมีการพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพ ที่สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อให้เกิด ความต่อเนื่องและสามารถส่งเสริมสุขภาพได้อย่างแท้จริง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาและพัฒนา เตรียมพร้อมรับมือ การเปลี่ยนแปลงในพื้นที่ซึ่งมีหลายมิติ โดยเฉพาะคุณภาพชีวิต ตอบสนองความต้องการเพื่อพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. เพื่อศึกษาผลการการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. สามารถนำผลการวิจัยเป็นข้อมูลสนับสนุนในการสร้างนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล
2. สามารถวางแผนออกแบบกระบวนการส่งเสริมสุขภาพช่วยลดอัตราป่วยและประคับประคองก่อนที่จะเป็นผู้ป่วยติดบ้านหรือติดเตียง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยมีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวิธีการเก็บข้อมูลโดยกระบวนการสนทนากลุ่ม Focus Group Discussion ผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดฉะเชิงเทรา และได้รับการประเมินกิจกรรมประจำวัน ไม่ได้อยู่ในกลุ่มติดบ้านและติดเตียง จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประเด็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่มและการอภิปรายความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นสภาพปัญหาการส่งเสริมสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ นำเครื่องมือตรวจสอบโดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน เห็นว่า มีความตรงประเด็น เหมาะสม และมีความเป็นไปได้ จากนั้นนำไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจนข้อมูลอิ่มตัว

วิธีการเก็บข้อมูล

ใช้กระบวนการกลุ่ม Focus Group Discussion โดยทำการประสานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในพื้นที่ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการลงพื้นที่ดำเนินการ การวิเคราะห์เนื้อหา content analysis ระยะเวลา ธันวาคม 2564 - กุมภาพันธ์ 2565

ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประชากร ได้แก่ ผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 127,535 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา, 2564) กลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง Krejcie and Morgan (1970) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 383 คน และการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากนั้น มาแยกสัดส่วนอำเภอ และการสุ่มอย่างมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ 1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งของรายได้ รายได้ โรคประจำตัว การเป็นสมาชิกชมรมของผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของชมรม ผู้สูงอายุ จำนวนผู้ดูแล 2. ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย และด้านอารมณ์ 3. ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ 4. ปัจจัยเสริม แรงสนับสนุนทางสังคม วิธีการเดินทางเข้ารับบริการ การเห็นคุณค่าของตนเอง

การดำรงตำแหน่งในสังคม การได้รับข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วมของชุมชน

วิธีการเก็บข้อมูล

แบบสอบถามการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ระยะเวลา กุมภาพันธ์-พฤษภาคม 2565

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผ่านผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ทุกข้อได้ค่า IOC มากกว่า 0.66

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง อำเภอนวมสารคาม จำนวน 30 กลุ่มตัวอย่าง แล้วนำมาหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ สูตรสัมประสิทธิ์ครอนบาคแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ความเชื่อมั่น 0.71 แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อมั่น 0.75 การเห็นคุณค่าของตนเอง ความเชื่อมั่น 0.77 การมีส่วนร่วมของชุมชน ความเชื่อมั่น 0.78 และแบบสอบถามการส่งเสริมสุขภาพ 0.79

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล
2. เตรียมผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ เพื่อทำความเข้าใจตรงกันและเก็บข้อมูลไปในทิศทางเดียวกันและเพื่อความถูกต้องของข้อมูล

3. ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยลงไปตามบ้านของผู้สูงอายุ

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) และ ไคส์แควร์

ระยะที่ 3 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focused Group



Discussion) เพื่อคืนข้อมูล พัฒนา และสรุปรูปแบบ
อย่างเป็นรูปธรรมที่สามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ กลุ่มผู้ให้ข้อมูล
ผู้วิจัยเลือกโดยวิธีเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling)
โดยคัดเลือกผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัดฉะเชิงเทรา และ
ได้รับการประเมินกิจวัตรประจำวัน ไม่ได้อยู่ในกลุ่มติดบ้าน
และติดเตียง จำนวน 12 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่
ประเด็นแนวทางและกิจกรรมในการดำเนินงานการส่งเสริม
สุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา ระยะเวลา พฤษภาคม-
กรกฎาคม 2565

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ประสานพื้นที่ในการจัดเตรียมพื้นที่ เตรียมผู้ช่วย
นักวิจัยในพื้นที่ เพื่อทำความเข้าใจตรงกันและเก็บข้อมูลไป
ในทิศทางเดียวกัน และเพื่อความถูกต้องของข้อมูล
2. กระบวนการสนทนากลุ่ม (Focused Group
Discussion) โดยใช้เวลา 1 ชั่วโมง ถึง 1 ชั่วโมงครึ่ง
3. ผู้วิจัยถอดเทปโดยวิธีการคำต่อคำและสรุปรูป
ประเด็น ส่งข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเพื่อทำการ
ยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ
ความเหมาะสม ปรับปรุงและพัฒนา ก่อนนำไปใช้จริง วิเคราะห์
ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา content analysis

ระยะที่ 4 เพื่อศึกษาผลการใช้รูปแบบการส่งเสริม สุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา

มีการทดลองใช้ 3 เดือนแรก ดำเนินการปรับปรุง
รูปแบบฯ ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเหมาะสมและ
ดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ ทดลองใช้ 3 เดือนหลัง ดำเนิน
การปรับปรุงรูปแบบฯ ให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความ
เหมาะสมและดำเนินการพัฒนารูปแบบฯ เป็นการศึกษา
แบบวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi -Experimental Research)
ดำเนินการทดลองตามแบบแผนการวิจัยแบบกลุ่มเดียว
ทดสอบก่อนหลัง (One Group Pretest - Posttest
Design) การคัดเลือกผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในจังหวัด
ฉะเชิงเทรา และได้รับการประเมินกิจวัตรประจำวัน ไม่ได้
อยู่ในกลุ่มติดบ้านและติดเตียง ตำบลแห่งหนึ่งในอำเภอ
บางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 30 คน ระยะเวลา
ในการศึกษา 6 เดือน เครื่องมือในการวิจัยชุดเดียวกับ
ระยะที่ 2 ได้แก่ 1. ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ สถานภาพ
สมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งของรายได้ รายได้
ลักษณะครอบครัว ผู้ที่สามารถพึ่งพาได้ โรคประจำตัว
การเป็นสมาชิกชมรมของผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมของ

ชมรมผู้สูงอายุ จำนวนผู้ดูแล 2. ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุ ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์
3. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
4. แรงสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์
ระหว่างสมาชิกเครือข่ายทางสังคม 5.การส่งเสริมสุขภาพ
ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย และอารมณ์ ระยะเวลา
กรกฎาคม 2565 - ธันวาคม 2565

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานไปยังเขตพื้นที่ สำนักงานสาธารณสุข
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล
2. เตรียมผู้ช่วยนักวิจัยในพื้นที่ เพื่อทำความเข้าใจ
ตรงกันและเก็บข้อมูลไปในทิศทางเดียวกันและเพื่อความ
ถูกต้องของข้อมูล
3. ดำเนินการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุโดยลงไปตามบ้าน
โดยมีการติดตามทุกสัปดาห์ เป็นการวัด Pre test-Post
test 3 เดือนแรก และ 3 เดือนหลัง
4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากนั้น
นำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติ
5. ผู้วิจัยสรุปรูปแบบการส่งเสริมผู้สูงอายุ จังหวัด
ฉะเชิงเทรา

วิเคราะห์ข้อมูล สถิติการวิเคราะห์ความแตกต่าง
ภายในกลุ่มเดียวกัน Paired t - test และการวิเคราะห์
เชิงเนื้อหา (content analysis)

การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติด้านจริยธรรมการวิจัยใน
มนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา เอกสารรับรอง
รหัสโครงการ PH_CCO_REC 022/2564 เมื่อวันที่ 29
ธันวาคม 2564

ผลการศึกษา

1. ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความ
ต้องการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ
จังหวัดฉะเชิงเทรา

สภาพปัญหา ส่วนใหญ่ พบว่า การดำเนินการ
ส่งเสริมสุขภาพยังคงไม่เป็นรูปธรรม ไม่ต่อเนื่อง และ
ไม่ครอบคลุมมิติการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งประเด็นสำคัญ
ที่พบ เช่น “การทำกิจกรรม ส่วนใหญ่ มาพบปะกัน พูดคุย

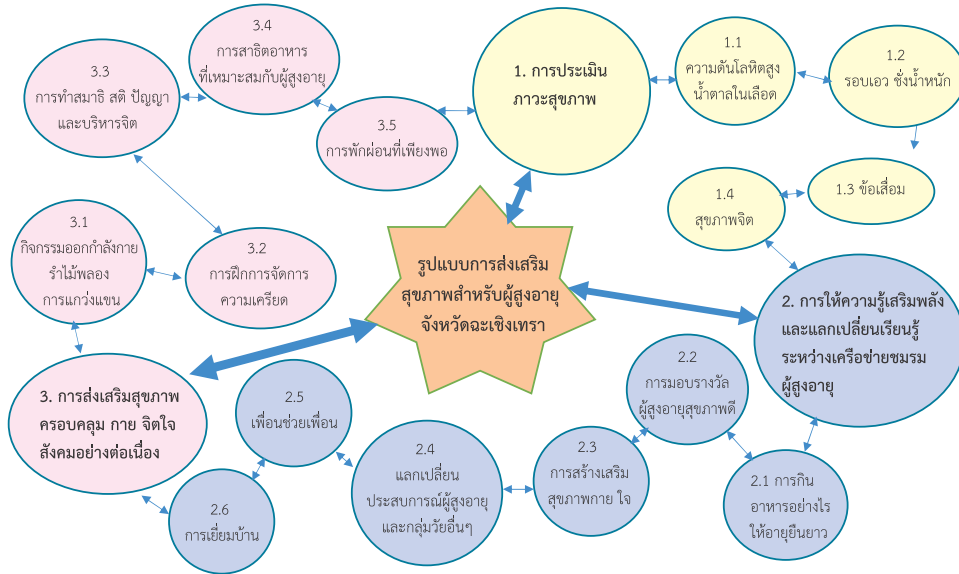
ธรรมดา ต่างคนต่างเดินทางมากันเอง” “มาพบกันเดือนละครั้ง มาบ้าง ไม่มาบ้าง แจ้งข่าวสารมาจากประธานอีกที” “เป้าหมาย ยังไม่ชัดเจนนะ มาร่วมกิจกรรมก็ได้อยู่ แต่อยากให้มีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง” “ผู้สูงอายุยังคงมาได้เองบ้าง บางคนมาไม่ได้ ไม่มีญาติพี่น้องพามา” ต้องเฝ้าบ้านเลี้ยงดู หลาน หลานที่บ้านกัน” เป็นต้น ในส่วนของความต้องการ ส่วนใหญ่มีความต้องการ กิจกรรมที่ส่งเสริมให้สุขภาพกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี เช่น “อยากได้งบประมาณ จากใครก็ได้ เพื่อนำมาเข้าชมรมผู้สูงอายุ” “ไม่อยากป่วย อยากมีสุขภาพที่ดี” “ต้องการให้มีกิจกรรม ต่อเนื่อง ให้มีความสำคัญกับผู้สูงอายุมากขึ้น” “ผู้สูงอายุเข้าร่วมและ กิจกรรมควรมาจากการมีส่วนร่วมและความต้องการ ของผู้สูงอายุ” “สถานที่จัดอยากให้จัดที่ชุมชนและเดินทาง ไปกลับสะดวกและใช้เวลาไม่นาน” “ควรมีการแลกเปลี่ยน วัฒนธรรม ระหว่างกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ” “ช่วยเหลือ ผู้สูงอายุ ร่วมกันด้วย” “อยากให้ทำอย่างต่อเนื่องนะ” “การให้ความรู้ไม่ค่อยต้องการนะ ต้องการกิจกรรมร้องรำ ทำเพลง พูดคุยถามทุกข์สุขกันมากกว่า” “กิจกรรมช่วยมี การวัดสุขภาพเบื้องต้นได้ด้วย เช่น ความดัน เบาหวาน” เป็นต้น

2. ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56.50 มีอายุเฉลี่ย 68.87 ช่วงอายุที่มากที่สุด คือ ช่วง 60-70 ปี ร้อยละ 62.94 (ต่ำสุด 60 ปีและสูงสุด 81 ปี) สถานภาพคู่ ร้อยละ 64.00 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 74.22 และไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 59.44 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 46.54 มีผู้ดูแล ร้อยละ 46.34 เป็นสมาชิกชมรม ผู้สูงอายุ ร้อยละ 83.56 ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 6.69) แรงสนับสนุน ทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 43.35) การเห็นคุณค่าตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 22.34) การมีส่วนร่วมของชุมชน อยู่ในระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 28.85) การส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 126.20) ในส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริม สุขภาพ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม วิธีการเดินทาง เข้ารับบริการสถานพยาบาล การเห็นคุณค่าของตนเอง การดำรงตำแหน่งในสังคม โรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับ ผู้สูงอายุ การได้รับข้อมูลข่าวสาร สถานภาพสมรส และ

การมีส่วนร่วมของชุมชน โดยสถิติไคสแคว์ พบว่า มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05

3. ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า รูปแบบการส่งเสริม สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ มี 3 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ การวัดความดัน โลหิตสูง น้ำตาลในเลือด วัดเส้นรอบเอว ความอ้วน ชั่งน้ำหนัก ตรวจร่างกายเบื้องต้น การประเมินข้อเสื่อม การประเมินสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ อย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี 2) การให้ความรู้โดยใช้วิธีการเสริมพลังและแลกเปลี่ยน เรียนรู้ ระหว่างเครือข่ายชมรม การกินอาหารอย่างไร ให้อายุยืนยาว มอบรางวัลผู้สูงอายุสุขภาพดี อายุมาก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุกับกลุ่มวัยอื่นๆ กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน การเยี่ยมบ้านสำหรับผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง การสร้างเสริมให้สุขภาพกาย ใจผู้สูงอายุ อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง 3) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ ให้ครอบคลุม กาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ กิจกรรม ออกกำลังกาย รำไม้พลอง การแกว่งแขน การฝึกการจัดการความเครียด การทำสมาธิ สติ ให้เกิด ปัญญา การบริหารจัดการ การสาดอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การพักผ่อนที่เพียงพอ โดยชุมชนกำหนดระยะเวลา ดังภาพที่ 1

4. ระยะที่ 4 ศึกษาผลการประเมินการใช้รูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 78.00 อายุเฉลี่ย 69.33 ปี ช่วงอายุมากที่สุด ช่วง 60-67 ปี ร้อยละ 50.86 (ต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 79 ปี) สถานภาพคู่ ร้อยละ 66 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 69.22 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 51.35 ภาวะสุขภาพ ระดับปานกลาง ร้อยละ 52.33 โรคประจำตัว คือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.98 บุตรหลานดูแล ร้อยละ 64.88 เข้าร่วมกิจกรรมบ่อยครั้ง ร้อยละ 47.34 หลังการใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีความรู้ และการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยคะแนนความรู ก่อนการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 6.69 และหลังการใช้ รูปแบบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 8.12 คะแนนการส่งเสริมสุขภาพ ก่อนการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 126.20 หลังการใช้ รูปแบบมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 139.84 แสดงดังตารางที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างด้านความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม การเห็นคุณค่าของตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชน และการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ปัจจัย	ก่อน		หลัง		t	P-value
	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน		
ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ	6.69	0.74	8.12	0.76	8.34	0.02*
แรงสนับสนุนทางสังคม	43.35	0.67	46.44	0.67	3.68	0.08
การเห็นคุณค่าตนเอง	23.34	0.59	24.22	0.74	4.56	0.07
การมีส่วนร่วมของชุมชน	28.45	0.76	43.66	0.69	3.89	0.09
การส่งเสริมสุขภาพ	126.20	0.76	139.84	0.79	7.33	0.01*

อภิปรายผล

1. ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา สภาพปัญหาส่วนใหญ่ พบว่า การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพยังคงไม่เป็นรูปธรรม ไม่ต่อเนื่อง และไม่ครอบคลุมมิติการสร้างเสริมสุขภาพ อาจเป็นเพราะการเดินทางค่อนข้างลำบาก บางพื้นที่ยังไม่มีคนรับส่งหรือระยะทางเดินทางค่อนข้างห่างไกล ต้องอยู่เฝ้าบ้าน ดูแลลูกหลานกิจกรรมสิ่งดึงดูดใจในการเข้าร่วมกิจกรรมยังไม่น่าสนใจเท่าที่ควร เป็นกิจกรรมทั่วไป ไม่มีความแปลกใหม่ ในส่วนของกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชน ยังคงมีการดำเนินการตามนโยบายและกำหนด

มาจากส่วนกลาง และมีจัดกิจกรรมเป็นครั้งคราว ผู้สูงอายุไม่ได้มีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรม เป็นการดำเนินงานของรัฐเป็นช่วงๆ พองบประมาณสิ้นสุดก็สิ้นสุดโครงการ ทำให้การส่งเสริมสุขภาพไม่ต่อเนื่อง ไม่ยั่งยืน และไม่สม่ำเสมอ ไม่ครอบคลุมตามความต้องการอย่างแท้จริง สอดคล้องกับสำนักส่งเสริมสุขภาพ (2552) ที่กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม เช่น การเดิน การเคลื่อนไหว ต้องได้รับการช่วยเหลือ ความยากลำบากในการเคลื่อนที่ มีส่วนร่วมกับสังคมน้อย ไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมได้เช่นเดิม ติตภาระทางบ้าน เช่น ต้องดูแลหลาน ไม่อยากเป็นภาระกับลูกหลาน ในการต้องดูแลและพาไปร่วมกิจกรรมภายนอก สอดคล้องกับศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552)

กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมจำกัดและลดน้อยลง สมรรถภาพทางกายที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการร่วมกิจกรรม แต่ต้องการให้มีการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ชมรมจิตอาสา ผู้นำชุมชน สอดคล้องกับศรีทับทิม พาณิชพันธ์ (2545) กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการสนับสนุนจากครอบครัวของตนควบคู่ไปกับการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ เช่น ความช่วยเหลือด้านการเงิน อาชีพ การเพิ่มพูนรายได้ รวมถึงสวัสดิการที่พึงควรได้รับ เป็นต้น ในส่วนของความต้องการส่วนใหญ่มีความต้องการ กิจกรรมที่ส่งเสริมให้สุขภาพกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี เนื่องจาก ผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดเกี่ยวกับสุขภาพ กาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม และอายุมากแล้ว ดังนั้น จึงอยากมีสุขภาพทางกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดี

2. ระยะที่ 2 ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม วิธีการเดินทางเข้ารับบริการสถานพยาบาล การเห็นคุณค่าของตนเอง การดำรงตำแหน่งในสังคม โรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ การได้รับข้อมูลข่าวสาร สถานภาพสมรส และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจาก ปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคม เป็นสิ่งที่ควรสนับสนุน เช่น อาหาร ยารักษาโรค เงินเพื่อดำรงชีพ เป็นต้น วิธีการเดินทางเข้ารับบริการสถานพยาบาล อาจให้ลูกหลานรับส่ง หรือ เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือผู้เกี่ยวข้องรับส่ง การเห็นคุณค่าของตนเอง เป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจ ทำประโยชน์ให้กับลูกหลาน หรือชุมชนได้อย่างมีความสุข การดำรงตำแหน่งในสังคม เป็นส่วนหนึ่งในการประกอบกิจกรรม หากมีบทบาทหน้าที่ก็จะเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ได้มากขึ้น โรคประจำตัว หากไม่มีโรค ก็จะทำให้อายุยืนยาวมากขึ้น ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ จะเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุจะนำมาใช้ในการดำรงชีวิตได้อย่างถูกต้อง การได้รับข้อมูลข่าวสาร ทราบข้อมูลต่างๆ ปรับตัวได้ทันต่อสถานการณ์ปัจจุบันได้ สถานภาพสมรส หากสมรส ก็จะไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้สูงอายุนับได้ว่ามีความรู้และประสบการณ์ สามารถที่จะแนะนำในสิ่งที่ดีให้กับชุมชนได้ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ ดูแล สนับสนุน ให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี ในด้านสุขภาพกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่ดีขึ้น อาจมาได้จากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ ญาติพี่น้อง ลูก หลาน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือบุคคลอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ สร้างความสัมพันธ์ให้รู้สึกอบอุ่น ปลอดภัย สอดคล้องกับ ชญานิต ลือวานิช (2559) ที่ได้กล่าวว่า ความสำคัญของการได้รับสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านที่อาศัยอยู่ร่วมกัน และชุมชน ไม่ว่าจะเป็นทุกคน ทนสุขภาพ ทนเงิน ทนทรัพยากร ทนวัฒนธรรม ทนเครือข่าย/กลุ่มอาชีพ สิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน รวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลที่ใกล้ชิดและทางสังคม ผ่านสื่อจากแหล่งต่างๆ จะส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดี ในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ Purakorn, A1 et. al. (2014) ที่พบว่า ความผูกพันสามารถตอบสนองต่อการลดความเครียดและความเจ็บป่วยได้ และสอดคล้องกับการศึกษา Donna M. Wilson (2011) ที่กล่าวว่า เครือข่ายการสนับสนุนทางด้านสังคมเป็นปัจจัยทางด้านสุขภาพที่มีความสำคัญต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทางด้านสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรสำคัญในการพยากรณ์พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ และยังสอดคล้องกับ วิไล ตาปะสี, นารีรัตน์ ปิยะชัยวุฒิ,ชนมณีนา ใจดีและ ศิวัช ปิยะรัตน์วัฒน์ (2561) การมีรถพยาบาลให้บริการ การเข้าถึงการบริการสถานพยาบาล จะส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3. ระยะที่ 3 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ การวัดความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือด วัดเส้นรอบเอว ความอ้วน ชั่งน้ำหนัก ตรวจร่างกายเบื้องต้น การประเมินข้อเสื่อม การประเมินสุขภาพจิต 2) การให้ความรู้โดยใช้วิธีการเสริมพลังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระหว่างเครือข่ายชมรม การกินอาหารอย่างไรให้อายุยืนยาว มอบรางวัลผู้สูงอายุ สุขภาพดี อายุมาก แลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้สูงอายุ กับกลุ่มวัยอื่นๆ กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน การเยี่ยมบ้าน สำหรับผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง การสร้างเสริมให้สุขภาพกาย จิตใจขึ้น 3) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพให้ครอบครัว กาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ กิจกรรมออกกำลังกาย รำไม้พลอง การแกว่งแขน การฝึกการจัดการ ความเครียด การทำสมาธิ สติ ให้เกิดปัญญา การบริหารจิต การสวดอาหารที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การพักผ่อนที่เพียงพอ จะเห็นได้ว่ารูปแบบฯ ส่งผลต่อการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น



ดังนั้นจึงควรมีรูปแบบฯ ดังกล่าวไปประยุกต์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์บริบทของแต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับ สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ (2556) กล่าวว่า การให้ความรู้และคำแนะนำผู้ดูแล หรือสมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญและเป็นบทบาทหน้าที่ที่ทุกหน่วยงาน ต้องสื่อสารสิทธิ สวัสดิการที่เกี่ยวข้อง ตามบทบาทหน้าที่แต่ละหน่วยงาน ให้ผู้ดูแลหรือคนใกล้ชิดช่วยสื่อสารและช่วยเหลือผู้สูงอายุร่วมด้วย

4. ระยะที่ 4 ศึกษาผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า หลังการใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีความรู้และการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นการดำเนินการของรูปแบบจึงควรให้ความสำคัญกับความรู้และการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง จึงจะเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในชุมชน จากผลการศึกษาแสดงถึงรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา สามารถนำไปเป็นแบบอย่างหรือแนวทางกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ โดยเฉพาะกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งจากผลการประเมินสามารถทำให้ความรู้และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงขึ้น สอดคล้องกับวาสนา สิทธิกัน และคณะ (2560) ที่พบว่า การพัฒนาทักษะผู้สูงอายุ จำเป็นต้องมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ร่วมไปกับการสร้างเครือข่ายทางสังคม สอดคล้องกับ วิโชติ ผ่าผิวดิ, บั้วรุณ ศรีชัยกุล และอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์ (2557) พบว่า การมีการบูรณาการให้เครือข่ายในการดำเนินกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัยและบริบทของชุมชน มีการร่วมมือปฏิบัติอย่างจริงจัง ภายใต้ความร่วมมือของแกนนำในพื้นที่ จะส่งผลให้การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา ยังคงต้องนำไปปรับประยุกต์ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และใช้ระยะเวลาในการดำเนินรูปแบบอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

สรุปผล

ผลการศึกษา ระยะที่ 1 พบว่า การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพยังไม่เป็นรูปธรรม ไม่ต่อเนื่อง และไม่ครอบคลุมมิติการสร้างเสริมสุขภาพ มีความต้องการในเรื่องของกาย จิตใจและอยู่ในสังคมที่ดี ระยะที่ 2 พบว่า แรงสนับสนุนทาง

สังคม วิธีการเดินทางเข้ารับบริการสถานพยาบาล การเห็นคุณค่าของตนเอง การดำรงตำแหน่งในสังคม โรคประจำตัว ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ การได้รับข้อมูลข่าวสาร โรคประจำตัว สถานภาพสมรส และการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระยะที่ 3 พบว่า รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินสภาวะสุขภาพ การให้ความรู้โดยการเสริมพลังและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุม กาย จิตใจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง ระยะที่ 4 พบว่า หลังการใช้รูปแบบผู้สูงอายุมีความรู้และการส่งเสริมสุขภาพดีกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงจะเกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรส่งเสริมให้แรงสนับสนุนทางสังคม เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ ที่ยังไม่ทั่วถึง และการเยี่ยมบ้านโดยสหวิชาชีพ สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ การป้องกันการหกล้ม หรือเครื่องยังชีพที่จำเป็นกับผู้สูงอายุ มีรถรับ - ส่ง ผู้สูงอายุที่ประสงค์มาร่วมกิจกรรมกับชุมชน
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเสริมพลังให้ผู้สูงอายุ รู้คุณค่าของตนเองโดยการให้กำลังใจ การเป็นบุคคลที่สำคัญของชุมชนและครอบครัว เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถ ประสพการณ์ เป็นอย่างดี เพราะผู้สูงอายุมีความสำคัญกับครอบครัวและชุมชน สามารถสร้างประโยชน์เป็นอย่างมาก รวมถึงการบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชน ให้ใกล้ชิดและจัดโครงการ/กิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ
3. หน่วยงานสาธารณสุข ภาคส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุและการส่งเสริมสุขภาพตนเอง โดยอาจเป็นในรูปแบบของการอบรมหรือให้สุขศึกษาในการเยี่ยมบ้านหรือทางหอกระจายข่าว
4. พัฒนาชุมชน ควรส่งเสริมกิจกรรมรายได้เสริมให้กับผู้สูงอายุรวมทั้งส่งเสริมกิจกรรมครอบครัวอบอุ่น สร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองเนื่องจากหากมีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มจะทำให้เห็นผลที่เกิดขึ้นจากการใช้รูปแบบฯ เพิ่มขึ้น
2. ควรนำรูปแบบฯ ไปพัฒนาต่อยอดเป็นการศึกษาการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดฉะเชิงเทรา

เอกสารอ้างอิง

Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health. (2009). *Operating manual for Volunteer for the elderly Love line, family, community*. Nonthaburi:Department of Health Ministry of Public Health. (in Thai).

Chachoengsao Provincial Public Health Office. (2020). *Annual report elderly information Chachoengsao Province in 2020*. Chachoengsao Provincial Public Health office. (in Thai).

Chachoengsao Provincial Public Health Office. (2021). *Annual report elderly information Chachoengsao Province in 2021*. Chachoengsao Provincial Public Health. (in Thai).

Donna M. Wilson. (2011). Upstream thinking and health promotion planning for older adults at risk of social isolation. *International Journal of Older People Nursing*, 6(4), 282-288.

Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2015). *Annual report Situation of the Thai Elderly in 2014*. Bangkok: TQP Company Limited. (in Thai).

Krejcie, R.V., & D.W. Morgan.(1970). *Determining Sample Size for Research Activities*. Educational and Psychological Measurement. 30(3), 607 – 610.

Luewanich, Chayanit (2016). The potential of urban communities in participatory care for the elderly: a case study of the provinces. Phuket. *Journal of Nursing and Health*. 10(1), 163- 175. (in Thai).

National Health Assembly.(2022). *Income Security for Good Quality of Life in Old Age Report No.3 Supervisory Subcommittee Supporting and linking the health assembly process*, pages 1-6. Chachoengsao Provincial Public Health Office. (in Thai).

Panichpan,Sri Tubtim (2002). *Rights and Welfare for the Elderly in Thailand and International Bangkok* : Faculty of Social Work Thammasat University. (in Thai).

Phapeewdee, Wichot.et al. (2014). Development of a promotion model. Elderly health by elderly partners in Ban Nong Suea community, Si Suk sub-district, Samrong Thap district, Surin Province. *Journal of Health Systems Research and Development*, 7(1), 251 – 258. (in Thai).

Sithikan, Wassana.et al. (2017). *Factors Affecting Health Promoting Behaviors Elderly people in Ban Hong Subdistrict Municipality Ban Hong District Lamphun Province*. Lampang Wet substance, 38(2), 49-58. (in Thai).

Sriwanichakorn, Supattra et al. (2013). *Complete research report. Integrated research project for development Model of holistic care for the elderly*. Received research funding from Mahidol University Fiscal year 2012. With cooperation between 7 faculties/institutions of Mahidol University, Nakhon Pathom : ASEAN Institute for Health Development Mahidol University. (in Thai).

Tapasi, Wilai.et al.(2018). Living conditions of the elderly with home addiction in Wang Taku sub-district Nakhon Pathom Province. *Journal of Nursing and Health*. Suan Sunandha raj Phat university, 1(1), 28-35. (in Thai).

Yodpet,Sasipat et al.(2009). *Long-term care system and manpower for caring for the elderly: directionsThailand*. Research program to improve the quality of life of the elderly. Foundation research and development institute Thai elderly. Bangkok. (in Thai).



การประเมินความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพของรูปแบบ การจัดบริการโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นในพื้นที่อำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

EFFECTIVE COVERAGE EVALUATION OF ADHD SERVICE IN NONGHI DISTRICT, ROI ET PROVINCE.

รัชฎาพร สีลา

โรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด

Rutchadaporn Seela

Nhong Hi Hospital, Roi-Et Province

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ แบบย้อนหลังจากผลลัพธ์สุขภาพ ซึ่งเป็นการประเมินผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลหนองฮี เป็นการศึกษาความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดบริการโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-17 ปี พื้นที่อำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด ศึกษาใน 3 มิติ คือ มิติความจำเป็นด้านสุขภาพ มิติการใช้บริการ และมีประสิทธิภาพของการบริการ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ ประสิทธิภาพทางคลินิก และประสิทธิภาพด้านความสามารถ ซึ่งทำการศึกษาเด็กและเยาวชน จำนวน 175 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น โดยใช้แบบประเมินคัดกรองภาวะโรคสมาธิสั้น และแบบประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยสมาธิสั้น และแบบบันทึกผลการเรียน เก็บข้อมูลผลการบำบัดรักษาระหว่างเดือนมิถุนายน 2562 – มีนาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา จำนวน และร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า ความต้องการทางสุขภาพของการจัดบริการบำบัดรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่น เท่ากับร้อยละ 8.74 การได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็น เท่ากับร้อยละ 100 แต่พบอัตราการเข้ารับการบำบัดรักษาลดลงระยะ 3 เดือน คงเหลือ ร้อยละ 94.85 ระยะ 6 เดือน คงเหลือ ร้อยละ 85.71 และ เมื่อครบ 1 ปี คงเหลือ ร้อยละ 84.57 ประสิทธิภาพการรักษาทางคลินิก พบว่า เมื่อรักษาครบ 1 ปี กลุ่มที่มีอาการขาดสมาธิลดลงเหลือ ร้อยละ 8.78 (จากก่อนการรักษา ร้อยละ 100) อาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นคงเหลือร้อยละ 6.08 (จากก่อนรับการรักษา ร้อยละ 38.28) และผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา พบว่า ระดับเกรดเฉลี่ย เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับ มากกว่า 3-4 ร้อยละ 34.46 (จากเดิมก่อนการบำบัดรักษา ร้อยละ 5.71)

การศึกษานี้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการพัฒนากระบวนการด้านการติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง ระบบการส่งต่อข้อมูลระบบการเฝ้าระวัง และการวิจัยพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษาทางเลือกต่างๆ รวมถึงปัจจัยด้านบริบทครอบครัวและชุมชน ในการสนับสนุนการบำบัดรักษาเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นให้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : โรคสมาธิสั้น, ความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ, ผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการสุขภาพ

Abstract

This study used quantitative research technique was Ex post facto research for health system performance evaluation of Nhonghi Hospital. The research was study of effective coverage of health service with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) of child and teenagers live in Nhonghi District, Roi-Et Province. The 3 dimensions of evaluation were health need, utility and effectiveness included clinical outcomes and functional outcomes. Targets were 175 child and teenagers with ADHD diagnosed by KU-SI, SNAP-IV and GPA digital record forms. Data collected during March 2020 - June 2021. The analyzing was descriptive statistic by SPSS

The results show that health need of ADHD was 8.74% and utility was 100% but rate of adherence was reduced by 94.85% after 3 months, 85.71% after 6 months and 84.57 % passed 1 year. The effectiveness about clinical outcome after 1 year was 8.78% of inattentive symptoms (form 100%) and hyperactivity/impulsivity symptoms was 6.08% (decreased form 38.28%) and educational achievement by GPA increased of 3-4 level was 34.46% (form 5.71%)

The study suggested that should be develop continuous follow up, referral, surveillance system and R&D Diversity of ADHD Therapy Model in addition to study family and community context for service support for effective intervention of ADHD treatment systems.

Keywords : Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Effective Coverage, Health System Performance.

บทนำ

โรคสมาธิสั้น หรือ ภาวะสมาธิสั้น (Attention Deficit Hyperactivity Disorder; ADHD) เป็นภาวะที่เกิดจากสมองส่วนหน้า ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับการควบคุมสมาธิและพฤติกรรม มีการทำงานลดลง (จอร์นันท์ วีรกุล, 2557) ปัจจุบันปัญหาโรคสมาธิสั้น พบมากขึ้น ทั้งในเด็กและในผู้ใหญ่ การศึกษาในต่างประเทศพบความชุกของโรคสมาธิสั้นในเด็กร้อยละ 5-12 และสัดส่วนเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง 2-5:1 (ดาร์ณี ศักดิ์ศิริผล, 2556) กรมสุขภาพจิต (2557) ทำการศึกษาในนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาทั่วประเทศ พบความชุก ร้อยละ 8.1 โดยพบในเพศชายร้อยละ 12 และพบในเพศหญิง ร้อยละ 4.20 โรคสมาธิสั้นนั้นประกอบด้วยอาการ ผิดปกติในด้านพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ขาดสมาธิที่ต่อเนื่อง (inattention) 2) ขนมากกว่าปกติหรืออยู่นิ่ง (hyperactivity) และ 3) ขาดการยั้งคิดหรือหุนหันพลันแล่น (impulsivity) ที่เป็นมากกว่าพฤติกรรมตามปกติ และทำให้เสียหน้าที่ในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยอาจเริ่มแสดงอาการตั้งแต่ในวัยเด็ก โรคสมาธิสั้นจะส่งผลต่อชีวิตประจำวันเนื่องจากมักจะมีอาการวอกแวกง่าย ไม่มีสมาธิระหว่างการทำงาน ใจร้อน โมโหง่าย เปลี่ยนงานบ่อยเนื่องจากมีความผิดพลาดในการทำงาน หรือมีปัญหาสัมพันธ์ทางกับหัวหน้าและผู้ร่วมงานและปัญหากับคู่สมรส โรคที่เกิดร่วมกับโรคสมาธิสั้นและเป็นต่อเนื่องจนถึงผู้ใหญ่ ได้แก่ Substance abuse Depression และ Antisocial Personality Disorder โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่เกิดจากพัฒนาการที่บกพร่องของสมองส่งผลให้ผู้ป่วยมีความผิดปกติของ พฤติกรรม อารมณ์ การเรียนรู้ และการเข้าสังคมกับผู้อื่น สาเหตุของโรคสมาธิสั้นเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางพัฒนาการ และปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และยังพบการเพิ่มความเสียหายของโรคสมาธิสั้นในบุตรที่มารดาอายุน้อย การศึกษาทางพันธุกรรมพบว่า โรคสมาธิสั้นเป็นโรคที่ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรม โดยพบว่ายีนที่มีความสัมพันธ์กับโรคสมาธิสั้น ได้แก่ Dopamine transporter, Dopamine receptor D4 (DRD4) ดังนั้นการถ่ายทอดในครอบครัวจึงเป็นปัจจัยหนึ่งของโรคสมาธิสั้น การศึกษาอื่นๆ ยังพบว่า เด็กวัยเรียน กว่าร้อยละ 20 มีปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลต่อความสามารถในการเรียนรู้ของเด็ก

ปัญหาที่พบบ่อยคือ โรคสมาธิสั้น สติปัญญาบกพร่อง (ร้อยละ 4.20) บกพร่องทางการเรียนรู้ (learning disorders-LD) (ร้อยละ 5) เด็กกลุ่มนี้ มักจะพบปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ร่วมด้วย ได้มาก เนื่องจากมีปัญหาการเรียนและได้รับการดูแลไม่ถูกวิธี ครูและผู้ปกครองไม่เข้าใจลักษณะโรคและข้อจำกัดของเด็ก ทำให้ผลการเรียนแย่ง เติบโตเป็นวัยรุ่นที่มีปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ตามมา เช่น ติดสารเสพติด พฤติกรรมเกราะ ปัญหาพฤติกรรมทางเพศ (บุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี และคณะ, 2562)

กระทรวงสาธารณสุข โดยสถาบันสุขภาพจิตเด็ก และวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (2559) ริเริ่มโครงการ HERO (Health and Educational Regional Operation) เป็นความร่วมมือระหว่างภาคสาธารณสุข และภาคการศึกษาในระดับพื้นที่/ภูมิภาค มีเป้าหมายร่วมกันในการช่วยเหลือเด็กกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาพฤติกรรม ให้กลับคืน เป็นเด็กดีของสังคม ผ่านการพัฒนาทักษะครูในการจัดการพฤติกรรมเด็กวัยเรียนที่มีปัญหาพฤติกรรมอันเนื่องมาจากสาเหตุทางสุขภาพ เพื่อการดูแลเด็กวัยเรียนกลุ่มเสี่ยงจำนวน 8,750 คน ร่วมกับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน 13 แห่ง โดยปรับปรุงโปรแกรมปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียนให้เป็นโปรแกรมที่เหมาะสมกับการทำกลุ่มขนาดใหญ่ โดยใช้แนวคิด participatory learning ใช้ชื่อว่า ‘โปรแกรมเสริมพลังครู และผู้ปกครองเพื่อการปรับพฤติกรรมเด็กวัยเรียน’ (School and Family Empowerment for Behavioral Modification; SAFE B-MOD) (สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมสุขภาพจิต, 2559) ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารทางการแพทย์ของโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด ตระหนักว่า ปัญหาโรคสมาธิสั้น ในเด็ก 6-15 ปี เป็นสาเหตุและอุปสรรคสำคัญของการเสริมสร้างการเรียนรู้ของเด็กและวัยรุ่นที่มีคุณภาพ โดยได้เข้าร่วมโครงการ HERO โดยการพัฒนากระบวนการดูแลปัญหาโรคเด็กสมาธิสั้น ในโรงพยาบาลชุมชนหนองฮี และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิและรพ.สต. เครือข่ายครูและผู้ปกครองในการดูแลเด็กซึ่งเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2561-2565 เพื่อเพิ่มโอกาสได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ การศึกษานี้เพื่อประเมินความสามารถของระบบบริการสุขภาพสำหรับการพัฒนาแผนการจัดบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดบริการโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-17 ปี พื้นที่อำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด ใน 3 มิติ คือ

1. มิติความจำเป็นด้านสุขภาพ (Health Need) ได้แก่จำนวนประชากรในพื้นที่ทั้งหมดที่จำเป็นต้องรับบริการโรคสมาธิสั้น
2. มิติการใช้บริการ (Utilization) ได้แก่ ผู้ป่วยที่ได้รับบริการโรคสมาธิสั้น ต่อ จำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่จำเป็นต้องได้รับการบริการ
3. มิติประสิทธิผลของการบริการ (Effectiveness) 2 ด้าน ได้แก่ ประสิทธิภาพทางคลินิก (Clinical outcome) และประสิทธิผลด้านความสามารถ (Functional outcome)

กรอบแนวคิด

การพัฒนาความสามารถของระบบบริการสุขภาพ (health system performance) ตามแนวทางการจัดบริการสุขภาพการ จัดบริการ (service plan) ของโรงพยาบาลหนองฮี ตามโครงการ HERO ร่วมกับสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1) **ด้านบุคลากร :** พัฒนางองค์ความรู้บุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลผู้รับผิดชอบ เข้ารับการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น และจัดอบรมให้ความรู้กับบุคลากรประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เครือข่ายครู และผู้ปกครอง เกี่ยวกับการดูแลรักษา การฟื้นฟูสภาพ และการติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ประสานความร่วมมือด้วยรูปแบบเครือข่าย “ครู หมอ พ่อแม่ ดูแลเด็กสมาธิสั้นอำเภอหนองฮี”

2) ด้านระบบบริการสุขภาพ :

2.1) จัดตั้งคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น จัดหายาสำหรับรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นบรรจุเป็นบัญชียาหลักของโรงพยาบาลหนองฮี

2.2) จัดระบบเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อการติดตามดูแลการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องใน รพ.สต.ทุกแห่งของอำเภอหนองฮี

2.3) กำหนดแนวทางการดูแลรักษา (clinical practice guideline) และจัดระบบการรับคำปรึกษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจากโครงการ HERO ผ่านระบบ Line consult แบบ real time

การวิจัยนี้ ศึกษาความสามารถของระบบบริการสุขภาพของการจัดบริการและการดูแลรักษาโรคสมาธิสั้น (ADHD) ในพื้นที่อำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้แนวคิดการประเมินความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ (effective coverage) หมายถึง สัดส่วนของประชาชนที่ได้รับการบริการหรือมาตรการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ (effective interventions) ก่อให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่พึงประสงค์ (WHO, 2003) ประกอบด้วย ประชาชนที่มีความต้องการทางสุขภาพ (health need) ประชาชนที่ได้รับบริการสุขภาพตามความต้องการของตนเอง (utilization) และประชาชนที่ได้รับผลลัพธ์การบริการที่พึงประสงค์ (effectiveness) ซึ่งวัดจาก 2 ลักษณะ คือ ด้านประสิทธิภาพทางคลินิก (clinical outcomes) และผลลัพธ์ด้านความสามารถ (functional outcomes) วิเคราะห์ (สำนักนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2561) มีดังนี้

1) **ความต้องการทางสุขภาพ (health need) :** อัตราการตรวจพบภาวะผิดปกติ (ADHD case detection rate) = จำนวนเด็กและเยาวชนอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าจำเป็นต้องได้รับการบริการสุขภาพ / จำนวนเด็กและเยาวชนอายุ 6-15 ปี ที่จำเป็นต้องได้รับการบริการสุขภาพทั้งหมด (actual or estimated)

2) **การได้รับการบริการตามความต้องการ (utilization) :** ความครอบคลุมของการจัดบริการสุขภาพให้กับเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าจำเป็นต้องได้รับการบริการสุขภาพ = จำนวนเด็กและเยาวชนอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการบริการสุขภาพ / จำนวนเด็กและเยาวชนอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าจำเป็นต้องได้รับการบริการสุขภาพ

3) **ประสิทธิผลของบริการสุขภาพ (Effectiveness) :** อัตราความสำเร็จของการดูแลรักษา (treatment success rate) = จำนวนเด็กและเยาวชนอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการบริการและให้ผลการดูแลรักษาทางสุขภาพที่ดี / จำนวนเด็กและเยาวชนอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการบริการสุขภาพ และอัตราการเพิ่มขึ้นของผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (education achievement rate)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเข้าใจลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี และสนับสนุนให้สามารถเข้าถึงบริการและได้รับการดูแลรักษาให้มีอาการดีขึ้นอย่างมีคุณภาพมาตรฐาน
2. มีข้อมูลผลการประเมินด้านประสิทธิผลระบบการดูแลรักษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี เพื่อนำไปปรับปรุงพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด
3. เกิดองค์ความรู้ด้านการประเมินระบบบริการสุขภาพโดยใช้การวิจัยประเมินผลตามแนวทางการวิจัยมาตรฐานสากล

วิธีการศึกษา

เป็นการวิจัยประเมินผล โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบสืบย้อน (Ex Post facto research) เป็นการศึกษาเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นย้อนหลัง เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของระบบบริการสุขภาพ (health system performance) ด้วยการวิเคราะห์ความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพ (effective coverage) ของการจัดบริการและการดูแลรักษาโรคสมาธิสั้น (ADHD) ในพื้นที่อำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ เด็กและเยาวชนอายุ 6-15 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอหนองฮี อย่างน้อย 10 เดือน (ระยะเวลาระหว่างเดือน มิถุนายน 2562-มีนาคม 2563) และกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาร้อยเอ็ด เขต 2 จำนวน 13 โรงเรียน และโรงเรียนมัธยมศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาร้อยเอ็ด จำนวน 1 โรงเรียนในพื้นที่อำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วยเด็กและเยาวชนอายุ 6-15 ปี จาก 4 ตำบล รวมจำนวนประชากรทั้งสิ้น 2,066 คน ได้แก่ ตำบลหนองฮี ตำบลสาวแห ตำบลเด่นราษฎร์ และตำบลคู่อิ่ง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ได้แก่ ประชากรกลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 6-15 ปี ในพื้นที่บริการสุขภาพอำเภอหนองฮี ที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ และเข้าเกณฑ์

การวินิจฉัยสมาธิสั้น ADHD และได้รับการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลหนองฮี จำนวน 175 คน ตามแนวทางการบำบัดรักษาของ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (2559) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เด็กและเยาวชนอายุ 6-15 ปีที่

- 1) อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอหนองฮีอย่างน้อย 10 เดือน และกำลังศึกษาอยู่ในโรงเรียนประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาร้อยเอ็ด เขต 2 ที่ผู้บริหารสถานศึกษายินดีเข้าร่วมการวิจัย

- 2) ได้รับการคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง KUSSI แบบคัดกรองความพิการ 9 ประเภทแล้วพบว่ามีความเสี่ยงต่อปัญหาการเรียนพฤติกรรมหรืออารมณ์ (เสี่ยงต่อภาวะสมาธิสั้น)

- 3) ครูผู้สอนและผู้ปกครองยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) เด็กนักเรียนที่มีโรคทางกายและโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น โรคหรือความพิการแต่กำเนิด โรคเลือดจางที่ได้รับการรักษาด้วยการให้เลือด โรคจิตเวชรุนแรงที่จำเป็นต้องดูแลรักษาทางการแพทย์อย่างเข้มข้น (Intensive medical treatment) ได้แก่ จิตเภท อารมณ์สองขั้ว ซึมเศร้าและออทิสติก

- 2) ผู้ป่วยที่มีผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาที่รักษาโรคสมาธิสั้น

- 3) ผู้ป่วยย้ายสถานศึกษาออกนอกเขตอำเภอหนองฮีในขณะที่ทำการรักษา หรือย้ายออกนอกพื้นที่ก่อนสิ้นสุดเวลาทำการศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

- 2.1 แบบสำรวจข้อมูลกลุ่มประชากรเด็กและเยาวชนอายุ 6-15 ปี ในอำเภอหนองฮี ประกอบด้วยข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ตำบล เพศ อายุ และระดับชั้นเรียน เป็นข้อคำถามปลายเปิด เต็มคำในช่องว่าง

- 2.2 แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและเยาวชนอายุ 6-15 ปี ใช้แบบประเมินภาวะสมาธิสั้นบกพร่องทางการเรียนรู้ (KUS-SI Rating scale ADHD) ตามมาตรฐาน

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยอาการ 3 ลักษณะ ได้แก่ ขาดสมาธิ ซนมากกว่าปกติ และวู่วาม หรือหุนหันพลันแล่น โดยใช้คำถามด้านซนและวู่วาม 15 ข้อ และขาดสมาธิอีก 15 ข้อ รวม 30 ข้อ ดำเนินการคัดกรองโดยครูประจำชั้นหรือครูผู้รับผิดชอบการดูแลเด็กที่มีภาวะพร่องทางการเรียนรู้และผู้ปกครอง ซึ่งได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับโรคเด็กสมาธิสั้นแล้วทุกราย

2.3 แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพรายบุคคล (personal health record : PHR) จากฐานข้อมูลบริการสุขภาพ (Health Data Center : HDC) และฐานข้อมูลการรับบริการผู้ป่วย (Hos Xp) ของโรงพยาบาลหนองฮี (ข้อมูลตามพจนานุกรมมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข) ประกอบด้วยจำนวนประชากรเด็กและเยาวชน อายุ 6-15 ปี ในอำเภอหนองฮี ทั้งหมดในช่วงเวลาที่ทำการศึกษาและจำแนกตามตำบล

2.4 แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (ฉบับย่อ) (วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2557, หน้า 97-110) ประกอบด้วย การประเมิน 3 ด้าน ได้แก่ อาการขาดสมาธิ (inattentive symptoms) มี 9 ข้อ อาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น (hyperactivity/impulsivity symptoms) มี 9 ข้อ และภาวะดื้อต่อต้าน มี 8 ข้อเกณฑ์การให้คะแนน 0-3 โดย 0 เท่ากับไม่พบพฤติกรรมดังกล่าว 1= พบเล็กน้อย 2= พบปานกลาง 3= พบบ่อย เกณฑ์การพิจารณาวินิจฉัยในการศึกษาครั้งนี้ใช้ ค่า Cutoff point สำหรับประเมินโดยบุคคลากรการแพทย์ คือ อาการขาดสมาธิ คือ 16 คะแนน อาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น 13 คะแนนภาวะดื้อต่อต้าน 15 คะแนน ประเมินก่อนและหลังการบำบัดรักษา 6 เดือน และ 1 ปี

2.5 แบบบันทึกการประเมินผลสัมฤทธิ์การศึกษา (education achievement) ได้แก่ เกรดเฉลี่ย (Grade Point Average : GPA)

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดบริการดูแลเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้น ดำเนินการระหว่างเดือนมิถุนายน 2562-มีนาคม 2563 ระยะเวลา 10 เดือน มีขั้นตอนดังนี้

3.1 ทำหนังสือขอความร่วมมือผู้บริหารโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาร้อยเอ็ด

เขต 2 จำนวน 13 โรงเรียน และโรงเรียนในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาร้อยเอ็ด จำนวน 1 โรงเรียน เพื่อขออนุญาตการเก็บรวบรวมข้อมูลและคัดกรองเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี

3.2 อบรมสร้างความรู้ความเข้าใจการคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ให้กับพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่น ครูประจำชั้น ครูผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ และผู้ปกครองเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี

3.3 ดำเนินการสำรวจและคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ใน 14 โรงเรียนเป้าหมาย และในชุมชน 4 ตำบล ได้แก่ ตำบลหนองฮี ตำบลสาวแห ตำบลเด่นราษฎร์ และตำบลดุกอิ่ง โดยพยาบาลสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นครูประจำชั้น ครูผู้ดูแลเด็กและวัยรุ่นที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ และผู้ปกครองเด็ก

3.4 ประเมินเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ตามเกณฑ์โรคสมาธิสั้นเพื่อวินิจฉัยยืนยันโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

3.5 ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมาธิสั้นในคลินิกสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในโรงพยาบาลหนองฮี ตามแนวทางการดูแลรักษา (clinical practice guideline) โดยแพทย์ผู้รับผิดชอบและบันทึกผลการบำบัดรักษาโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบระบบข้อมูลผู้ป่วย

3.6 ติดตามประเมินผลการดูแลรักษาเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปีอย่างต่อเนื่อง ภายหลังที่ได้รับการบำบัดรักษาครบตามแผนการรักษา ระยะ 3 เดือน (ก่อนการรักษา) หลังการรักษา ระยะ 6 เดือน และหลังการบำบัดรักษา 1 ปี รวม 3 ครั้ง

3.7 ผู้ศึกษาวิเคราะห์ประเมินและสรุปการศึกษาตามวัตถุประสงค์

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูลในแบบบันทึกข้อมูล ตามแบบเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสำรวจแบบสำรวจจำนวนกลุ่มประชากรเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี, แบบคัดกรองโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี สำหรับผู้ปกครอง, แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพรายบุคคล (personal health record : PHR), แบบประเมินพฤติกรรม SNAP-IV (ฉบับย่อ) ที่บันทึกลงในโปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป SPSS

4.2 วิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ได้แก่ ความถี่ (frequency) และ ร้อยละ (percentage) ดังนี้

1) **ความต้องการทางสุขภาพ (health need) :**
อัตราการตรวจพบภาวะผิดปกติ (ADHD case detection rate) = จำนวนเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าจำเป็นต้องได้รับการบริการสุขภาพ / จำนวนเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ที่จำเป็นต้องได้รับการบริการสุขภาพทั้งหมด (actual or estimated)

2) **การได้รับบริการตามความต้องการ (utilization) :**
ความครอบคลุมของการจัดบริการสุขภาพให้กับเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าจำเป็นต้องได้รับการบริการสุขภาพ = จำนวนเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการบริการสุขภาพ / จำนวนเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าจำเป็นต้องได้รับการบริการสุขภาพ

3) **ประสิทธิผลของบริการสุขภาพ (Effectiveness) :**
อัตราความสำเร็จของการดูแลรักษา (treatment success rate) = จำนวนเด็กและเยาวชนอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการดูแลและให้ผลการดูแลรักษาทางสุขภาพที่ดี / จำนวนเด็กและเยาวชนอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการบริการสุขภาพ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ โดยได้รับความยินยอมในแบบการรับการรักษา (consent form) ของผู้ปกครองเด็กและวัยรุ่น

อายุ 6-15 ปี ดำเนินการดูแลรักษาตามหลักสิทธิผู้ป่วย ภายใต้การควบคุมของคณะกรรมการด้านการแพทย์ของโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเด็กและวัยรุ่น 6-15 ปี และผู้ปกครองสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตามความต้องการตลอดระยะเวลาการศึกษาวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

จากตารางที่ 1 ประชากรเด็กและวัยรุ่นอายุ 6 – 15 ปี ซึ่งเป็นนักเรียนในพื้นที่อำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ดที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการคัดกรองโรคสมาธิสั้น (ADHD) จำนวนทั้งสิ้น 2,066 คน พบว่า เป็นนักเรียนที่อาศัยอยู่ในตำบลหนองฮี จำนวน 446 คน (ร้อยละ 21.58) ตำบลสาวแห จำนวน 251 คน (ร้อยละ 12.14) ตำบลเด่นราษฎร์ จำนวน 640 คน (ร้อยละ 30.97) และตำบลคู่อิ่ง จำนวน 729 คน (ร้อยละ 35.29) กลุ่มประชากรเป็นเพศชาย จำนวน 1,084 คน (ร้อยละ 52.46) เป็นเพศหญิง จำนวน 982 คน (ร้อยละ 47.54) อายุระหว่าง 6-9 ปี จำนวน 934 คน (ร้อยละ 43.20) อายุระหว่าง 10-15 ปี จำนวน 1,132 คน (ร้อยละ 54.79) ช่วงชั้นเรียน ป.1-ป.4 จำนวน 1,003 คน (ร้อยละ 48.54) ช่วงชั้น ป.5-ป.6 จำนวน 826 คน (ร้อยละ 39.98) และช่วงชั้น ม.1-ม.3 จำนวน 237 คน (ร้อยละ 11.48)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรเด็กและวัยรุ่นอายุ 6 – 15 ปี จำแนกตามเพศ ช่วงอายุ และช่วงชั้นเรียน

ข้อมูลทั่วไป (N = 2,066)	ตำบล (จำนวน/ร้อยละ)				รวม (จำนวน/ร้อยละ)
	หนองฮี (n = 446)	สาวแห (n = 251)	เด่นราษฎร์ (n = 640)	คู่อิ่ง (n = 729)	
เพศ					
ชาย	224 (10.84)	137 (6.63)	343 (16.60)	380 (18.39)	1,084 (52.46)
หญิง	222 (10.75)	114 (5.51)	297 (10.37)	349 (16.89)	982 (47.54)
อายุ					
6-9 ปี	194 (9.39)	110 (5.32)	290 (14.04)	340 (16.45)	934 (45.21)
10-15 ปี	252 (12.19)	141 (6.88)	350 (16.94)	389 (18.83)	1,132 (54.79)
ระดับชั้นเรียน					
ช่วงชั้น ป.1 – ป.4	182 (8.80)	121 (5.86)	310 (15.00)	390 (18.88)	1,003 (48.54)
ช่วงชั้น ป.5 – ป.6	231 (11.18)	106 (5.13)	264 (12.78)	225 (10.89)	826 (39.98)
ช่วงชั้น ม.1 – ม.3	33 (1.59)	24 (1.61)	66 (3.19)	114 (5.51)	237 (11.48)
รวม	446 (21.58)	251 (12.14)	640 (30.97)	729 (35.29)	2,066 (100)

2. การคัดกรองภาวะโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี (Screening)

จากตารางที่ 2 เด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการคัดกรองจากครูประจำชั้นโดยใช้แบบคัดกรอง KUS-SI จำนวน 1,723 คน (ร้อยละ 83.39) และได้รับการคัดกรองด้วยแบบประเมินพฤติกรรม ด้วยแบบประเมิน SNAP-IV จำนวน 356 คน (ร้อยละ 17.23) พบว่ามีเด็กนักเรียนที่เข้าเกณฑ์การประเมิน SNAP-IV ที่ต้องได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ จำนวน 228 คน (ร้อยละ 13.23) เป็นเด็กนักเรียนจากตำบลหนองฮี จำนวน 75 คน (ร้อยละ 16.81) ตำบลดุกอิ่ง จำนวน 72 คน (ร้อยละ 9.87) ตำบลเด่นราษฎร์ จำนวน 68 คน (ร้อยละ 10.62) และตำบลสาวแห จำนวน 13 คน (ร้อยละ 5.17) ตามลำดับ

3. ความต้องการทางสุขภาพ (Health Need)

จากตารางที่ 3 เด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการประเมินคัดกรองเข้าเกณฑ์ที่ต้องได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ จำนวน 216 คน (ร้อยละ 10.45) พบว่ามีนักเรียนที่ป่วยเป็นโรคสมาธิสั้นที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ที่ต้องได้รับการรักษา จำนวน 175 คน อัตราการ

ตรวจพบภาวะผิดปกติ เท่ากับร้อยละ 8.74 โดยที่ตำบลหนองฮี พบอัตราความผิดปกติ ร้อยละ 14.35 (จำนวน 64 คน) รองลงมา คือ ตำบลดุกอิ่ง ร้อยละ 9.87 (จำนวน 72 คน) ตำบลเด่นราษฎร์ ร้อยละ 5.15 (จำนวน 33 คน) และน้อยที่สุด คือ ตำบลสาวแห ร้อยละ 2.39 (จำนวน 6 คน) พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 10.88 (จำนวน 118 คน) มากกว่าเพศหญิง ซึ่งพบร้อยละ 5.80 (จำนวน 57 คน) อายุระหว่าง 10-15 ปี มากที่สุด ร้อยละ 9.27 (จำนวน 105 คน) และน้อยที่สุด 6-9 ปี ร้อยละ 7.49 (จำนวน 70 คน) พบมากที่สุด เป็นนักเรียนในช่วงชั้น ม.1-ม.3 ร้อยละ 10.97 รองลงมาเป็นช่วงชั้น ป.1-ป.4 ร้อยละ 9.77 (จำนวน 98 คน) และน้อยที่สุดเป็นช่วงชั้น ป.5-ป.6 ร้อยละ 6.17 (จำนวน 51 คน) โดยส่วนใหญ่อาการที่พบ คือ อาการขาดสมาธิอย่างเดียว (inattentive symptoms) ร้อยละ 5.22 (จำนวน 108 คน) รองลงมาคือ ลักษณะอาการร่วมกันของอาการขาดสมาธิ และอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่น (hyperactivity/impulsivity symptoms) หรือกลุ่ม combined symptoms ร้อยละ 3.24 (จำนวน 67 คน) และไม่พบกลุ่มอาการอาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่นเพียงอย่างเดียว

ตารางที่ 2 ข้อมูลผลการคัดกรองกลุ่มเป้าหมายเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี การบำบัดโรคสมาธิสั้น (ADHD) จำแนกตามพื้นที่อยู่อาศัยตามขั้นตอนการคัดกรอง

ผลการคัดกรอง	ตำบล (N = 2,066)				รวม (จำนวน/ร้อยละ)
	หนองฮี (n = 446)	สาวแห (n = 251)	เด่นราษฎร์ (n = 640)	ดุกอิ่ง (n = 729)	
ขั้นตอนที่ 1 ผลการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง ตามแบบคัดกรอง KUS-SI โดยครูประจำชั้น					
	259 (58.07)	139 (55.37)	621 (97.03)	704 (96.57)	1,723 (83.39)
ขั้นตอนที่ 2 การคัดกรองพฤติกรรม ตามแบบคัดกรอง SNAP-IV โดยผู้ปกครองและครูประจำชั้น					
	87 (19.51)	30 (11.95)	81 (12.65)	158 (21.67)	356 (17.23)
- ผลการคัดกรองพบภาวะผิดปกติตามเกณฑ์การวินิจฉัย ADHD					
	75 (16.81)	13 (5.17)	68 (10.62)	72 (9.87)	228 (13.23)
ขั้นตอนที่ 3 การตรวจวินิจฉัยโรคสมาธิสั้น ADHD โดยแพทย์ (จำนวนนักเรียนที่ได้รับการตรวจวินิจฉัย)*					
	70 (15.69)	7 (2.70)	67 (10.46)	72 (9.87)	216 (10.45)
- ผลการตรวจวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น					
	64 (14.35)	6 (2.39)	33 (5.15)	72 (9.87)	175 (8.74)

หมายเหตุ : *นักเรียนออกจากโครงการวิจัย เนื่องจากย้ายโรงเรียนนอกพื้นที่และผู้ปกครองไม่สมัครใจเข้ารับการรักษา รวม 12 คน



ตารางที่ 3 ข้อมูลผลการวินิจฉัยเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ที่มีภาวะโรคสมาธิสั้น (ADHD case detection rates) จำแนกตามลักษณะทางประชากร

ลักษณะประชากรตามเกณฑ์การจำแนก	จำนวนประชากรนักเรียน (N = 2,066)	จำนวนนักเรียนที่ผู้ป่วยด้วยโรคสมาธิสั้นที่ตรวจพบ (ADHD) (n = 175)	อัตราการตรวจพบภาวะผิดปกติ (ADHD case detection rate)
ตำบลที่อาศัยอยู่			
หนองฮี	446	64	14.35
สาวแห	251	6	2.39
เด่นราษฎร์	640	33	5.15
ตุ๊กอึ้ง	723	72	9.95
เพศ			
ชาย	1,084	118	10.88
หญิง	982	57	5.88
อายุ			
6-9 ปี	934	70	7.49
10-15 ปี	1,132	105	9.27
ระดับชั้นเรียน			
ช่วงชั้น ป.1 – ป.4	1,003	98	9.77
ช่วงชั้น ป.5 – ป.6	826	51	6.17
ช่วงชั้น ม.1 – ม.3	237	26	10.97
ประเภทของพฤติกรรมโรคสมาธิสั้น			
อาการขาดสมาธิ (inattentive type) อย่างเดียว		108	5.22
อาการไม่อยู่นิ่ง หุนหันพลันแล่นอย่างเดียว (hyperactivity/impulsivity type)		0	0
อาการรวมทั้ง 2 ลักษณะ (combined type)		67	3.24

4. การได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็น (Utilization)

จากตารางที่ 4 เด็กและวัยรุ่นอายุ 6 – 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคสมาธิสั้น (ADHD) จำนวน 175 คน เมื่อได้รับการบำบัดตามแผนการรักษาของโรงพยาบาลหนองฮี พบว่า การคงอยู่ของการบำบัดรักษาเมื่อระยะเวลา 3 เดือนหลังการวินิจฉัยและการเข้ารับการบำบัดรักษาแล้ว อัตราการคงอยู่ในการบำบัดรักษาเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ที่มีภาวะโรคสมาธิสั้น (ADHD) เท่ากับร้อยละ 94.85 (จำนวน 166 คน) ขณะที่ระยะเวลา 6 เดือนหลังการวินิจฉัยและการเข้ารับการบำบัดรักษาแล้ว เด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ที่มีภาวะโรคสมาธิสั้น (ADHD) อัตราการคงอยู่เท่ากับร้อยละ

85.71 (จำนวน 150 คน) และระยะเวลา 12 เดือน หรือ 1 ปีหลังการวินิจฉัยและการเข้ารับการบำบัดรักษาแล้ว เด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ที่มีภาวะโรคสมาธิสั้น (ADHD) อัตราการคงอยู่เท่ากับร้อยละ 84.57 (จำนวน 148 คน)

ทั้งนี้ สาเหตุของการยุติการบำบัดรักษา ในระยะ 3 เดือนแรก เกิดจาก 1) ย้ายโรงเรียนไปต่างพื้นที่ จำนวน 2 คน 2) มีผลข้างเคียงจากยา จำนวน 3 คน 3) ไม่สามารถติดตามได้ จำนวน 4 คน ระยะ 6 เดือน ออกจากการรักษา รวม 16 คน เกิดจาก 1) ย้ายโรงเรียนไปต่างพื้นที่ 4 คน 2) ผู้ปกครองขอหยุดการรักษา 2 คน 3) ไม่สามารถติดตามได้ 10 คน และระยะ 12 เดือน หรือ 1 ปี มีส่งตัวเข้ารับการบำบัดรักษา กับจิตแพทย์ จำนวน 2 คน

ตารางที่ 4 ข้อมูลเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ที่มีภาวะโรคสมาธิสั้น (ADH) ได้รับการบำบัดรักษาตามช่วงเวลา 3, 6 และ 12 เดือนหลังการวินิจฉัยตามแผนการรักษาของแพทย์

การเข้าถึงการบำบัดรักษา	จำนวน (n = 175)	ร้อยละ	สาเหตุการยุติการบำบัดรักษา
1. ผลการบำบัดรักษาในระยะ 3 เดือน	166	94.85	- ออกจากการรักษา รวม 9 ราย 1) ย้ายโรงเรียนไปต่างพื้นที่ 2 ราย 2) มีผลข้างเคียงจากยา 3 ราย 3) ไม่สามารถติดตามได้ 4 ราย
2. ผลการรักษาในระยะ 6 เดือน	150	85.71	- ออกจากการรักษา รวม 16 ราย 1) ย้ายโรงเรียนไปต่างพื้นที่ 4 ราย 2) ผู้ปกครองขอหยุดการรักษา 2 ราย 3) ไม่สามารถติดตามได้ 10 ราย
3. ผลการรักษาในระยะ 12 เดือน	148	84.57	- ส่งต่อรับการรักษาที่จิตแพทย์ 2 ราย

5. ประสิทธิภาพ (effectiveness) การบำบัดรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี

5.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes)

จากตารางที่ 5 ประสิทธิภาพของการบริการ (Effectiveness) การบำบัดรักษาเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ที่มีภาวะโรคสมาธิสั้น (ADHD) ต่อเนื่อง 1 ปี ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes) พบว่า ก่อนการรับการรักษาเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ทุกราย มีอาการขาดสมาธิ (inattention symptoms) จำนวน 175 คน (ร้อยละ 100) โดยพบว่า หลังการบำบัดรักษา 6 เดือน มีอาการขาดสมาธิลดลงเหลือร้อยละ 26.00 (จำนวน 39 คน) และหลังการบำบัดรักษาครบ 1 ปี มีอาการขาดสมาธิลดลงเหลือร้อยละ 8.78 (จำนวน 13 คน) ตามลำดับ ขณะที่ เด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี มีอาการอยู่นิ่งไม่นิ่งอาการอยู่นิ่งไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น (hyperactivity/impulsivity symptoms) ก่อนการรักษา จำนวน 67 คน (ร้อยละ 38.28) โดยพบว่า หลังการบำบัดรักษา 6 เดือน มีอาการอยู่นิ่งไม่นิ่งอาการอยู่นิ่งไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น ลดลงเหลือ ร้อยละ 14.67 (จำนวน 22 คน) และภายหลังการบำบัดรักษาครบ 1 ปี อาการอยู่นิ่งไม่นิ่งอาการอยู่นิ่งไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่นลดลงเหลือร้อยละ 6.08 (จำนวน 9 คน) ตามลำดับ

5.2 ผลลัพธ์ด้านความสามารถ (functional outcomes)

จากตารางที่ 6 ประสิทธิภาพของการบริการ (Effectiveness) การบำบัดรักษาเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ที่มีภาวะโรคสมาธิสั้น (ADH) ต่อเนื่อง 1 ปี ด้านความ

สามารถ (functional outcomes) พบว่า ก่อนการรับการรักษาเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี มีผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษา (educational achievement) ระดับเกรดเฉลี่ย (GPA) 0-2 ร้อยละ 4.00 (จำนวน 7 คน) และภายหลังการบำบัดรักษาครบ 1 ปี ไม่พบเด็กที่มีผลการศึกษาระดับเกรดเฉลี่ย (GPA) 0-2 ร้อยละ 0 ขณะที่ เด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ก่อนการบำบัดรักษา มีระดับเกรดเฉลี่ย (GPA) > 2-3 ร้อยละ 90.28 (จำนวน 158 คน) พบว่า ภายหลังการบำบัดรักษาครบ 1 ปี พบเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี มีผลการศึกษาระดับเกรดเฉลี่ย (GPA) > 2-3 ร้อยละ 55.43 และเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ก่อนการบำบัดรักษา มีระดับเกรดเฉลี่ย (GPA) > 3-4 ร้อยละ 5.71 (จำนวน 10 คน) พบว่า ภายหลังการบำบัดรักษาครบ 1 ปี พบเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี มีผลการศึกษาระดับเกรดเฉลี่ย (GPA) > 3-4 ร้อยละ 34.46 (จำนวน 51 คน)

อภิปรายผล

ผลการศึกษาระบบประเมินความสามารถของระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการศึกษาคความครอบคลุมอย่างมีประสิทธิภาพของรูปแบบการจัดบริการโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-17 ปี พื้นที่อำเภอหนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า

1. ความต้องการทางสุขภาพ (health need) พบว่า กลุ่มเป้าหมายเป็นเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการคัดกรองโดยครูและผู้ปกครอง จำนวนทั้งสิ้น 2,066 คน



ตารางที่ 5 ข้อมูลผลการบำบัดรักษา (treatment success rate) เด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ที่มีภาวะโรคสมาธิสั้น (ADHD) ด้านผลลัพธ์ทางคลินิก

ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcomes)	ก่อนการบำบัดรักษา (n ₁ = 175)	หลังการบำบัดรักษา 6 เดือน (n ₂ = 150)	หลังการบำบัดรักษา 1 ปี (n ₃ = 148)
อาการขาดสมาธิ			
- มีอาการ (มากกว่า 16 คะแนน)	175 (100)	39 (26.00)	13 (8.78)
- ไม่มีอาการ (น้อยกว่า 16 คะแนน)	0 (0)	111 (74.00)	135 (91.22)
อาการอยู่ไม่นิ่ง หุนหันพลันแล่น			
- มีอาการ (มากกว่า 13 คะแนน)	67 (38.28)	22 (14.67)	9 (6.08)
- ไม่มีอาการ (น้อยกว่า 13 คะแนน)	108 (61.71)	128 (85.33)	139 (93.92)

ตารางที่ 6 ข้อมูลผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน (educational achievement) ของเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ที่มีภาวะโรคสมาธิสั้น (ADH)

ผลลัพธ์ทางการศึกษา (educational achievement)	ก่อนการบำบัดรักษา (n ₁ = 175)	หลังการบำบัดรักษา 1 ปี (n ₂ = 148)
ระดับเกรดเฉลี่ย (Grade Point Average : GPA)		
ระดับเกรดเฉลี่ย 0 - 2	7 (4.00)	0 (0)
ระดับเกรดเฉลี่ย > 2 - 3	158 (90.28)	97 (55.43)
ระดับเกรด > 3 - 4	10 (5.71)	51 (34.46)

หมายเหตุ รายงานผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เป็นการเก็บข้อมูลในช่วงก่อนและหลังการรักษาเท่านั้น ในการศึกษาครั้งนี้ ยังไม่ได้มีการควบคุมปัจจัยอื่นอีกที่ส่งผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของกลุ่มตัวอย่าง

โดยตรวจพบโรคสมาธิสั้นส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ ตำบลหนองฮี จำนวน 175 คน คิดเป็น ร้อยละ 14.35 รองลงมาเป็นตำบลคู่อิ่ง ร้อยละ 9.95 ตำบลเด่นราษฎร์ ร้อยละ 5.15 และน้อยที่สุดในตำบลสาวแห 2.39 ตามลำดับ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 10.88 มากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 5.88 ส่วนใหญ่ช่วงอายุระหว่าง 10-15 ปี ร้อยละ 9.27 มากกว่าช่วงอายุระหว่าง 6-9 ปี ร้อยละ 7.49 พบมากที่สุดในระดับการศึกษาอยู่ที่ช่วงชั้น ม.1-ม.3 ร้อยละ 10.97 รองลงมาในช่วงชั้น ป.1-ป.4 ร้อยละ 9.77 และพบน้อยที่สุดในช่วงชั้น ป.5-ป.6 ร้อยละ 6.17 และประเภทของโรคสมาธิสั้นที่พบ คือ กลุ่มอาการขาดสมาธิ ร้อยละ 5.22 และกลุ่มอาการร่วม ร้อยละ 3.24 สอดคล้องกับผลการศึกษาของทวิศิลป์ วิษณุโยธิน และคณะ ที่ได้ศึกษาเรื่องความชุกโรคสมาธิสั้นในประเทศไทย พ.ศ. 2556 ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของโรคสมาธิสั้นในประเทศไทยเท่ากับร้อยละ 8.1

แยกเป็นเพศชายร้อยละ 12 และเพศหญิงร้อยละ 4.2 ด้วยอัตราส่วน 3:1 แต่แตกต่างกันที่พบสูงสุดที่ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 เท่ากับ ร้อยละ 0.7 จำแนกตามกลุ่มย่อยของโรคสมาธิสั้นแตกต่างกันคือพบสูงสุด combined type ร้อยละ 3.8 ขณะที่ inattentive type พบเพียงร้อยละ 3.4 และต่ำสุดส่วน hyperactive/impulsive type มีค่าใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 0.9 (ทวิศิลป์ วิษณุโยธิน, 2556) และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ ดารณี ศักดิ์ศิริผล เรื่องการศึกษาภาวะสมาธิสั้นในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ในเขตกรุงเทพมหานคร มีจุดมุ่งหมายเพื่อสำรวจภาวะสมาธิสั้นในเด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ โดยจำแนกตามเพศระดับชั้น และลักษณะสมาธิสั้น พบว่า เด็กที่มีความบกพร่องทางการเรียนรู้ที่มีภาวะสมาธิสั้นส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (ดารณี ศักดิ์ศิริผล, 2556) และใกล้เคียงกับการศึกษาของ จิรนนท์ วิรกุล ซึ่งพบว่า โรคสมาธิสั้น

และภาวะไม่อยู่นิ่งในเด็ก (ADHD) เป็นโรคเกี่ยวกับพฤติกรรมที่พบบ่อยในเด็กวัยเรียน มีลักษณะที่สำคัญ คือ สมาธิสั้น อยู่ไม่นิ่ง และวอกแวกง่าย ทำให้เกิดปัญหาทั้งที่โรงเรียนและที่บ้าน มีผลการเรียนไม่ดีและรบกวนชั้นเรียน พบอุบัติการณ์ในประเทศไทยประมาณร้อยละ 6.5 ทั้งนี้โรคสมาธิสั้นและภาวะอยู่ไม่นิ่งในเด็กหากได้รับการวินิจฉัยและได้รับการรักษา รวมถึงสร้างความเข้าใจแก่โรงเรียนและครอบครัวจะทำให้เด็กสามารถประสบความสำเร็จในการเรียนตามศักยภาพได้ (จิรนนท์ วีรกุล, 2557)

2. การได้รับบริการสุขภาพตามความจำเป็น (Utilization) เด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยจำนวน 175 คน ได้รับการบำบัดรักษาโดยโรงพยาบาลทองฮีร่วมกับผู้ปกครองและครู จำนวน 175 คน โดยที่ระยะ 3 เดือนหลังการบำบัดรักษา พบว่าเด็กและวัยรุ่น ได้รับการบำบัดรักษา ร้อยละ 94.85 และหลังการบำบัดรักษา 6 เดือน มีเด็กและวัยรุ่นยังคงรับการบำบัดที่จำนวน 150 คน (ร้อยละ 85.71) ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของบุรฉัตร ศักดิ์ศรีทวี และคณะ (2562) พบว่า ความสม่ำเสมอของการรับการบำบัดรักษา (good adherence) เท่ากับ ร้อยละ 80 ของจำนวนยาที่ควรรับประทานจริง สะท้อนให้เห็นว่า การออกจากระบบการบำบัดรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษาไม่ครบตามแผน มีความสำคัญต่อผลการบำบัดรักษาโรคสมาธิสั้น ซึ่งบทบาทของผู้ปกครอง ครอบครัว และครูมีส่วนสำคัญต่อประสิทธิผลของการเข้ารับการรักษาโรคสมาธิสั้น

3. ประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา (effectiveness) ผลการศึกษาในองค์ประกอบ ทั้ง 2 ด้าน คือ

3.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก (clinical outcome) ในกลุ่มที่มีอาการขาดสมาธิ พบว่า ในระยะ 6 เดือน ลดลงเหลือ ร้อยละ 26.00 และระยะ 1 ปี ลดลงเหลือ ร้อยละ 8.78 ในกลุ่มที่มีอาการหุนหันพลันแล่น ในระยะ 6 เดือน ลดลงเหลือร้อยละ 14.67 และระยะ 1 ปี ลดลงเหลือ ร้อยละ 6.08 สะท้อนให้เห็นว่าผลการบำบัดรักษาด้วยยาจะช่วยลดอาการของโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นให้ลดลง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ชัยวัฒน์ ดาราสิขมณั ที่ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลเด็กโรคสมาธิสั้นแบบบูรณาการโดยผู้ปกครอง บุคลากรทางการแพทย์ และครู อำเภอน้ำเย็น จังหวัดอุบลราชธานี การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อมุ่งเน้นการพัฒนาระบบการดูแลเด็กสมาธิสั้น ผลการวิจัยพบว่า เด็กที่เป็นโรคสมาธิสั้นจำนวน

30 คน มีพัฒนาการที่ดีขึ้น ร้อยละ 100 หลังจากที่ได้รับ การดูแลตามระบบที่พัฒนา (ชัยวัฒน์ ดาราสิขมณั, 2562)

3.2 ผลลัพธ์ด้านความสามารถ (functional outcome) ในการศึกษาที่ใช้ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของเด็กและวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาโรคสมาธิสั้น เป็นการวัดผลลัพธ์ทางด้านความสามารถ ซึ่งใช้ระดับเกรดเฉลี่ย (GPA) พบว่ากลุ่มตัวอย่าง มีระดับเกรดเฉลี่ย (GPA) เพิ่มสูงขึ้น ในระยะหลังการบำบัด 1 ปี พบว่า ไม่พบผลการเรียนระดับเกรดเฉลี่ย 0-2 ระดับเกรดเฉลี่ยมากกว่า 2-3 จากร้อยละ 90.28 ลดลงเหลือร้อยละ 55.43 โดยไปเพิ่มขึ้นในระดับเกรดเฉลี่ยที่มากกว่า 3-4 จากร้อยละ 5.71 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 34.46 สอดคล้องกับ การศึกษาของ พัสดาภรณ์ จิตน่วม เรื่องผลด้านพฤติกรรมและผลการเรียนของการรักษาเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ ภูมิหลังโรคสมาธิสั้นในโรงพยาบาลบางจากเดิมต้องส่งต่อให้จิตแพทย์เด็กวินิจฉัยและรักษา มีระยะรอคอยนัดเป็นเวลานาน โรงพยาบาลบางจากจึงเพิ่มการเข้าถึงบริการโดยให้กุมารแพทย์ เป็นผู้วินิจฉัยและรักษาเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลชุมชน วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลด้านพฤติกรรมชนไม่นิ่ง และผลการเรียนของเด็กสมาธิสั้นหลังได้รับการรักษาตามแนวทางการดูแลเด็กสมาธิสั้นในโรงพยาบาลบางจาก วิธีการเป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistic) ศึกษาผลด้านพฤติกรรมโดยใช้แบบประเมิน SNAP-IV และด้านผลการเรียน ประเมินจากแบบสอบถามผู้ปกครองหรือใช้ผลคะแนนสอบก่อนและหลังรับการรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กอายุ 6-12 ปี ที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลบางจาก พบว่า หลังการรักษา ผลการเรียนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยกุมารแพทย์ที่โรงพยาบาลบางจากให้การรักษาด้วยการให้ยา และการปรับพฤติกรรมทำให้ผลการเรียนและพฤติกรรมดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (พัสดาภรณ์ จิตน่วม, 2564)

สรุปผล

ผลการศึกษาประเมินประสิทธิผลการบำบัดรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี ในพื้นที่อำเภอนองฮี จังหวัดร้อยเอ็ด แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาระบบการบำบัดรักษาของโรงพยาบาลชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จากผู้ปกครอง โรงเรียนและครู เป็นองค์ประกอบสำคัญใน

การเพิ่มการเข้าถึงบริการ และประสิทธิผลของการบำบัดรักษา ซึ่งการพัฒนากระบวนการในพื้นที่จากเครือข่ายที่หลากหลายของทีมหมอครอบครัว ทีมเครือข่าย ครู และสถานศึกษา สามารถเพิ่มการประสิทธิผลของการจัดระบบบริการได้ครอบคลุมพื้นที่ทั้งเรื่องการเข้าถึงบริการและผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งจะช่วยลดภาวะอาการของโรคสมาธิสั้น และส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการศึกษาที่เพิ่มสูงขึ้น แต่อย่างไรก็ตามในระบบการดูแลรักษาโรคสมาธิสั้นในเด็กและวัยรุ่นอายุ 6-15 ปี พบว่า เด็กที่อยู่ในโครงการออกจากกระบวนการดูแลรักษาไปจำนวนหนึ่ง ซึ่งจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบการติดตามและการส่งต่อให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

1. ควรพัฒนาระบบการติดตามและส่งต่อการดูแลรักษาเพื่อให้เด็กและวัยรุ่นที่หลุดออกจากระบบการรักษาก่อนสิ้นสุดแผนการรักษาได้รับบริการต่อเนื่อง โดยการสร้างความร่วมมือในการบำบัดรักษา และการรับการบำบัดรักษาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษา รวมทั้งการประสานการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นโรคสมาธิสั้นกับหน่วยงาน หรือสถานพยาบาลนอกพื้นที่เพื่อให้ผู้บำบัดได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

2. ควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวังภาวะโรคสมาธิสั้นในระดับชุมชนและโรงเรียนเพื่อให้เกิดการเฝ้าระวังอย่างเป็นระบบ ต่อเนื่องเพื่อค้นหากลุ่มหมายให้ได้รับการดูแลตั้งแต่ช่วงปฐมวัยเพื่อเพิ่มโอกาสการพัฒนาการศึกษาเรียนรู้ที่มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการบำบัดรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งการบำบัดรักษาระยะสั้น และการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพระยะยาวเพื่อเป็นทางเลือกให้กับเด็กและวัยรุ่นที่พบปัญหาการแพ้ยารักษาโรคสมาธิสั้นหรือลดผลข้างเคียงจากการใช้ยา ลดต้นทุนการใช้ยาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบำบัดรักษา

2. ควรศึกษาวิจัยปัจจัยบริบทของครอบครัวและชุมชน เพื่อพัฒนาแนวทางการสร้างความร่วมมือ หรือลดปัญหาอุปสรรคในการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

3. ควรมีการศึกษา ผลการรักษาโรคสมาธิสั้นที่มีผล

ต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนรู้ ของผู้ป่วยโดยมีการควบคุมหรือศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

- Boonsith. Withham. (2012). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Treatment. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 57(4) 373-386. (In Thai).
- Chaiudomsom, Channarong. et al. (2018). *Study on the effectiveness of family empowerment programs and School for Behavior Adjustment of School-aged Children with Behavioral Problems Resource Deficient Areas*. Northeastern Institute of Child and Adolescent Mental Health, Department of Mental Health, Ministry of public health. (in Thai).
- Chalothorn, Prawee. et al. (2019). Prevalence of ADHD among parents of ADHD children admitted to Siriraj Hospital. *Public Health Journal*. 49(1). (in Thai)
- Christopher Murray and David Evans. (2003). *Health Systems Performance Assessment : Debate, Methods and Empiricism*. WHO. Geneva.
- Dararit, Chaiwat. (2019). The development of an integrated care system for children with ADHD by parents. Medical personnel and teachers, Nam Yuen District, Ubon Ratchathani Province. *System Research and Development Journal Health*. 2019; 12(1). (in Thai).
- Dan Sai Hospital and the Research Office for the Development of Thai Health Security (NHSO). (2018). *Project to assess the effective coverage of preventive services. control and treat diabetes A case study of Somdej Phra Yuparaj Hospital, Dansai Dan Sai District, Loei Province*. Public Health Systems Research Institute. Nonthaburi. (in Thai).

- Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (2014) *Guidelines for the care of psychiatric diseases in children and adolescents 4 major diseases. (cognitive impairment, autism, ADHD, LD) for the Public Health Service Network*. 1st print:Printing House of the Agricultural Cooperative Association of Thailand Limited. (in Thai).
- Jitnuam, Patchaporn. (2021). *Behavioral and academic outcomes of treating ADHD children in Bangchak Hospital Samut Prakan*. Samut Prakan: Bangchak Hospital. (in Thai).
- Ketuman, Phanom. et al. (2016). Study of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and related factors among adolescents in the primary care center. Children and youth of the Mercy House. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2016.61(1): 27-39. (in Thai).
- Khamduang, Nucharee. (2017). *Handbook of drug treatment in ADHD children and monitoring of drug response in children*. Rajanagarindra Institute of Child Development. 1st edition. Chiang Mai: Siam Print Nana Co., Ltd. (in Thai).
- Northeastern Institute of Child and Adolescent Mental Health Department of Mental Health. (2016). *Government service National Award*. Service Development Excellence Award category. (in Thai).
- Pengchai, Jatuporn. et al. (2012). Screening and providing assistance to students who are at risk of becoming special children. Elementary school of Si Sawat Wittaya Municipality School. *Rajabhat University Journal Maha Sarakham*; V. Mor. 2012; 6(1): 15-52. (in Thai).
- Pittayratsathien, Nattorn. et al. (2014). Properties of the Swanson ADHD screening form, Nolan, and Pelham IV Scale (SNAP-IV) and Strengths and Difficulties Questionnaire Section related to restless behavior/attention deficit hyperactivity disorder (SDQ-ADHD), Thai version. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*. 2014; 59(2): 97-110. (in Thai).
- Saksaktawee, Burachat. et al. (2019). *A Transverse Analytical Study of Factors Affecting Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in school-aged children who received outpatient services in a child psychiatric clinic Sichon Hospital*. Academic journal Physician District 11, 2019. 33(2): 327-338. (in Thai).
- Saksiriphon, Daranee. (2013). *A study of attention deficits in children with learning disabilities in the district.Bangkok*.Srinakharinwirot University. (in Thai).
- Sirithongthaworn, Samai. et al. (2017). *The development of an integrated care model for children with ADHD between Medical personnel, parents and teachers in the northern region*. Department of Mental Health, Rajanagarindra Institute of Child Development in cooperation with the Faculty of Pharmacy Chiang Mai University. (in Thai).
- Wirakul, Chiranun . (2014). Attention deficit hyperactivity disorder and hyperactivity in children. *Buddha Chinnarat Medical Journal*. 2014; 31(1):65-75. (in Thai).
- Witsanuyothin, Taweasin. (2013). *Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Thailand*. Royal Institute of Child and Adolescent Mental Health Nakin, Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (in Thai).
- Witthayaphipopsakul, Woranan. et al. (2022). Effective coverage and its application in the Thai context. *Journal of Public Health Systems Research*. 2022; 16(1):112-27. (in Thai).



การประเมินความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกัน โรคมะเร็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ตำบลสลกบาตร อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

ASSESSMENT OF KNOWLEDGE, BELIEFS, ATTITUDES AND BEHAVIORS REGARDING CANCER AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS IN SALOK BAT SUB-DISTRICT, KHANU WORALAKSABURI DISTRICT, KAMPHAENG PHET

กานดา สีดา, ชลธิชา ทิพย์เมศ, ปัทมา พลอยสว่าง, ปภาวิน แจ่มศรี, ปรินดา พงษ์เมือง
กลุ่มงานพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ
Kanda Seeda, Chonticha Tipmed, Pattama Ploysawang, Paphawin Jamsri, Parinda Pangmuang
Department of policy development and medical strategy, National Cancer Institute, Thailand

บทคัดย่อ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย นำมาสู่การสูญเสียชีวิตของประชากรและสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก การที่ประชาชนมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การป้องกัน และการคัดกรองโรค จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากจะช่วยให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตนที่เหมาะสม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญในการถ่ายทอดความรู้ เป็นแบบอย่างและส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ที่มีพฤติกรรมที่ดี การวิจัยนี้จึงประเมินความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของ อสม. ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสลกบาตร อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 54 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เก็บข้อมูลจาก อสม. ที่เข้าร่วมอบรมในโครงการรวมพลังป้องกันโรคมะเร็งอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน วันที่ 29 มีนาคม 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลประชากรศาสตร์ แบบประเมินความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันคัดกรองโรคมะเร็งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคมะเร็งโดยหาค่า KR20 มีค่าเท่ากับ 0.73 และความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ความเชื่อและทศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.78 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.07 มีอายุเฉลี่ย 60.30 ปี ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน ร้อยละ 37.04 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50.00 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีญาติสายตรงเคยป่วยเป็นโรคมะเร็ง ร้อยละ 70.37 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 61.11 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 16.28$, $SD = 3.28$) มีคะแนนความเชื่อและทศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.42$, $SD = 0.39$) และส่วนใหญ่เคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง ผลจากการศึกษารังนี้นี้เป็นข้อมูลพื้นฐานทำให้ทราบความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจนำมาใช้ในการพิจารณาวางแผนงานด้านการส่งเสริมความรู้ และเพิ่มความตระหนักถึงประโยชน์ของการป้องกันและคัดกรองโรคมะเร็งให้กับ อสม. และประชาชนในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ : ความรู้โรคมะเร็ง พฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

การประเมินความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในพื้นที่ตำบลสลกบาตร อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร
กานดา สีดา, ชลธิชา ทิพย์เมศ, ปัทมา พลอยสว่าง, ปภาวิน แจ่มศรี, ปรินดา พงษ์เมือง

Abstract

Cancer is a significant public health problem in Thailand which causes death and losing healthcare budget. Public knowledge of cancer risk factors, prevention and screening are important for people awareness. Village Health Volunteers (VHVs) play the main role of health promotion and prevention in the community. They can be role models for people. This study aimed to evaluate the cancer knowledge, beliefs, attitudes, and behaviors among VHVs in Salok Bat sub-district, Khanu Woralaksaburi district, Kamphaeng Phet. Purposive sampling technique was used to recruit participants. The study samples consisted of 54 VHVs who attended The Community-Based Project on Cancer Prevention on March 29, 2022. A validated questionnaire was used to collect the data consisting of a demographic questionnaire, knowledge about cancer questionnaire, belief and attitude toward cancer preventive behavior questionnaire, and cancer preventive and screening behaviors questionnaire. The reliability test of cancer knowledge and cancer prevention questionnaire was conducted using KR-20 and the result was at 0.73, and the reliability test of belief and attitude toward cancer preventive behavior questionnaire was conducted using Cronbach's alpha coefficient and the result was at 0.78. Data were analyzed by statistical frequency, percentage, mean, and standard deviation. The results showed that most of samples were female (87.07%), average age was 60.30 years, most of them were homemaker or unemployed-not looking for work (37.04%) and graduated from primary school (50.00%). Around 70.37% had no family history of cancer, and 61.11% had at least 1 underlying disease. Most samples had a high level of knowledge about cancer ($\bar{X} = 16.28$, $SD = 3.28$), and a high level of belief and attitude toward cancer preventive behavior ($\bar{X} = 2.42$, $SD = 0.39$). Moreover, this study also revealed that most samples had ever been screened. This present study provided a database of cancer knowledge and cancer prevention behavior among Village Health Volunteers in Salok Bat sub district which could be used to plan promoting healthcare knowledge and raises more awareness of cancer prevention and screening in the people.

Keyword : Cancer knowledge, cancer preventive behaviors, Village Health Volunteers (VHVs)

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของประเทศไทย ตั้งแต่ปี 2542 (58.6 ต่อ 100,000 ประชากร) และอัตราการตายจากโรคมะเร็งเพิ่มขึ้นเป็น 88.3, 128.2, 128.5 ต่อแสนประชากร ในปี 2552, 2562 และ 2564 ตามลำดับ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2565) กระบวนการเกิดโรคมะเร็งมีหลายขั้นตอน มีความซับซ้อน และเกิดจากหลายปัจจัย ทั้งปัจจัยที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น พันธุกรรม เพศ อายุ และปัจจัยที่สามารถควบคุมได้ เช่น พฤติกรรมการกินอาหาร การสัมผัสสารพิษหรือสารก่อมะเร็ง การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก และการพักผ่อน เป็นต้น โดย American Institute for Cancer Research ได้ระบุว่าร้อยละ 40 ของโรคมะเร็งสามารถป้องกันได้ (American Institute for Cancer Research, 2022) และ 1 ใน 3 ของโรคมะเร็งสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างไรก็ตามโรคมะเร็งเป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคเป็นไปอย่างช้าๆ การป้องกันหรือคัดกรองโรคเห็นผลได้ช้าและวัดผลได้ยาก ประชาชนจึงไม่ตระหนักถึงอันตรายของโรค จึงทำให้ประชาชนบางส่วนยังไม่ปรับพฤติกรรม การที่ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ และทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคมะเร็ง จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากจะช่วยให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

พฤติกรรมสุขภาพ (Health behavior) มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของบุคคล เป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานของชีวิตที่จะทำให้บุคคลสามารถดำรงตนอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเป็นการสร้างต้นทุนทางสุขภาพที่ดี ช่วยป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ อันจะส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดี ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลมีสาเหตุจากหลายปัจจัยร่วมกัน ดังนี้ 1) ความรู้ (Knowledge) เป็นขั้นแรกๆของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจดจำ ซึ่งอาจจะโดยการนึกได้ มองเห็น ได้ยิน ได้ฟัง 2) ความเชื่อ (Belief) หมายถึง ความคิด ความเข้าใจ และการยอมรับ นับถือ เชื่อมั่น ในสิ่งหนึ่งสิ่งใด โดยไม่ต้องมี

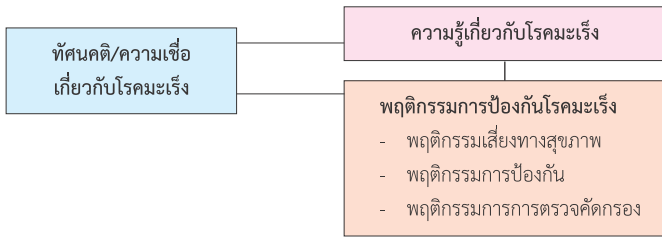
เหตุผลใดมาสนับสนุนหรือพิสูจน์ ทั้งนี้บางอย่างอาจมีหลักฐานอย่างเพียงพอที่จะพิสูจน์ได้ หรืออาจไม่มีหลักฐานที่จะนำมาใช้พิสูจน์ให้เห็นจริงเกี่ยวกับสิ่งนั้นก็ได้อีก (เทพ สงวนกิตติพันธ์, ม.ป.ป.) 3) ทัศนคติ (Attitude) เป็นความรู้สึกและความเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งของ บุคคล สถานการณ์ และข้อเสนอใดๆ ในทางที่จะยอมรับหรือปฏิเสธ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองด้วยพฤติกรรมตามแนวคิดนั้น (ธงชัย สันติวงษ์, 2540)

จากการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ทำให้วิถีชีวิตของคนไทยแวดล้อมไปด้วยความเสี่ยง เกิดปัญหาทางสุขภาพและมีแนวโน้มการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องมีแนวทางส่งเสริมและสนับสนุนให้ประชาชนจัดการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความสามารถในการเข้าถึงข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพจากแหล่งความรู้ที่หลากหลาย มีความเข้าใจและสามารถประเมินความน่าเชื่อถือและความเหมาะสมของเนื้อหาต่างๆ จนนำมาปรับใช้กับตนเองจนเกิดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกลไกสำคัญทางด้านสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการถ่ายทอดความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากบุคลากรสาธารณสุขไปสู่ประชาชน และต้องเป็นแบบอย่างการดูแลสุขภาพให้กับประชาชน ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงได้มีการประเมินความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ และพฤติกรรมของ อสม. ว่ามีความรู้ความเข้าใจ นำไปปฏิบัติได้ถูกต้องหรือไม่ เพื่อที่หน่วยงานที่รับผิดชอบสามารถนำผลการศึกษานี้มาใช้ในการพิจารณาวางแผนงานด้านการส่งเสริมความรู้โรคมะเร็ง รวมถึงการพัฒนากระบวนการสื่อสารเผยแพร่ความรู้การป้องกันโรคมะเร็งที่ถูกต้องแก่ อสม. และประชาชน

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินระดับความรู้ ความเชื่อ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในพื้นที่ ตำบลสลกบาตร อำเภอขามเฒ่าบุรี จังหวัดกำแพงเพชร

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานทำให้ทราบ ความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติ และพฤติกรรมกำรป้องกันกำรเกิดโรคมะเร็งของ อสม. ในพื้นที่
2. สามารถนำข้อมูลจากผลการศึกษานี้มาใช้ในการพิจารณาวางแผนงานด้ำนกำรเสริมสร้ำงความรู้โรคมะเร็งให้แก่ อสม. รวมถึงพัฒนากระบวนการสื่อสาร เผยแพร่ความรู้ที่ถูกต้องให้ อสม. และประชาชน

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็น อสม. ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสลกบาตร โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกประชากรกลุ่มตัวอย่าง คือ สามารถอ่านออกเขียนได้ สมครใจเป็นผู้ให้ข้อมูล มีอายุอยู่ระหว่าง 20 – 70 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง เกณฑ์การคัดออก คือ ตอบแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรของฟิชเชอร์ (Fischer's) ค่าสัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ค่าขนาดความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05 แทนค่าโดยใช้สัดส่วนความรอบรู้ระดับเพียงพอของประชากรจากงานวิจัยของ นิศารัตน์ อุตตะมะ และเกษแก้ว เสียงเพราะ (2562) เท่ากับ 0.059 ได้ขนาดตัวอย่าง 85 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงโดยเก็บข้อมูลจาก อสม. ที่เข้าร่วมอบรมในโครงการรวมพลังป้องกันโรคมะเร็งอย่างมีส่วนร่วมในชุมชน วันที่ 29 มีนาคม 2565 แต่ด้วกำรระบอดของไวรัสโคโรน่า 2019 จำเป็นต้องเว้นระยะห่างทางสังคม ทำให้เก็บตัวอย่างข้อมูลได้ 63 ชุด หลังจากตรวจสอบคุณสมบัติ

ผู้เข้าร่วมวิจัย และความครบถ้วนของข้อมูลแล้ว ได้ข้อมูลจำนวน 54 ชุด ข้อมูลจากระบบคลังข้อมูลด้ำนกำรแพทย์และสุขภาพ สำนักรงำนปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2565) ในปีงบประมาณ 2565 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสลกบาตร มีจำนวน อสม. ในความรับผิดชอบ ทั้งหมด 166 คน หากกำหนดขนาดตัวอย่างเป็นร้อยละของประชากร ถ้าขนาดประชากรเป็นหลักร้อยละใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยร้อยละ 25 (ธีรภูมิ เอกะกุล, 2543) คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 42 ดังนั้นข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์จำนวน 54 ชุดดังกล่าวจึงเพียงพอต่อการวิเคราะห์ผล

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โครงร่างการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เอกสารชี้แจงอาสาสมัครและแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ เลขที่ 009/ 2565 กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการร่วมวิจัย ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย กลุ่มตัวอย่างลงนามในหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลส่วนตัวเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบสรุปเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากงานวิจัย เอกสาร การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานะสุขภาพ และประวัติครอบครัว ซึ่งคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ และเป็นคำถามปลายเปิด

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคมะเร็ง ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ปัจจัยเสี่ยงโรคมะเร็ง และการป้องกันโรคมะเร็ง รวมทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น 3 ตัวเลือก ใช่/ไม่ใช่/ไม่แน่ใจ ถ้าตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจให้ 0 คะแนน คิดคะแนนรวมและจัดระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับความรู้สูง (คะแนนมากกว่าร้อยละ 80) ระดับความรู้ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60 – 80) และระดับความรู้ต่ำ (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)

ตอนที่ 3 ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็ง มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า มีคำตอบให้เลือก 3 อันดับ



ได้แก่ เห็นด้วย = 3 ไม่แน่ใจ = 2 และ ไม่เห็นด้วย = 1 โดยข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบจะกลับให้คะแนนในทางตรงกันข้ามแล้วนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน จากนั้นพิจารณาระดับความเชื่อและทัศนคติโดยหาค่าเฉลี่ยของคะแนนแบบทดสอบทั้งชุด ซึ่งสามารถแปลผลได้ ดังนี้ 2.34 – 3.00 มีคะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งระดับสูง 1.67 – 2.33 มีคะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งอยู่ในระดับปานกลาง และ 1.00 – 1.66 มีคะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งอยู่ในระดับต่ำ

ตอนที่ 4 พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกัน และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง แบบสอบถามนี้เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับ พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกัน และพฤติกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง ผู้วิจัยได้สร้างเป็นข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ และคำถามปลายเปิด

แบบสอบถามทั้งฉบับได้รับการทดสอบคุณสมบัติความเที่ยงตรงตามเนื้อหาของข้อมูล (Index of Item-Objective Congruence) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน แล้วจึงปรับปรุงให้เหมาะสมก่อนนำไปทดลองใช้กับประชาชนที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) วิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคมะเร็ง โดยการหาค่า KR20 มีค่าเท่ากับ 0.73 และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็ง โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.78

การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาพตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) วิเคราะห์และประมวลผลด้วยคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

การศึกษาคั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 54 คน เป็นเพศหญิง 47 คน (ร้อยละ 87.04) เพศชาย 7 คน (ร้อยละ 12.96) มีช่วงอายุ 61 – 70 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 53.70) รองลงมาคือช่วงอายุ 51 – 60 ปี (ร้อยละ 35.19) อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 60.30 (S.D. = 8.75) ส่วนใหญ่ร้อยละ 50.00 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ด้านการประกอบอาชีพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน (ร้อยละ 37.04) รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม (ร้อยละ 29.63) ในด้านสถานะสุขภาพและประวัติครอบครัว พบว่าร้อยละ 61.11 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค และ ร้อยละ 70.37 ไม่มีญาติสายตรงเคยป่วยเป็นโรคมะเร็ง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งอยู่ในระดับสูงคิดเป็นร้อยละ 62.96 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.93 และความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 11.11 (ตารางที่ 1) โดยกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ทราบว่า อาหารประเภทเนื้อสัตว์ที่ผ่านกระบวนการปิ้งย่าง เผา เช่น ไก่ย่าง หมูปิ้ง ปลาเผา จนไหม้เกรียม อาจพบสารก่อมะเร็งได้ และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 90 ทราบว่า การได้รับควันบุหรี่เป็นประจำ แม้ไม่ได้สูบบุหรี่ก็ทำให้มีความเสี่ยงเป็นมะเร็งได้ (ร้อยละ 98.00) การออกกำลังกายเป็นประจำช่วยลดความเสี่ยงโรคมะเร็งได้ (ร้อยละ 94.40) การได้รับควันจากท่อไอเสียรถยนต์ มลภาวะทางอากาศ หรือควันจากการทำอาหารเป็นประจำ เป็นปัจจัยเสี่ยงเกิดโรคมะเร็ง (ร้อยละ 94.40) มีอาการท้องผูกสลับกับท้องเดินเรื้อรัง ถ่ายเป็นเลือด อาจเป็นสัญญาณเตือนของมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงได้ (ร้อยละ 94.10) การตากแดดเป็นเวลานานโดยไม่มีอุปกรณ์ป้องกัน

ตารางที่ 1 การประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคและการป้องกันโรคมะเร็ง

ระดับความรู้	จำนวน (%)	รวม (%)
สูง (17 - 20 คะแนน)	34	62.96
ปานกลาง (12 - 16 คะแนน)	14	25.93
ต่ำ (0 - 11 คะแนน)	4	11.11

$\bar{X} = 16.28$, $SD = 3.28$

ทำให้เสี่ยงเป็นมะเร็งผิวหนังได้ (ร้อยละ 92.50) ปัจจัยเสี่ยงหลักที่ทำให้เกิดโรคมะเร็งมาจากพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพซึ่งสามารถป้องกันได้ (ร้อยละ 90.40) ส่วนคำถามที่กลุ่มตัวอย่างไม่ทราบ หรือไม่แน่ใจ ได้แก่ หากมีญาติหรือคนในครอบครัวป่วยเป็นมะเร็งเต้านมจะมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งสูงกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 51.00) และ การฉีดวัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี จะช่วยป้องกันมะเร็งตับได้ (ร้อยละ 61.10)

การวิเคราะห์ข้อมูลความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งอยู่ในระดับที่สูง ($\bar{X} = 2.42, SD = 0.39$) โดยเฉพาะทัศนคติเกี่ยวกับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 96.23 เห็นด้วยว่าการตรวจสุขภาพประจำปีทำให้มีความมั่นใจ สบายใจว่าไม่มีความผิดปกติ

ของร่างกายช่วยลดความกังวลได้ ร้อยละ 98.08 จะเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งทุกครั้งถึงแม้ว่าร่างกายแข็งแรงดี และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 85.19 ไม่เห็นด้วยว่าการไปตรวจหามะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องน่าอาย ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่อและทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ มะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรงมากถ้าเป็นแล้วจะเสียชีวิตทุกราย การเป็นมะเร็งเป็นเรื่องของโชคชะตาไม่ว่าจะดูแลตัวเองดีอย่างไรก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเป็นโรคมะเร็งได้ คนที่เป็นมะเร็งไม่ควรกินน้ำตาลเพราะจะทำให้มะเร็งเจริญเติบโตได้ดีขึ้น การกินอาหารไหม้เกรียมเพียงเล็กน้อยไม่ได้กินบ่อยไม่ทำให้เสี่ยงเป็นมะเร็ง และการรับประทานปลาน้ำจืดสุกๆ ดิบๆ แล้วกินยาฆ่าพยาธิในภายหลังสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

ความเชื่อ ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็ง	จำนวนและร้อยละของระดับความคิดเห็น					
	เห็นด้วย (%)	ไม่แน่ใจ (%)	ไม่เห็นด้วย (%)	ค่าเฉลี่ย \bar{X}	S.D.	ระดับ
1. มะเร็งเป็นโรคที่ร้ายแรงมากถ้าเป็นแล้วทำให้เสียชีวิตทุกราย	24 (45.28)	7 (13.21)	22 (41.51)	1.96	0.94	ปานกลาง
2. การเป็นมะเร็งเป็นเรื่องของโชคชะตาไม่ว่าจะดูแลตัวเองดีอย่างไรก็ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเป็นโรคมะเร็งได้	13 (24.07)	10 (18.52)	31 (57.41)	2.33	0.85	ปานกลาง
3. การตรวจสุขภาพประจำปีทำให้ผู้รับบริการมีความมั่นใจ สบายใจว่าไม่มีความผิดปกติของร่างกายลดความวิตกกังวลได้	51 (96.23)	2 (3.77)	0 (0)	2.96	0.19	สูง
4. เมื่อเจ้าหน้าที่นัดให้ไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็งควรไปทุกครั้งถึงแม้ว่าร่างกายแข็งแรงดี	51 (98.08)	0 (0)	1 (1.92)	2.96	0.28	สูง
5. การไปตรวจหามะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูกเป็นเรื่องน่าอาย	6 (11.11)	2 (3.70)	46 (85.19)	2.74	0.65	สูง
6. ถ้าฉีดวัคซีนเอชพีวีแล้วไม่จำเป็นต้องตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอีก	11 (20.75)	5 (9.43)	37 (69.81)	2.49	0.82	สูง
7. ท่านไม่ไปตรวจคัดกรองโรคมะเร็ง เพราะกลัวจะรู้ว่า เป็นโรคมะเร็ง	11 (21.15)	1 (1.92)	40 (76.92)	2.56	0.83	สูง
8. คนที่เป็นมะเร็งไม่ควรกินน้ำตาล เพราะจะทำให้ มะเร็งเจริญเติบโตดีขึ้น	10 (18.87)	23 (43.40)	20 (37.74)	2.19	0.74	ปานกลาง
9. การกินอาหารไหม้เกรียมเพียงเล็กน้อย ไม่ได้กินบ่อย ไม่ทำให้เสี่ยงเป็นมะเร็ง	21 (42.00)	12 (24.00)	17 (37.00)	1.92	0.88	ปานกลาง
10. การรับประทานปลาน้ำจืดสุกๆ ดิบๆ แล้วกินยาฆ่าพยาธิ ในภายหลังสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้	20 (40.82)	4 (8.16)	25 (51.02)	2.10	0.96	ปานกลาง
รวม				2.42	0.39	สูง

ข้อมูลด้านพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกัน และพฤติกรรมการคัดกรองโรคมะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.54 เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว ร้อยละ 9.62 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 59.62 ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เฉพาะโอกาสพิเศษ ร้อยละ 30.77 ด้านพฤติกรรมการบริโภคกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ รับประทานอาหารปิ้งย่าง รมควัน และรับประทานเนื้อแปรรูป เฉลี่ยเดือนละครั้ง ร้อยละ 44.23 และ 39.22 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างรับประทานผักผลไม้ และอาหารที่มีกากใยในทุกมื้ออาหารเป็นประจำ ร้อยละ 43.40 และรับประทานเป็นบางครั้ง ร้อยละ 54.72 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่รับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ ร้อยละ 56.60 ก่อนปรุงอาหารที่มีส่วนประกอบของอาหารแห้ง เช่น พริกแห้ง หอม กระเทียม จะแยกส่วนที่เป็นเชื้อราออกและล้างทำความสะอาดวัตถุดิบก่อนนำมาปรุงอาหาร ร้อยละ 73.08 เมื่ออยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นพิษ กลุ่มตัวอย่างมีการสวมหน้ากากหรือชุดคลุม เพื่อป้องกันการสูดหายใจรับสารก่อมะเร็งเข้าสู่ร่างกายเป็นประจำ (ร้อยละ 74.50) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ออกกำลังกาย หรือเคลื่อนไหวร่างกายจนรู้สึเหนื่อย มีเหงื่อออก เฉลี่ยสัปดาห์ละ 3-4 วัน (ร้อยละ 45.28)

ข้อมูลประวัติการคัดกรองโรคมะเร็งพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างเพศหญิงร้อยละ 91.30 เคยตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 60.47 เคยตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 88.10 เคยตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และร้อยละ 54.72 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง และจากแบบสอบถามพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 ทราบว่ามะเร็งเต้านม และมะเร็งปากมดลูกสามารถคัดกรองได้ และร้อยละ 86.79 ทราบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงสามารถคัดกรองได้

อภิปรายผล

จากการประเมินความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งของ อสม. ในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสลกบาตร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคมะเร็งในระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 16.28 คะแนน จากคะแนนเต็ม

20 คะแนน (ตารางที่ 1) มีคะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็ง เฉลี่ย 2.42 คะแนน จัดว่ามีคะแนนความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งระดับสูง (ตารางที่ 2) ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งในระดับที่ดี จะนำมาสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการป้องกัน และพฤติกรรมการคัดกรองโรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ (ร้อยละ 86.54) หรือเคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันเลิกแล้ว (ร้อยละ 9.62) มีเพียงร้อยละ 3.85 ที่ปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 59.62) บางคนดื่มเฉพาะโอกาสพิเศษ (ร้อยละ 30.77) ซึ่งการลด ละ เลิก บุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นหนึ่งในข้อแนะนำ 3 อ. 2 ส. ของกรมอนามัย อสม. อาจได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือได้รับการอบรมในเรื่องการปรับพฤติกรรม ทำให้มีการรับรู้ความเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคร้ายซึ่งเกิดความกลัวที่จะเป็นโรคร้ายที่ไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น รับประทานอาหารปิ้งย่าง รมควัน รับประทานเนื้อสัตว์แปรรูป และรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ และมีพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็ง เช่น แยกส่วนที่เป็นเชื้อราและล้างทำความสะอาดอาหารแห้งก่อนนำมาปรุงอาหาร สวมหน้ากากหรือชุดคลุมขณะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นพิษ ซึ่งจากข้อมูลผลการประเมินความรู้ ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้ความเชื่อ และทัศนคติอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประนอม กาญจนวิชัย (2564) ที่พบว่า อสม. มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ถึงประโยชน์ และการรับรู้ต่ออุปสรรคในการปฏิบัติตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างบางส่วน มีความเข้าใจคลาดเคลื่อนส่งผลให้มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เช่น การกินอาหารไหม้เกรียมเพียงเล็กน้อย ไม่ได้กินบ่อย ไม่ทำให้เสี่ยงเป็นมะเร็ง (ร้อยละ 42.00) การรับประทานปลาน้ำจืดสุกๆ ดิบๆ แล้วกินยาฆ่าพยาธิ ในภายหลังสามารถช่วยป้องกันการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ (ร้อยละ 40.82) และกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีพฤติกรรม

รับประทานอาหารปิ้งย่าง ร่มควัน รับประทานเนื้อแปรรูป และรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ มากกว่า 1 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 9.62, 17.65 และ 13.21 ตามลำดับ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านความจำ อีกทั้งกระบวนการเกิดโรคมะเร็งมีหลายขั้นตอนและซับซ้อน เกิดจากหลายปัจจัยทั้งปัจจัยทางพันธุกรรมและพฤติกรรมเสี่ยง (วิทวัส จันทน์คราญ, 2562) จึงทำให้การถ่ายทอดข้อมูลไปยังผู้ฟังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร นอกจากนี้การศึกษาระดับความรู้และความต้องการข้อมูลเรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ และไส้ตรงของประชาชนของศุภิสรา สุวรรณชาติ และจิรารัตน์ นิมกระโทก (2565) ยังพบว่าประชาชนที่เข้าร่วมโครงการคุ้นเคยกับข้อมูลที่ว่าเนื้อแดงเป็นแหล่งโปรตีนที่มีคุณค่าทางโภชนาการควรรับประทาน แต่จากผลงานวิจัยที่ผ่านมาทำให้องค์กรวิจัยมะเร็งรณรงค์นานาชาติได้สรุปว่าแม้การรับประทานเนื้อแดงในปริมาณมากอาจเสี่ยงต่อมะเร็งลำไส้ใหญ่ แต่ไม่ควรงดรับประทานเพราะเนื้อแดงมีคุณค่าทางโภชนาการแต่ควรรับประทานในปริมาณที่เหมาะสมคือไม่เกิน 500 กรัม/สัปดาห์ ดังนั้นอาจต้องให้มีการบรรยายจากวิทยากรเพื่อให้มีความรู้ในประเด็นที่เป็นเรื่องเข้าใจยาก และมีสื่อเพื่อใช้บทวนย้อนหลังเพื่อป้องกันการลืม

ด้านพฤติกรรมกรรมการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งพบว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิงเคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 88.10 ผู้ที่ไม่เข้ารับการตรวจส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า คิดว่าสุขภาพแข็งแรงดี ร้อยละ 50.00 ไม่มีเวลา และกลัว ร้อยละ 11.11 สำหรับพฤติกรรมการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง ร้อยละ 91.30 และเคยตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมโดยเจ้าหน้าที่ ร้อยละ 60.47 สาเหตุของการไม่ตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมเนื่องจาก คิดว่าสุขภาพแข็งแรงดี ร้อยละ 62.96 ขาดความรู้ ร้อยละ 22.22 เมื่อพิจารณาความถี่ในการตรวจเต้านมด้วยตนเองพบผู้ที่ตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอทุกเดือนเพียงร้อยละ 19.05 จากรายงานการวิจัยของบังอร สุภาเกตุ และจงมณี สุริยะ (ม.ป.ป.) พบว่าสาเหตุที่กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่สม่ำเสมอ คือ ลืมตรวจ ไม่แน่ใจจะทำได้ถูก และไม่มีเวลา ส่วนการศึกษาของ ญัฐธยาน์ ชาบัวคำ และคณะ (2561)

ชี้ให้เห็นว่า แม้จะมีการรณรงค์จากสื่อต่างๆ ให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นประจำอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง แต่ยังคงพบว่าสตรีส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองน้อย ดังนั้น จึงมีข้อเสนอแนะให้มีการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และวิธีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อกระตุ้นเตือนให้สตรีเข้าใจและมีความตระหนักในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้อง มีการประชาสัมพันธ์และรณรงค์การตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น

จากข้อมูลการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงพบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง ร้อยละ 54.72 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยตรวจคัดกรองส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า ขาดความรู้ คิดว่าสุขภาพแข็งแรง อายุไม่อยู่ในเกณฑ์ และไม่มีเงินค่าเดินทาง ร้อยละ 39.47, 31.58, 7.89 และ 7.89 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 68.52 ไม่ทราบช่วงอายุที่ควรตรวจคัดกรอง ทั้งนี้ การที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และมีประวัติการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงน้อยกว่าการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านม อาจเป็นผลจากมีการให้ความรู้ และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมมาเป็นเวลานานมากกว่า 10 ปี ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และมะเร็งเต้านมมากกว่า แต่การคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรง เริ่มมีการผลักดันเป็นนโยบายระดับประเทศเมื่อปี 2560 อีกทั้งประชากรกลุ่มเป้าหมายของการคัดกรองนี้คือประชาชนที่มีอายุ 50 – 70 ปี จึงมีข้อจำกัดในด้านความจำ และการใช้เทคโนโลยี อย่างไรก็ตามหากมีการส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ วิธีการตรวจคัดกรองโรค และความรู้ใหม่ๆ มากขึ้น อาจส่งผลให้ประชากรกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงมากขึ้น (คณยศ ชัยอาจ และคณะ, 2561)

สรุปผล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 16.28, SD = 3.28$) มีคะแนนความเชื่อ

และทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 2.42$, $SD = 0.39$) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกัน หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง และเคยเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคมะเร็งผลจากการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานทำให้ทราบความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรมการป้องกันโรคมะเร็งของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งอาจนำมาใช้ในการพิจารณาวางแผนงานด้านการส่งเสริมความรู้ และเพิ่มความตระหนักถึงประโยชน์ของการป้องกันและคัดกรองโรคมะเร็งให้กับ อสม. และประชาชนในพื้นที่ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเน้นส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ วิธีการป้องกัน และการตรวจคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่และไส้ตรงเพิ่มขึ้น และอาจมีการผลิตสื่อที่สามารถอธิบายให้ประชาชนเข้าใจง่าย และสามารถทบทวนย้อนหลังได้เนื่องจากบางประเด็น เช่น การบริโภคเนื้อแดง เนื้อแปรรูป และสารก่อมะเร็งจากอาหารปิ้งย่างไหม้เกรียม เป็นเรื่องที่น่าสนใจ และอาจเป็นเรื่องใหม่สำหรับ อสม. และประชาชน
2. ควรมีการกระตุ้นเตือนให้สตรีเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และอาจมีการจัดอบรมทบทวนวิธีการตรวจเต้านมที่ถูกต้อง เพื่อให้ประชาชนมีความมั่นใจ และใส่ใจตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ
3. ด้านการวิจัยควรประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันมะเร็งของประชาชนเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยกา และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสลกบาตร ที่ให้ความอนุเคราะห์สถานที่ ประสานและให้ความช่วยเหลือจนโครงการดำเนินไปด้วยความเรียบร้อย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- Aekhakul, Tarawut. (2000). *Research methodology in behavioural sciences and social sciences*. Ubon Ratchathani: Ubon Ratchathani University. (in Thai)
- Auttama, Nisarath. & Seangpraw, Katekaew. (2019). Factors Predictor Health Literacy among Older Adults with Risk Hypertension Disease, Phayao Province. *Journal of Health Education*. 42(2): 75-85.(in Thai)
- Chabuakam, Natthaya., PISAIPANTH, Suparat. & Harasam, Pawinee. (2018). Knowledge of KILLS and Breast Self-Examination Behavior Among Woman of Municipal Area in Ubon Ratchathani. *Journal of Nursing and Health Care*. 36(3): 166-176. (in Thai)
- Chaiarch, Kanayod., Jirapornku, Jirapornku. & Maneenin, Naowarat. (2018). Knowledge of Colorectal Cancer of Risk population at Namphong District, Khon Kaen Province. *KKU Journal for Public Health Research*. 10(3): 37-44. (in Thai)
- Chantkran, Wittawat. (2019). The basic concepts of carcinogenesis. *Asian Archives of Pathology*. 1(1): 29-39. (in Thai)
- Kanjanawanit, Pranom. (2021). The Factors Affecting to Self-Care Behaviors for Non-Communicable Diseases (NCDs) Prevention of Village Health Volunteer (VHVs), Suphan Buri Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*. 36(2): 20-33. (in Thai)
- Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, Health Data Center. (2022). *Public Health Personnel*. Retrieved May 25, 2023, from https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=c11dad88f80061c70cd1ae96b500d017.(in Thai)

- Office of the Permanent Secretary Ministry of Public Health, Strategy and Planning Division. (2002). *Public Health Statistics*. Retrieved May 25, 2023, from https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf. (in Thai)
- Sanguankittipun, Tep. (n.d.). *Belief*. Retrieved May 25, 2023, from https://www.stou.ac.th/offices/rdec/udon/upload/socities9_10.html#a1. (in Thai)
- Santiwong, Thongchai. (1997). *Consumer behavior in marketing* (9th ed). Bangkok: Thai Watana Panich Press. (in Thai)
- Supaket, Bang On. & Suriya, Jongmanee. (n.d.). The Evaluation of Breast Self-examination Behavior Among Thai Female Under the Project Royal Grandmother's Initiative Against Breast Cancer. Suwannachat, Supisara. & Nimkratoke, Tidarat. (2022). The Level of Knowledge about Colorectal Cancer and the Information Needs of the Thai People. *Journal of Health and Nursing Education*. 28(1): e257077. Retrieved May 25, 2023, from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/257077/175921>.(in Thai)
- American Institute for Cancer Research. (2022). Cancer Prevention. Retrieved May 25, 2023, from <https://www.aicr.org/resources/media-library/around-40-of-cancers-can-be-prevented/>



การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะของหลักสูตรผู้บริหาร

การสาธารณสุข

THE DEVELOPMENT OF COMPETENCY EVALUATION FORM FOR PUBLIC HEALTH EXECUTIVES PROGRAM

ไพบรมา ไวทยาชีวะ, สุดคนึง ฤทธิ์ฤทัย, พงษ์สุวรรณ ศรีสุวรรณ, ประไพ กนิษฐायาน, สาวิตรี แก้วผุดผ่อง
วิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข

Praima Waithayaceeva, Sudkanueng Ritruetchai, Group Capitan Pongsuwan Srisuwan, Prapai Kanitthayon, Sawitree Kaewphutpong
College of Public Health Administration

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้าง ทดลองใช้ ปรับปรุงแก้ไขและตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะผู้สำเร็จการศึกษาระดับต้น และระดับกลาง ของกระทรวงสาธารณสุข ใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยและพัฒนา (Research and development : R & D) 2 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ร่างและพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหาร โดยการกำหนดส่วนประกอบของแบบประเมิน กำหนดวิธีการวัดด้วยการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ ทักษะ และคุณลักษณะของตนเองในแต่ละสมรรถนะ โดยใช้กรอบการประเมินจากสมรรถนะผู้บริหารของหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้นและระดับกลาง พ.ศ. 2565 เป็นกรอบพิจารณา ระยะที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพร่างแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหาร ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา I-CVI, S-CVI และสถิติเชิงร้อยละ และนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากคณะกรรมการพัฒนาหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้นและระดับกลางของวิทยาลัยนักรบริหารสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาหลักสูตร ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของกระทรวงสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จำนวน 7 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบการประเมิน ผลการวิจัยพบว่า แบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารใช้การประเมินตนเองด้วยมาตรวัด 5 ระดับ สมรรถนะผู้บริหารของหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้นและระดับกลาง ประกอบด้วย 28 และ 33 สมรรถนะตามลำดับ แบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารมี I-CVI และ S-CVI ผ่านเกณฑ์คุณภาพ สมรรถนะส่วนใหญ่มีความเป็นไปได้ในการวัดอยู่ในระดับสูง มีเพียง 6 สมรรถนะที่มีความเป็นไปได้ในการวัดในระดับต่ำ ได้แก่ กรอบความคิดแบบสากล กรอบความคิดแบบเติบโต กรอบความคิดแบบมุ่งเน้นส่วนรวม การวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมภายนอกเพื่อวางแผนยุทธศาสตร์ การวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมภายในเพื่อวางแผนยุทธศาสตร์ และการออกแบบประสบการณ์ผู้ใช้งาน โดยสมรรถนะเหล่านี้ควรได้รับการอธิบายนิยามให้ผู้ประเมินมีความเข้าใจอย่างชัดเจนก่อนการประเมิน

คำสำคัญ : การพัฒนาแบบประเมิน สมรรถนะผู้บริหาร หลักสูตรนักรบริหารสาธารณสุข

Abstract

This research and development aims to create, experiment, improve, revise and inspect the quality of the competency assessment form for graduates of the Ministry of Public Health's First-Line and Middle Level training program. Research and development method is used and it divided into 2 phases as follows: Phase 1 Draft and develop an executive competency assessment form by determining the components of the assessment form Determine how to measure yourself by self-assessing your knowledge, skills, and characteristics for each competency. Using the assessment framework from the executive competencies of the Ministry of Public Health's First-Line and Middle Level training program, B.E. 2565 as a consideration frame. Phase 2 Check the quality of the draft executive competency assessment form with content analysis I-CVI, S-CVI and percentage statistics. And applied to the sample by selecting a purposive sample from 7 of the College of Health Administration's Board of Health Administrators Program Development for First-Line and Middle Levels, course development expert, the Ministry of Public Health's human resource development expert, and representatives of Boromrajonani College of Nursing and Sirindhorn College of Public Health. Data were analyzed by means. And standard deviation to verify the suitability and feasibility of the assessment model. The results showed that the executive competency evaluation form was based on a 5-level self-evaluation scale, the executive competency of the Public Health Executive Program at the first-line and middle level consisted of 28 and 33 competencies, respectively, the executive competency evaluation form had I-CVI and S-CVI passing the quality criteria, most of the competencies had a high measurement feasibility, 6 competencies had a low measurement feasibility including universal mindset, growth mindset, outward mindset, external and internal environment analysis for strategic planning, and user experience design. These competencies should be clearly defined to the evaluator prior to make the evaluation.

Keywords : Evaluation Form Development, Executive Competency, Public Health Executive Course

บทนำ

โลกศตวรรษที่ 21 เป็นยุคที่ต้องเผชิญกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วทั้งด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม พลวัตรวดเร็วของเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร หรือเทคโนโลยีดิจิทัล (อิติทพลเทียมนันท์, 2565) ส่งผลให้โลกปัจจุบันอยู่ในสภาวะของความผันผวน (Volatility) ความไม่แน่นอน (Uncertainty) ความสลับซับซ้อน (Complexity) และความคลุมเครือ (Ambiguity) เรียกว่า VUCA World (ศศิมา สุขสว่าง, 2560) ดังนั้น ผู้บริหารในฐานะผู้นำองค์กรไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายจำเป็นต้องมีสมรรถนะที่เหมาะสมกับสภาวะดังกล่าว ทั้งทางด้านการบริหารและด้านอื่น ๆ ประกอบกัน

วิทยาลัยนบริหารสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เห็นความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขเพื่อสร้างความพร้อมต่อการบริหารองค์กรในสภาวะ VUCA World ดังกล่าว จึงได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไขหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้นและระดับกลาง พ.ศ. 2565 เพื่อให้มีความทันสมัยและตอบสนองต่อการพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข ทั้งระดับต้นและระดับกลาง ซึ่งเป็นเป้าหมายของการพัฒนาผู้บริหารการสาธารณสุขตามหลักสูตร ประกอบด้วย 28 สมรรถนะ และ 33 สมรรถนะ ตามลำดับ (สุดคณิง ฤทธิ์ฤทัย และพงษ์สุวรรณ ศรีสุวรรณ, 2565) โดยสมรรถนะดังกล่าวประกอบด้วยสมรรถนะทางการบริหาร (Managerial Competency) และสมรรถนะสำคัญของผู้บริหารยุคดิจิทัล (Digital Competency)

จากความสำคัญดังกล่าว คณะวิจัยจึงได้พัฒนาเครื่องมือประเมินผลสัมฤทธิ์ของการพัฒนาสมรรถนะของผู้เข้ารับการฝึกอบรม เพื่อทดลองใช้และเก็บข้อมูล โดยใช้แบบประเมินสมรรถนะของผู้บริหารเพื่อใช้ใน การจัดการฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหารทั้งสองระดับดังกล่าว

อย่างไรก็ตามคุณภาพของแบบประเมินสมรรถนะที่พัฒนาถือว่ามีความสำคัญเนื่องจากสามารถทำให้ผลการประเมินมีความถูกต้องและเหมาะสมคือ วัดได้ตรงและสามารถนำไปใช้ได้จริง จึงได้รับการตรวจสอบคุณภาพโดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และการตรวจสอบ

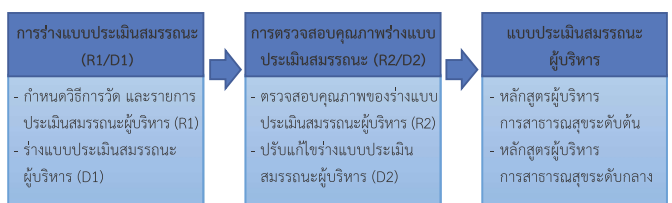
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Usability Feasibility) แบบประเมินสมรรถนะที่พัฒนาขึ้นนี้ นอกจากจะมีประโยชน์ต่อวิทยาลัย นกบริหารสาธารณสุขในการประเมินผลสัมฤทธิ์ การพัฒนาสมรรถนะของผู้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหาร การสาธารณสุขระดับต้นและระดับกลาง พ.ศ. 2565 แล้วหน่วยงานหรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลากรยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งในด้านกระบวนการพัฒนาแบบประเมินและเนื้อหาสมรรถนะของผู้บริหาร

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างแบบประเมินสมรรถนะผู้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้นและระดับกลาง
2. เพื่อทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินสมรรถนะผู้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้นและระดับกลาง
3. เพื่อตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะผู้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหาร การสาธารณสุขระดับต้นและระดับกลาง

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดการวิจัยในการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหาร การสาธารณสุข ดังแสดงในภาพที่ 1 เป็นการกำหนดกรอบแนวคิดให้สอดคล้องกับระเบียบวิธีการวิจัยและพัฒนา (R&D) ประกอบด้วย การวิจัย และพัฒนา 2 ระยะ ระยะที่ 1 การร่างแบบประเมินสมรรถนะ (R1D1) เป็นการวิจัย (R1) เพื่อร่างแบบประเมินสมรรถนะ (D1) ระยะที่ 2 การตรวจสอบคุณภาพร่างแบบประเมินสมรรถนะ เป็นการวิจัย (R2) เพื่อตรวจสอบคุณภาพของร่างแบบประเมินสมรรถนะและการปรับแก้ไข (D2)



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่ได้รับ

วิทยาลัยนักระบริหารสาธารณสุขและหน่วยงานรับผิดชอบ หลักสูตรพัฒนาผู้บริหารสามารถนำแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารนี้ไปปรับใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์การฝึกอบรมหลักสูตรผู้บริหารต่าง ๆ ได้

วิธีการศึกษา

ระยะที่ 1 การร่างและพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหาร (R1D1)

แบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารที่พัฒนาขึ้นนี้ เป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และคุณลักษณะที่มีในแต่ละสมรรถนะหลังการฝึกอบรมเปรียบเทียบกับก่อนการฝึกอบรม พฤติกรรมของสมรรถนะจำนวนมากไม่สามารถกำหนดเป็นตัวเลขได้โดยตรง จึงต้องใช้มาตรวัดเป็นมาตรฐานค่า (Rating scale) ซึ่งสร้างได้หลายแบบ โดยแบบประเมินที่ใช้วัดความถี่หรือปริมาณกำหนดระดับตามมาตรวัดของ Likert เป็นแบบที่นิยมกันแพร่หลาย (ศิริพร สังกรแก้ว, 2564) จุดแข็งของเครื่องมือการประเมินสมรรถนะด้วยตนเองประการหนึ่งคือ เป็นวิธีการที่ง่าย สะดวก รวดเร็ว สามารถทราบผลได้ทันที ช่วยให้บุคคลรู้ล่วงหน้าว่าตนเองมีข้อบกพร่องที่ต้องแก้ไขหรือปรับปรุงอย่างไร ทำให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะในเชิงรุก (ภิญญาพัชญ์ เรืองแย้ม, ภาวิตา มณีรัมย์ และสมภาพ ทองปลิว, 2558)

การกำหนดส่วนประกอบของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารเป็นการกำหนดวิธีการวัดและรายการประเมิน โดยกำหนดวิธีการวัดด้วยการประเมินตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และคุณลักษณะ ของตนเองในแต่ละสมรรถนะ ทั้งนี้ในการกำหนดรายการประเมินใช้สมรรถนะผู้บริหารของหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น และระดับกลาง พ.ศ. 2565 เป็นกรอบพิจารณา กำหนดนิยามของแต่ละสมรรถนะ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงทั้งสิ้น จำนวน 7 คน เป็นกรรมการพัฒนาหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้นและระดับกลางของวิทยาลัยนักระบริหารสาธารณสุข จำนวน 6 คน ได้แก่ ผู้บริหารวิทยาลัยนักระบริหารสาธารณสุข 1 คน และนักทรัพยากรบุคคลชำนาญการพิเศษ 5 คน และผู้เชี่ยวชาญด้าน

การพัฒนาหลักสูตร จำนวน 1 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาหลักสูตร เป็นผู้สัมภาษณ์ และกรรมการพัฒนาหลักสูตรเป็นผู้ให้สัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ระยะที่ 2 ตรวจสอบคุณภาพร่างแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหาร (R2D2)

หลังทดลองใช้ นำข้อมูลจากการประเมินผลการใช้กรอบการประเมินสมรรถนะผู้บริหารของหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้นและระดับกลาง นำผลที่ได้จากรยะที่ 1 มาปรับปรุงแก้ไขรายละเอียดของกรอบการประเมินสมรรถนะ และศึกษาเงื่อนไขในการพัฒนาซึ่งใช้การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเป็นการ หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อ (Content Validity Index for Items: I-CVI) และ ดรรชนีความตรงเชิงเนื้อหารายฉบับ (Content Validity Index for Scale: S-CVI) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 5 คน จากผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 5 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารด้านความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้มาตรประมาณค่าการแสดงความคิดเห็นเป็นช่วง 1-4 ของ (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010) โดย 1 คะแนนหมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยาม 2 คะแนน หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามเล็กน้อย ควรปรับปรุงอย่างมาก 3 คะแนน หมายถึง ข้อคำถามค่อนข้างสอดคล้องกับนิยามควรปรับปรุงเล็กน้อย และ 4 คะแนน หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สูตร $I-CVI = \frac{\text{จำนวนผู้ให้ข้อมูลที่ให้คะแนน 3 หรือ 4 ในข้อคำถามหารด้วยจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด}}{\text{จำนวนข้อคำถาม}}$ และ $S-CVI = \frac{\sum I-CVI}{\text{จำนวนข้อคำถาม}}$ (Polit & Beck, 2017) และกำหนดเกณฑ์คุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาโดย I-CVI มีค่าตั้งแต่ 0.78 และ S-CVI มีค่าตั้งแต่ 0.90 (Polit & Beck, 2014)

การตรวจสอบความเป็นไปได้ในการนำแบบประเมินไปใช้เป็นการวัดสมรรถนะตามนิยามที่กำหนด โดยวัดจากความง่าย ความเหมาะสม และความคุ้มค่าในการวัด ได้แก่ ความง่ายของการวัด ความง่ายของการให้คะแนน ความง่ายของการแปลผล ความเหมาะสมของเวลาที่ใช้วัด และความคุ้มค่าของการวัด (Gronlund, 1985) เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง



จำนวน 10 คน จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีและวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จำนวน 10 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงร้อยละของจำนวนผู้ให้ข้อมูลที่แสดงความคิดเห็นในแต่ละด้าน โดยกำหนดเกณฑ์การประเมินเป็น 5 ระดับคือ ระดับสูงมาก (ร้อยละ 90 ขึ้นไป) ระดับสูง (ร้อยละ 80-89.99) ระดับปานกลาง (ร้อยละ 70-79.99) ระดับต่ำ (ร้อยละ 60-69.99) และระดับต่ำมาก (ร้อยละ 60 ลงมา)

มณีนรีศมี พัฒนสมบัติสุข (2564) กล่าวว่า “การประเมินคุณภาพด้านความตรงของแบบประเมินเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งเพื่อให้การประเมินมีความถูกต้อง ไม่ว่าผู้วิจัยจะพัฒนาแบบประเมินด้วยตนเอง นำแบบประเมินของผู้อื่นมาใช้ ดัดแปลงหรือปรับปรุงข้อคำถามจากแบบประเมินของผู้อื่น และนำมาใช้ ควรตรวจสอบความตรงของแบบประเมินก่อนนำไปใช้ทุกครั้ง และเมื่อนำแบบประเมินไปใช้ในในกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน สถานที่ สถานการณ์หรือบริบทที่ต่างกัน ควรตรวจสอบความตรงของแบบประเมินก่อนนำไปใช้เช่นกัน” การวิจัยนี้ใช้การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่า CVI เพราะมีข้อดีคือสามารถวัดได้ทั้งความตรงเชิงเนื้อหา รายข้อและรายฉบับ การตรวจสอบคุณภาพแบบประเมิน

ด้านความตรงเชิงเนื้อหาทำได้ 3 วิธี ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรมโดยผู้วิจัย การสอบถามจากกลุ่มประชากรเป้าหมาย และการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ (Gray, Grove & Sutherland, 2017) งานวิจัยที่วัดคุณภาพแบบประเมินด้วยการวัดดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา ได้แก่ การพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะพยาบาลพี่เลี้ยง (วิไลลักษณ์ เนตรประเสริฐกุล และปาริชาติ จันทร์สุนทรภาพร, 2564) การพัฒนาแบบวัดสมรรถนะการบริหารงานของผู้บริหารสถานศึกษา (ชยุต พิพัฒฐาตร, สุรีพร อนุศาสนันท์ และไพรัตน์ วงษ์นาม, 2560)

ผลการศึกษา

1. ผลการกำหนดส่วนประกอบของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหาร

วิธีการวัดสมรรถนะของแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารเป็นการวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ก่อนและหลังการฝึกอบรม ใช้มาตราวัด 5 ระดับ โดยระดับมากที่สุดได้ 5 คะแนน และระดับน้อยที่สุดได้ 1 คะแนน รายการประเมินประกอบด้วยสมรรถนะและนิยามของสมรรถนะผู้บริหารของหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น จำนวน 28 สมรรถนะ และระดับกลางจำนวน 33 สมรรถนะ ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สมรรถนะผู้บริหารหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น

สมรรถนะผู้บริหาร / นิยาม	ผลการวิเคราะห์
1. กรอบความคิดแบบเติบโต / เชื่อชอบและให้ความสำคัญกับความคิดแบบยืดหยุ่น แบบเติบโตพัฒนาเชื่อในศักยภาพของคนและเชื่อในความสามารถของตนที่จะเปลี่ยนแปลง	✓
2. กรอบความคิดแบบมุ่งเน้นส่วนรวม / เห็นคุณค่าและให้ความสำคัญกับผู้อื่น ยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรมในการทำงาน และยึดผู้รับบริการเป็นสำคัญในการให้บริการ	✓
3. กรอบความคิดแบบสากล / เปิดรับและตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงของโลกและความหลากหลายในมิติต่าง ๆ ที่มีต่อการทำงาน และให้ความสำคัญกับการทำงานบนหลักและแนวปฏิบัติที่เป็นสากล	✓
4. การใฝ่รู้ใฝ่เรียน / ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานของตนเอง	✓
5. บุคลิกภาพ / มีความรู้ ทักษะและให้ความสำคัญกับการปรับบุคลิกภาพทางกาย ทางอารมณ์และจิตวิทยาทางบวก	✓
6. ความฉลาดทางอารมณ์ / มีความรู้ ทักษะ ให้ความสำคัญกับการควบคุมอารมณ์และแสดงออกที่เหมาะสม การรับรู้อารมณ์และความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น	✓
7. การคิดเชิงระบบและสร้างสรรค์ / มีความรู้ ทักษะและให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาที่มีความซับซ้อนด้วยความคิดเชิงระบบและการคิดค้นหาแนวทางใหม่สำหรับการแก้ปัญหา	✓

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สมรรถนะผู้บริหารหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น (ต่อ)

สมรรถนะผู้บริหาร / นิยาม	ผลการวิเคราะห์
8. การคิดวิเคราะห์และวิพากษ์ / มีความรู้ ทักษะ และให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ปัญหาอย่างเป็นระบบ การใช้ข้อมูลที่มีอยู่ในการแก้ไขปัญหา การตั้งคำถามเพื่อตรวจสอบสมมติฐาน การวิเคราะห์ปัญหา และการตัดสินใจและประเมินผลกระทบของปัญหา	✓
9. การยึดมั่นในมาตรฐานจรรยาบรรณและความเป็นมืออาชีพ / ยึดมาตรฐานจรรยาบรรณและความเป็นมืออาชีพ ในการบริหารงานเพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีทางจรรยาบรรณและความเป็นมืออาชีพ ได้แก่ ความรับผิดชอบ ต่อบทบาทหน้าที่ของตนเอง การคำนึงถึงประโยชน์ส่วนรวม การทำงานด้วยความเป็นธรรมและไม่เลือกปฏิบัติ และการนำหลักพุทธธรรมมาใช้ในการบริหารงาน	✓
10. การประยุกต์ใช้ศาสตร์พระราชานในการพัฒนาตนเอง งาน และองค์กร/มีความรู้ ทักษะ และความตั้งใจ ในการนำหลักการทรงงานสืบสานตามรอยพระยุคลบาท ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง และแนวทาง ในการปฏิบัติตนด้านคุณธรรมจรรยาบรรณเพื่อประยุกต์ใช้ในการพัฒนาตนเอง งาน และองค์กร	✓
11. การสื่อสาร/มีความรู้และทักษะในการสื่อสารด้วยการเขียนและการพูด โดยใช้การทำความเข้าใจคู่สนทนา การจัดการอารมณ์ตัวเองและคู่สนทนา การฟังอย่างลึกซึ้ง การฟังจับประเด็นทวนสรุปตั้งคำถาม การสรุป ประเด็นเพื่อนำเสนอในระยะเวลาที่จำกัด การสะท้อนทักษะการคิดและการสื่อสาร การสร้างความไว้วางใจ กับคนที่คิดต่าง และการสื่อสารผ่านสื่อและเทคโนโลยี	✓
12. การสร้างการมีส่วนร่วมในองค์กร / มีความรู้และทักษะในการทำงานเป็นทีมและการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคล การสร้างเครือข่าย การมีส่วนร่วม และการจัดการความขัดแย้ง	✓
13. การพัฒนาเครือข่าย / มีความรู้ ทักษะ และความตั้งใจในการสร้าง ส่งเสริม และรักษาการทำงานแบบ บูรณาการและความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ หรือเครือข่าย การแสวงหาโอกาสในการสร้างพันธมิตร เพื่อขับเคลื่อนภารกิจงานที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม และการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน	✓
14. การวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมภายนอกเพื่อวางแผนยุทธศาสตร์ / มีความรู้และทักษะในการวิเคราะห์โอกาส และอุปสรรคเพื่อใช้ในการวางแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานระดับกองหรือเทียบเท่า	✓
15. การวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมภายในเพื่อวางแผนยุทธศาสตร์ / มีความรู้และทักษะในการวิเคราะห์ จุดแข็งและจุดอ่อนเพื่อใช้ในการวางแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานระดับกองหรือเทียบเท่า	✓
16. การวางแผนยุทธศาสตร์/มีความรู้และทักษะในการใช้ผลการวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมทางยุทธศาสตร์ กำหนดวิสัยทัศน์ ประเด็นยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ของหน่วยงานระดับกองหรือเทียบเท่า	✓
17. การนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ / มีความรู้และทักษะในการนำแผนยุทธศาสตร์ระดับกอง หรือเทียบเท่าไปสู่การปฏิบัติ โดยการจัดทำแผนงานและโครงการรองรับกลยุทธ์	✓
18. การควบคุมและประเมินยุทธศาสตร์ / มีความรู้และทักษะในการควบคุมและประเมินแผนงานและ โครงการรองรับกลยุทธ์ของแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานระดับกองหรือเทียบเท่า	✓
19. กรอบความคิดในการทำงานยุคดิจิทัล / มีความรู้ความเข้าใจรูปแบบและทิศทางของเทคโนโลยีดิจิทัล ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ตระหนักถึงความสำคัญของการนำศักยภาพของเทคโนโลยีดิจิทัล มาใช้ในการพัฒนาการทำงาน สนใจใคร่รู้ถึงประโยชน์ของเทคโนโลยีดิจิทัลใหม่ ๆ	✓
20. ทักษะดิจิทัล / มีความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนรูปแบบวิธีการทำงานและการให้บริการด้วยเทคโนโลยี ดิจิทัล การทำงานและตัดสินใจบนฐานข้อมูลได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและปลอดภัยต่อทั้งตนเอง ผู้ที่เกี่ยวข้อง และองค์กร การคาดการณ์สถานการณ์ที่อาจเกิดขึ้นกับองค์กรที่เป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยี ดิจิทัล การกำหนดทิศทาง กลยุทธ์ในการปรับเปลี่ยนเป็นองค์กรดิจิทัล การเป็นแบบอย่างของการทำงาน ในบริบทดิจิทัลและการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และการสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุน ให้เกิดการทำงานที่มีประสิทธิภาพในบริบทดิจิทัล	✓



ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์สมรรถนะผู้บริหารหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น (ต่อ)

สมรรถนะผู้บริหาร / นิยาม	ผลการวิเคราะห์
21. การบริหารแผนงาน / มีความรู้และทักษะในการจัดทำโครงการรองรับแผนงาน การนำโครงการไปสู่การปฏิบัติ และการกำกับติดตามประเมินผลโครงการ	✓
22. การบริหารทรัพยากรบุคคล / มีความรู้และทักษะในการพัฒนาศักยภาพและพัฒนาผลการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชา	✓
23. การบริหารงานมุ่งผลสัมฤทธิ์ / มีความรู้และทักษะในการประเมิน การสร้างตัวชี้วัด การผลักดันแผนงานให้เกิดการปฏิบัติและผลสัมฤทธิ์ การตัดสินใจอย่างทันการณ์เป็นไปตามหลักการและอาศัยข้อมูลที่รอบด้าน การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ การบริหารการปฏิบัติงานของตนเองและผู้อื่นให้เป็นไปตามเป้าหมาย และการส่งมอบผลงานและผลลัพธ์อย่างทันเวลา	✓
24. การบริหารการเปลี่ยนแปลง / มีความรู้ความเข้าใจในการผลักดันให้เกิดนวัตกรรมและการเปลี่ยนแปลงจากความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ให้ทันต่อบริบทความเปลี่ยนแปลงโดยมุ่งประโยชน์ส่วนรวม	✓
25. การบริหารความขัดแย้ง / มีความรู้และทักษะในการกำหนดและป้องกันสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ไม่ให้เกิดการเผชิญหน้า และการจัดการและแก้ไขปัญหาความขัดแย้งและไม่เห็นพ้องด้วยในลักษณะที่สร้างสรรค์และลดผลกระทบที่เกิดขึ้นในทางลบ	✓
26. การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน/มีความรู้และทักษะในการจัดการสภาพแวดล้อม การประเมินความเสี่ยง การกำหนดกิจกรรม การสื่อสารสนเทศ และการติดตามประเมินผลการควบคุมภายใน	✓
27. การบริหารงานการเงินและบัญชีด้วยระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ / มีความรู้และทักษะในการใช้ระบบงาน GFMS (ระบบบริหารงบประมาณ ระบบจัดซื้อจัดจ้าง ระบบการเงินและบัญชี ระบบบัญชีต้นทุน และระบบบริหารบุคคล)	✓
28. การบริหารองค์กรที่มุ่งเน้นนวัตกรรม / มีความรู้และให้ความสำคัญกับการบริหารจัดการองค์กรด้วยการริเริ่มสิ่งใหม่หรือการพัฒนาปรับปรุงวิธีการปฏิบัติ ผลิตภัณฑ์ บริการ โครงสร้างองค์กร และกระบวนการดำเนินงาน	✓

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์สมรรถนะผู้บริหารหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง

สมรรถนะผู้บริหาร/นิยาม	ผลการประเมิน
1. กรอบความคิดแบบเติบโต / เชื่อชอบและให้ความสำคัญกับความคิดแบบยืดหยุ่น แบบเติบโตพัฒนาเชื่อในศักยภาพของคน และเชื่อในความสามารถของคนที่จะเปลี่ยนแปลง	✓
2. กรอบความคิดแบบมุ่งเน้นส่วนรวม / เห็นคุณค่าและให้ความสำคัญกับผู้อื่น ยึดมั่นในคุณธรรมจริยธรรมในการทำงาน และยึดผู้รับบริการเป็นสำคัญในการให้บริการ	✓
3. กรอบความคิดแบบสากล / เปิดรับและตระหนักถึงความสำคัญของการเปลี่ยนแปลงของโลกและความหลากหลายในมิติต่าง ๆ ที่มีต่อการทำงาน และให้ความสำคัญกับการทำงานบนหลักและแนวปฏิบัติที่เป็นสากล	✓
4. การใฝ่รู้ใฝ่เรียน / ให้ความสำคัญกับการเรียนรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติงานของตนเอง	✓
5. บุคลิกภาพ / มีความรู้ ทักษะและให้ความสำคัญกับการปรับบุคลิกภาพทางกาย ทางอารมณ์และจิตวิทยาทางบวก	✓
6. ความฉลาดทางอารมณ์ / มีความรู้ ทักษะ ให้ความสำคัญกับการควบคุมอารมณ์และแสดงออกที่เหมาะสม การรับรู้อารมณ์และความรู้สึกของตนเองและผู้อื่น	✓

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์สมรรถนะผู้บริหารหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง (ต่อ)

สมรรถนะผู้บริหาร/นิยาม	ผลการประเมิน
7. การคิดเชิงระบบและสร้างสรรค์ / มีความรู้ ทักษะและให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาที่มีความซับซ้อน ด้วยความคิดเชิงระบบและการคิดค้นหาแนวทางใหม่สำหรับการแก้ปัญหา	✓
8. การคิดวิเคราะห์และวิพากษ์ / มีทักษะในการวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหาสาธารณสุข หรือปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระดับอำเภอ การวิเคราะห์ปัจจัยทางด้านการบริหารที่ส่งผลกระทบต่อ การจัดการสาเหตุของปัญหา การสรุปผลการเรียนรู้จากการฝึกทักษะการคิดเชิงกลยุทธ์ และการนำเสนอ แผนยุทธศาสตร์โดยใช้สถานการณ์จริง	✓
9. การยึดมั่นในมาตรฐานจริยธรรมและความเป็นมืออาชีพ/ตระหนักในความสำคัญของการบริหาร ด้วยการยึดหลักธรรมาภิบาล และการขัดกันของผลประโยชน์	✓
10. การประยุกต์ใช้ศาสตร์พระราชาในการพัฒนาตนเอง งาน และองค์กร/มีความรู้ ทักษะ และให้ความสำคัญ กับการนำสุนทรียศาสตร์มาประยุกต์ใช้ในการบริหารงาน	✓
11. การสื่อสาร / มีความรู้ ทักษะ และให้ความสำคัญกับหลักการและเทคนิคการสื่อสาร การสื่อสารเพื่อโน้มน้าว การพูดแนะนำตนเองภายในเวลาจำกัด การพูดในที่ชุมชน เทคนิคการตั้งคำถาม การตอบคำถามเพื่อ การพัฒนาเชิงบริหาร	✓
12. การนำเสนอ / มีความรู้ ทักษะ และให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะการนำเสนออย่างมีประสิทธิภาพ และการพัฒนาทักษะการวิพากษ์	✓
13. การสร้างการมีส่วนร่วมในองค์กร/มีความรู้และทักษะการทำงานเป็นทีม การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่าง บุคคล การสร้างเครือข่าย การมีส่วนร่วม และการบริหารความขัดแย้ง	✓
14. การพัฒนาเครือข่าย / มีความรู้ ทักษะ และความตั้งใจในการสร้าง ส่งเสริม และรักษาการทำงานแบบ บูรณาการและความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ หรือเครือข่าย การแสวงหาโอกาสในการสร้างพันธมิตร เพื่อขับเคลื่อนภารกิจงานที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม และการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงาน	✓
15. การวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมภายนอกเพื่อวางแผนยุทธศาสตร์ / มีความรู้เกี่ยวกับยุทธศาสตร์ และนโยบายสำคัญด้านสาธารณสุข และการวิเคราะห์โอกาสและอุปสรรคเพื่อใช้ในการวางแผน ยุทธศาสตร์ของหน่วยงานระดับกรมหรือเทียบเท่า	✓
16. การวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมภายในเพื่อวางแผนยุทธศาสตร์ / มีทักษะในการวิเคราะห์ปัจจัยที่สำคัญ ต่อการบริหารงานสาธารณสุข และผลกระทบของการปฏิรูประบบสุขภาพปฐมภูมิต่อการดำเนินงาน ด้านสุขภาพ	✓
17. การวางแผนยุทธศาสตร์ / มีความรู้และทักษะในการใช้ผลการวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมทางยุทธศาสตร์ ในการกำหนดวิสัยทัศน์ ประเด็นยุทธศาสตร์ และกลยุทธ์ ของหน่วยงานระดับกรมหรือเทียบเท่า	✓
18. การนำยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ / มีความรู้และทักษะในการนำแผนยุทธศาสตร์ระดับกรมหรือ เทียบเท่าไปสู่การปฏิบัติ โดยการจัดทำแผนงานและโครงการรองรับกลยุทธ์	✓
19. การควบคุมและประเมินยุทธศาสตร์ / มีความรู้และทักษะในการควบคุมและประเมินแผนงานและ โครงการรองรับกลยุทธ์ของแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงานระดับกรมหรือเทียบเท่า	✓
20. กรอบความคิดในการทำงานยุคดิจิทัล / มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับดิจิทัลของผู้บริหารสำหรับ ขับเคลื่อนองค์กรดิจิทัลภาครัฐ ความเชื่อมโยงทิศทางนโยบายและยุทธศาสตร์ของประเทศกับ หน่วยงานและแผนการดำเนินงานของหน่วยงานเพื่อการเป็นรัฐบาลดิจิทัล และการจัดการความเสี่ยง ด้านดิจิทัล	✓



ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์สมรรถนะผู้บริหารหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง (ต่อ)

สมรรถนะผู้บริหาร/นิยาม	ผลการประเมิน
21. ทักษะดิจิทัล / มีความรู้ ทักษะ และให้ความสำคัญกับการจัดการฐานข้อมูลและการใช้ประโยชน์ของเทคโนโลยี มีความรู้และให้ความสำคัญกับการเปลี่ยนแปลงและผลกระทบของเทคโนโลยีดิจิทัลต่อสังคม เศรษฐกิจและระบบสุขภาพ นวัตกรรมที่มีประโยชน์กับระบบสุขภาพ การพัฒนาระบบสุขภาพดิจิทัล เกี่ยวกับการพัฒนามาตรฐานชุดข้อมูล คุณภาพและมาตรฐานของหน่วยบริการบนระบบดิจิทัล	✓
22. การออกแบบประสบการณ์ผู้ใช้งาน / มีความรู้และให้ความสำคัญกับการประยุกต์ใช้กระบวนการของการคิดเชิงออกแบบในการบริหารองค์กร ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การทำความเข้าใจปัญหา การกำหนดปัญหาให้ชัดเจน การระดมความคิด การสร้างต้นแบบที่เลือก และการทดสอบต้นแบบ	✓
23. การบริหารทรัพยากรบุคคล / มีความรู้และทักษะในการพัฒนาศักยภาพและพัฒนาผลการปฏิบัติงานของผู้ใต้บังคับบัญชา	✓
24. การบริหารจัดการเวลา / มีความรู้ ทักษะและตระหนักในความสำคัญของการจัดการเพื่อให้เกิดความสมดุลของระหว่างชีวิตการทำงานและชีวิตส่วนตัว	✓
25. การบริหารงานมุ่งผลสัมฤทธิ์ / มีความรู้เกี่ยวกับแนวคิดและกระบวนการบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ มีความรู้ และทักษะในการวัดและประเมินผลการปฏิบัติงาน การกำหนดตัวชี้วัดผลการดำเนินงานหลัก การกำหนดปัจจัยหลักความสำเร็จ และการวิเคราะห์สภาพการดำเนินงานขององค์กรตามเงื่อนไขที่ทำให้การบริหารมุ่งผลสัมฤทธิ์ประสบความสำเร็จ	✓
26. การบริหารการเปลี่ยนแปลง / มีความรู้และตระหนักถึงความสำคัญของภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงและบทบาทหน้าที่ของผู้นำการเปลี่ยนแปลงในยุคศตวรรษที่ 21	✓
27. การบริหารความขัดแย้ง / มีความรู้และทักษะในการกำหนดและป้องกันสถานการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ ไม่ให้เกิดการเผชิญหน้า และการจัดการและแก้ไขปัญหาความขัดแย้งและไม่เห็นพ้องด้วยในลักษณะที่สร้างสรรค์และลดผลกระทบที่เกิดขึ้นในทางลบ	✓
28. การบริหารความเสี่ยงและการควบคุมภายใน / มีความรู้และให้ความสำคัญกับหลักการของการควบคุมภายใน องค์ประกอบของมาตรฐานการควบคุมภายใน มีทักษะในการนำมาตรฐานการควบคุมภายในไปสู่การปฏิบัติ การจัดวางระบบการควบคุมภายใน และการติดตามประเมินผลการควบคุมภายใน	✓
29. การบริหารงานการเงินและบัญชีด้วยระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์/ มีความรู้เกี่ยวกับระบบการบริหารการเงินการคลังภาครัฐด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ (GFMS) บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้บริหารด้านการเงิน หลักการบริหารการเงินการคลังภาครัฐ และหลักเศรษฐศาสตร์เบื้องต้นในงานสาธารณสุข มีทักษะการบริหารการเงินและเป้าหมายในการบริหารการเงินของกระทรวงสาธารณสุขและเขตสุขภาพ	✓
30. การจัดการการขัดกันแห่งผลประโยชน์/มีความรู้และตระหนักในความสำคัญของการขัดกันแห่งผลประโยชน์ต่อการบริหาร มีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายและระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการขัดกันแห่งผลประโยชน์ และมีความรู้และทักษะในการจัดการความขัดแย้งระหว่างผลประโยชน์ส่วนตนและผลประโยชน์ส่วนรวม	✓
31. การประยุกต์ใช้หลักธรรมาภิบาลในการบริหารงาน / มีความรู้และตระหนักในความสำคัญของการประยุกต์ใช้หลักธรรมาภิบาลในการบริหารงานในประเด็นของการใช้อำนาจรัฐและการตรวจสอบการใช้อำนาจ	✓
32. การบริหารองค์กรที่มุ่งเน้นนวัตกรรม / มีความรู้และตระหนักในความสำคัญของการบริหารองค์กร มุ่งเน้นให้เกิดการสร้างนวัตกรรมสำหรับแก้ไขปัญหาอุปสรรค และพัฒนาองค์กร	✓
33. การพัฒนาองค์กร / มีความรู้และให้ความสำคัญกับการใช้แนวคิด วิธีการ และรูปแบบใหม่ ๆ ในการบริหารจัดการองค์กร	✓

2. ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหาร

2.1 ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารของหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้นรอบแรกมีค่า I-CVI ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 0.78 จำนวน 13 สมรรถนะ และ S-CVI เท่ากับ 0.70 ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 0.90 การตรวจสอบคุณภาพ รอบที่สองได้ I-CVI ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 0.78 ทุกสมรรถนะ และ S-CVI ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 0.90

2.2 ผลการตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารของหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลางรอบแรกมีค่า I-CVI ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 0.78 จำนวน 1 สมรรถนะ และ S-CVI เท่ากับ 0.80 ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 0.90 การตรวจสอบคุณภาพรอบที่สองได้ I-CVI ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 0.78 ทุกสมรรถนะ และ S-CVI ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 0.90

อภิปรายผล

1. การสร้างแบบประเมินสมรรถนะผู้เข้ารับการศึกษาอบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้นจำนวน 28 สมรรถนะ และระดับกลาง จำนวน 33 สมรรถนะ ด้วยแบบประเมินตนเองแบบมาตรวัด 5 ระดับ และวิเคราะห์เนื้อหาแบบ I-CVI, S-CVI และสถิติเชิงร้อยละ พบว่า แบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้นมีค่า I-CVI เท่ากับ 0.78 ทุกสมรรถนะ และค่า S-CVI ส่วนใหญ่เท่ากับ 0.90 ผ่านเกณฑ์คุณภาพ มีความเป็นไปได้ในการวัดอยู่ในระดับสูง โดยมีเพียง 6 สมรรถนะที่มีความเป็นไปได้ในการวัดในระดับต่ำ ได้แก่ กรอบความคิดแบบสากล กรอบความคิดแบบเติบโต กรอบความคิดแบบมุ่งเน้นส่วนรวม การวิเคราะห์สถานะแวดล้อมภายนอกเพื่อวางแผนยุทธศาสตร์ การวิเคราะห์สถานะแวดล้อมภายในเพื่อวางแผนยุทธศาสตร์ และการออกแบบประสบการณ์ผู้ใช้งาน โดยสมรรถนะเหล่านี้ควรได้รับการอธิบายนิยามให้ผู้ประเมินมีความเข้าใจอย่างชัดเจนก่อนการประเมิน

ส่วนแบบประเมินสมรรถนะผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลางมีค่า เท่ากับ I-CVI 0.78 ทุกสมรรถนะผ่านเกณฑ์คุณภาพ และค่า S-CVI เท่ากับ 0.90 ผ่านเกณฑ์คุณภาพ ทุกสมรรถนะเช่นกัน

2. การทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินสมรรถนะผู้เข้ารับการศึกษาอบรมหลักสูตรผู้บริหาร การสาธารณสุข

ระดับต้นและระดับกลาง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากคณะกรรมการพัฒนาหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น และระดับกลางของวิทยาลัยนบริหารสาธารณสุขผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาหลักสูตร ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของกระทรวงสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จำนวน 7 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะผู้เข้ารับการศึกษาอบรมหลักสูตรผู้บริหาร การสาธารณสุขระดับต้นและระดับกลาง ด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเป็นการหาค่าตรรกษณ์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index for Items: I-CVI) และตรรกษณ์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index for Scale: S-CVI) โดยใช้มาตรประมาณค่าการแสดงความคิดเห็นเป็นช่วง 1-4 ของ (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010) โดย 1 คะแนนหมายถึง ข้อคำถามไม่สอดคล้องกับนิยาม 2 คะแนน หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยามเล็กน้อย ควรปรับปรุงอย่างมาก 3 คะแนน หมายถึง ข้อคำถามค่อนข้างสอดคล้องกับนิยามควรปรับปรุงเล็กน้อย และ 4 คะแนน หมายถึง ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับนิยาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สูตร $I-CVI = \frac{\text{จำนวนผู้ให้ข้อมูลที่ให้คะแนน 3 หรือ 4 ในข้อคำถามหารด้วยจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด}}$ และ $S-CVI = \frac{\text{ผลรวมของ I-CVI หารด้วยจำนวนข้อคำถาม}}$ (Polit & Beck, 2017) และกำหนดเกณฑ์คุณภาพความตรงเชิงเนื้อหาโดย I-CVI มีค่าตั้งแต่ 0.78 และ S-CVI มีค่าตั้งแต่ 0.90 (Polit & Beck, 2014)

สรุปผล

1. แบบประเมินสมรรถนะผู้เข้ารับการศึกษาอบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้นและระดับกลาง มีคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาโดยมี I-CVI ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 0.78 ทุกสมรรถนะ และ S-CVI ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 0.90 ทุกสมรรถนะเช่นกัน

2. การทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไขแบบประเมินสมรรถนะผู้เข้ารับการศึกษาอบรมหลักสูตรผู้บริหาร การสาธารณสุขระดับต้นและระดับกลาง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงจากคณะกรรมการพัฒนาหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุข



ระดับต้น และระดับกลางของวิทยาลัยนักระบาดวิทยาสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาหลักสูตร ผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของกระทรวงสาธารณสุข วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จำนวน 7 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่าแบบประเมินสมรรถนะผู้เข้ารับการศึกษาหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น มีค่า I-CVI ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 0.78 จำนวน 13 สมรรถนะ และ S-CVI เท่ากับ 0.70 ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 0.90 ส่วนแบบประเมินสมรรถนะผู้เข้ารับการศึกษาหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง มีค่า I-CVI ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 0.78 จำนวน 1 สมรรถนะ และ S-CVI เท่ากับ 0.80 ไม่ผ่านเกณฑ์คุณภาพ 0.90

3. จากการตรวจสอบคุณภาพแบบประเมินสมรรถนะผู้เข้ารับการศึกษาหลักสูตรผู้บริหาร การสาธารณสุขระดับต้นและระดับกลางสมรรถนะ พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพด้านความเป็นไปได้ในการวัดในระดับสูงถึงสูงมาก โดยมีระดับความเป็นไปได้ในการวัดอยู่ในระดับสูงถึงสูงมาก ส่วนสมรรถนะส่วนน้อยที่มีความเป็นไปได้ในการวัดอยู่ในระดับต่ำถึงต่ำมากที่ต้องพิจารณาปรับแก้ไขให้มีความเป็นไปได้เพิ่มมากขึ้น จำนวน 6 สมรรถนะ โดยหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้นมี จำนวน 1 สมรรถนะคือ กรอบความคิดแบบสากล ในขณะที่หลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลางมี จำนวน 5 สมรรถนะ ได้แก่ กรอบความคิดแบบเติบโต กรอบความคิดแบบมุ่งเน้นส่วนรวม การวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมภายนอกเพื่อวางแผนยุทธศาสตร์ การวิเคราะห์สภาวะแวดล้อมภายในเพื่อวางแผนยุทธศาสตร์ และการออกแบบประสบการณ์ผู้ใช้งาน

สมรรถนะผู้บริหารที่หลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้นและระดับกลาง ต้องการพัฒนามีความเหมาะสมเนื่องจากมีความครอบคลุมสมรรถนะทางการบริหาร (Managerial competency) และสมรรถนะของผู้บริหารในยุคดิจิทัล รวมทั้งยังเป็นสมรรถนะที่ตรงกับความต้องการพัฒนาของผู้บริหารด้วยการกำหนดมาจากการวิจัยความต้องการจำเป็นพัฒนาสมรรถนะของผู้บริหาร (สุดคณิง ฤทธิ์ฤาชัย และพงษ์สุวรรณ ศรีสุวรรณ, 2565) สมรรถนะที่ได้รับการยืนยันจากงานวิจัยแล้ว ได้แก่ ภาวะผู้นำ การสื่อสารสร้างแรงจูงใจ การประสานงาน การทำงานเป็นทีม การวางแผนกลยุทธ์ การคิดเชิงวิเคราะห์ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การบริการที่ดี การทำงานชุมชนเชิงรุก

การมีส่วนร่วมกับชุมชน (พัชรวัฒน์ พิศรเกียรติกนก, 2561) การมุ่งผลสัมฤทธิ์ การบริการที่ดี การพัฒนาวิชาการ การทำงานเป็นทีม การมีภาวะผู้นำ การคิดวิเคราะห์และการคิดเชิงมีโนทัศน์ การสื่อสารและการจูงใจการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร การบังคับบัญชา ความรู้พิเศษ ความต่างวัฒนธรรมและต่างกระบวนการทัศน์ ความยืดหยุ่นและการปรับตัว ทักษะภาษาอังกฤษ คุณธรรมจริยธรรมสากล (ชยุต พิพัฒนฐาทร, สุรีพร อนุศาสนนันท์ และไพรัตน์ วงษ์นาม, 2560)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. สามารถนำข้อคำถามของบางองค์ประกอบไปประยุกต์ใช้กับการวิจัยที่เกี่ยวข้องได้
2. สามารถนำแบบประเมินสมรรถนะผู้เข้ารับการศึกษาหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขไปใช้เก็บข้อมูลกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องได้

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรอธิบายนิยามของสมรรถนะที่มีความเป็นไปได้ในการวัดอยู่ในระดับต่ำเพื่อให้การวัดมีความตรง และเพื่อให้แบบประเมินมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น
2. ควรมีการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงโครงสร้างของแบบประเมิน
3. ควรมีการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาอื่นที่มีมุมมองต่อวงการสาธารณสุขในเรื่องสมรรถนะผู้บริหารหลักสูตรการสาธารณสุข
4. ควรมีการพัฒนาแบบประเมินสมรรถนะผู้เข้ารับการศึกษาหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง

เอกสารอ้างอิง

Gray, J. R., Grove, S. K., Sutherland, S. (2017). *Burns and Grove's the Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence*. 8th ed. St. Louis, MO: ELSEVIER.

- Gronlund, N. (1985). *Measurement and Evaluation in Teaching*. MacMillan, New York.
- Netprasertkul, W. and Chan Soontraporn, P. (2021). The Development of Competency Scale for Nurses Mentors in Vajira Hospital. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*. 22(3): 313-321. (in Thai).
- Patcharakiatkanok, P. (2018). Approach Management for Developing Competencies of Sub-District Health Promotion Administrators, That is under Samphran District Public Health Office, Nakhon Pathom Province. *Journal of Department of Health Service Support*. 14(3): 35-45. (in Thai).
- Phatthanasombatsuk, M. (2022). Validation of Nursing Research Reports and Proper Use of Social Science Research Instruments in Publishing. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 8(2): 329-343. (in Thai).
- Pipattadorn C., Anusananan, S. and Wongnam, P. (2017). *A Development of a Management Competency Test for the Basic Education School Director In Thailand to Enter Aseanization Era*. *Journal of Education*. Retrieved from <http://ojslib3.buu.in.th/index.php/education2/article/view/4957>. (in Thai).
- Polit, D. F., Beck, C. T. (2014). *Essential of Nursing Research: Appraising Evidence for Nursing Practice*. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D. F., Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Ritruetchai, S., and Srisuwan, P. (2022). Development of Training Courses for Executives of the Ministry of Public Health. *Journal of Health Science*. 31(3): 569-582. (in Thai).
- Ruangyam, P., Maneemai, P., and Thongplew S. (2015). *The development Tool of Instrument Estimate to analyze the Core Competency of King Mongkut's University of Technology North Bangkok by Online system*. The 5th Phetchaburi Rajabhat Research Conference for Sustainable Thailand "Interdisciplinary and Innovation for Sustainable Development in Asia-Pacific" July 4, 2015, Phetchaburi Rajabhat University. (in Thai).
- Sangkornkaew, S. (2021). *Development of the Global Competency Measurement Model for Student Teacher*. Master of Education, Educational Research and Evaluation, Naresuan University. (in Thai).
- Suksawang, S. (2023). The challenge for modern leaders. Retrieved June 19, 2023, from [https://www.sasimasuk.com/16768188/vuca-world-The challenge for modern leaders](https://www.sasimasuk.com/16768188/vuca-world-The%20challenge%20for%20modern%20leaders). (in Thai).
- Thiamchan, T. (n.d.). *Where has information and communication technology gone, why is there only "digital" left?* Retrieved October 25, 2022, from <https://www.bangkokbangkok.net/ict-to-digital.html>. (in Thai).
- Uthaiphan, P., and others. (2011). Development of an Evaluation Model for Assessment of Desirable Competencies of Pharmaceutical Technique Students in Sirindhorn College of Public Health, Praboromarajchanok Institute. *KKU Res J*. 16(7): 883-898.
- Waltz, C.F., Strickland, O.L., Lenz, E. R. (2010). *Measurement in Nursing and Health Research*. 4th ed. New York: Springer.



วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้วิชาการด้านการแพทย์ การสาธารณสุข และการคุ้มครองผู้บริโภค เพื่อการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการของหน่วยงานต่างๆ กำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 กันยายน - 30 พฤศจิกายน

ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 พฤษภาคม - 31 กรกฎาคม

ประเภทของผลงานที่รับเผยแพร่ ได้แก่ บทความวิชาการ (Academic Article) บทความวิจัย (Research Article) บทความปริทัศน์ (Review Article)

1. บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่งหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิมและ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อมาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

2. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สารของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความ เป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมาย และความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

3. บทความปริทัศน์ (Review Article) หมายถึง งานวิชาการที่ประเมินสถานะล่าสุดทางวิชาการ (state of the art) เฉพาะทางที่มีการศึกษาค้นคว้า มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัย โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

1. การพิมพ์ต้นฉบับจะต้องพิมพ์ตามรูปแบบและขนาดตัวอักษรตาม Template ที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่เว็บไซต์ของงานวิชาการ กลุ่มแผนงาน สำนักงานเลขานุการกรม กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ หัวข้อ “รายละเอียดการรับตีพิมพ์บทความวิชาการในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ” <https://www.thaidj.org/index.php/jdhss> หรือ <https://moph.cc/urGLQ8>
2. ต้นฉบับที่ส่งมายังกองบรรณาธิการสามารถส่งได้ทางระบบออนไลน์ผ่านอีเมล planhss.journal@gmail.com และ <https://www.thaidj.org/index.php/jdhss> โดยกองบรรณาธิการจะนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความตามสาขาวิชา เพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมก่อนการตอบรับ
3. ผู้นิพนธ์ทุกคนต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ของผู้เขียน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล ให้ชัดเจน พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการขอส่งบทความให้เรียบร้อย และแนบหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของผู้นิพนธ์มาด้วย
4. การประเมินบทความ (Peer Review Process) โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับบทความจำนวนอย่างน้อย 2 ท่านต่อบทความก่อนลงตีพิมพ์ และเป็นการประเมินแบบปกปิดสองทาง (Double blinded review) คือ การปกปิดชื่อเจ้าของบทความแก่ผู้ทรงคุณวุฒิ และเจ้าของบทความไม่ทราบชื่อของผู้ทรงคุณวุฒิบทความแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2-3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาของบทความที่เสนอขอตีพิมพ์)
5. การปรับแก้ต้นฉบับ โดยทั่วไปผู้ทรงคุณวุฒิจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วผู้ส่งให้ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้จะมีการประสานกับผู้นิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและรูปแบบประมาณสองครั้ง
6. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof) ผู้นิพนธ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์
7. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
8. กองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาลงพิมพ์

รูปแบบในการจัดเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์บนกระดาษ A4 หน้าเดียว จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์
2. ความยาวแต่ละบทความรวมรูปและตาราง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4
3. การตั้งระยะขอบหน้ากระดาษ
 - ขอบซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบขวา 2 เซนติเมตร
 - ขอบบน 2.5 เซนติเมตร ขอบล่างประมาณ 2 เซนติเมตร
4. การตั้งระยะในเนื้อหา
 - ย่อหน้า คือ 1.25 เซนติเมตร
 - ระยะบรรทัดปกติ คือ 1 เท่า
 - ระยะห่างระหว่างย่อหน้าให้เท่ากับระยะบรรทัดปกติและเพิ่มค่าก่อนหน้าอีก 6 พอยท์ (1 Enter + Before 6 pt)



5. ตัวอักษรให้ใช้ “ไทยสารบัญ พิเอสเค (TH Sarabun PSK)” และพิมพ์ตามขนาดที่กำหนด ดังนี้

รายการ	ขนาด (point)	แบบอักษร	การจัดวาง
ชื่อเรื่อง (Title)			
- ภาษาไทย	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน)			
- ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
- ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
บทคัดย่อ (Abstract)			
- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract”	18	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ข้อความ Abstract	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
คำสำคัญ (Keywords)			
- ชื่อ “คำสำคัญ (Keywords)”	16	ตัวหนา	ชิดขอบ
- ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ภาษาอังกฤษ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
รายละเอียดบทความ			
- หัวข้อใหญ่	18	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- หัวข้อรอง	16	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- เนื้อหา	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ

6. ส่วนประกอบเนื้อเรื่อง ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด สมมติฐาน (ถ้ามี) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุปผล ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง โดยเรียงลำดับ ดังนี้

- **ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อภาษาอังกฤษใช้อักษรพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด และควรเป็นชื่อที่สั้น กระชับ ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง

- **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจัดเป็นร้อยแก้ว (Prose) สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยไว้อย่างครบถ้วน มีวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล และ/หรือข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่แบ่งเป็นข้อ มีความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 ในการเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีเนื้อหาที่ตรงกัน

***คำสำคัญ (Keywords)** ให้พิมพ์ต่อจากส่วนท้ายของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ ประมาณ 4-5 คำ

- **บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษาการทำวิจัย และอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น

- **วัตถุประสงค์ (Objective)** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ

- **กรอบแนวคิด (Conceptual framework)** คือกรอบของการวิจัยในด้านเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วยตัวแปรและการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

- **สมมติฐาน (Hypotheses)** คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐานต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐานควรมีลักษณะดังนี้

- 1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้
- 2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน
- 3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

- **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** เป็นความสำคัญของการวิจัยที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าการวิจัยเรื่องนั้นทำให้ทราบผลการวิจัยเรื่องอะไร และผลการวิจัยนั้นมีประโยชน์ต่อใคร อย่างไร เช่น การระบุประโยชน์ที่เกิดจากการนำผลการวิจัยไปใช้ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หรือนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ

- **วิธีการศึกษา (Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่

1) **เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา** ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งที่จะนำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย สัตว์ พิษ แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษาได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รวมถึงอุปกรณ์ต่างที่ใช้ในการศึกษา

2) **วิธีการศึกษา อธิบายถึงรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol)** เช่น descriptive, quasi-experiment หรือ randomized double blind การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดยาที่ใช้รักษา อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจ ให้ระบุถึงเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ศึกษา และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการศึกษาเชิงปริมาณให้ชัดเจน เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

- **ผลการศึกษา (Results)** เป็นการนำเสนอสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นลำดับตามหัวข้อของแผนการศึกษาอย่างชัดเจน ดูเข้าใจง่าย ถ้าผลศึกษาไม่ซับซ้อน มีตัวเลขไม่มาก ให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอธิบาย

- **อภิปรายผล (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษานี้เป็นตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้

- **สรุปผล (Conclusion)** เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่

- **ข้อเสนอแนะ (Suggestion)** เป็นการแสดงให้เห็นถึงการนำผลไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

- **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

- **การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ**

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลือทางเทคนิคพิเศษ เป็นต้น (อาจมีหรือไม่มี)

7. คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติตามราชบัณฑิตยสถาน
8. ตารางและภาพประกอบ (Table and Figure) ให้กำหนดหมายเลขและข้อความกำกับ ดังนี้
 - ตารางประกอบ ให้วางจัดตารางอยู่ชิดขอบหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ตารางที่.....” ไว้เหนือตารางประกอบด้านซ้าย
 - ภาพประกอบ ให้วางอยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “ภาพที่.....” ไว้ใต้ภาพประกอบ

ตัวอย่างการใส่ตาราง

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลำดับ	รายการ	ผลที่ได้	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า (คำบรรยายตาราง).....

ตัวอย่างการใส่ภาพประกอบ



ภาพที่ 1 แสดงเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

รูปแบบการอ้างอิงเอกสารในวารสารวิชาการสนับสนุนบริการสุขภาพ

การเขียนรายการอ้างอิงที่เป็นของคนไทยทำบทความ **จะต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ** โดยจัดเรียงคู่กัน คือ เรียงรายการอ้างอิงภาษาอังกฤษที่แปลขึ้นก่อนและเติมคำว่า (in Thai) ต่อท้าย หลังจากนั้นให้ตามด้วยรายการอ้างอิงภาษาไทยต้นฉบับที่แปลมา

* ทั้งนี้ กองบรรณาธิการจะปรับย้ายรายการอ้างอิงที่แปลเป็นภาษาอังกฤษไปอยู่ภายใต้หัวข้อ “Translated Thai References” เอง เพื่อความถูกต้องในการตรวจสอบข้อมูลทั้งหมด

รูปแบบการเขียน

การอ้างอิงเอกสารให้เขียนบรรณานุกรมรูปแบบ APA citation style
(American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

* ในส่วนของรายการอ้างอิงที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษอื่นๆ หากมียังคงให้เขียนอ้างอิงเช่นเดิม

อ้างอิงจากหนังสือ

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์หรือโรงพิมพ์.

ตัวอย่าง

Somphong, Monnipha. (2010). *Brush up on Your English*. Bangkok: Thammasat University Press.
(in Thai).

มนนิภา สมพงษ์. (2553). *การพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

Kotler Philip. (2003). *Principles of Marketing*. 9th ed. Boston: McGraw-Hill.

อ้างอิงจากบทความวารสาร

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), เลขหน้าที่ปรากฏบทความในวารสาร.

ตัวอย่าง

Phondee, Samran. (2017). Bangkok in the Early Rattanakosin Period : The Waterfront Route of Siamese Lifestyle from the Western Perspective. *Journal of Thonburi University*. 11(25): 172-181.
(in Thai).

สำราญ ผลดี. (2560). บางกอกในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์: วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก
วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*. 11(25): 172-181.

Doran, Kirk. (1996, January). Unified Disparity: Theory and Practice of Union Listing. *Computer in Libraries*, 16(1), 39-42.

อ้างอิงจากปริญญาโทหรือวิทยานิพนธ์หรือสารนิพนธ์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. (ชื่อปริญญาโทมหาบัณฑิตหรือปริญญาตรีบัณฑิต, ชื่อมหาวิทยาลัยสถาบันการศึกษา).

ตัวอย่าง

Komaimphunnakul, T. (2011). *The development of blended learning activities on guitar 1 course upon music practical skill for undergraduate students.* (Master of Education Thesis, Silpakorn University). (in Thai).

จิตติพัฒน์ โกเมนพรรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี.* ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.

Patamaporn Yenbamrung. (1992). *The Emerging Electronic University: A Study of Student Cost-Effectiveness.* Dissertation, Ph.D. Library and Information Science, The University of Texas at Austin.

2.4 อ้างอิงจากแหล่งข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ออนไลน์

ชื่อสกุลผู้แต่ง, ชื่อย่อ. (ปีที่พิมพ์หรือปีที่สืบค้น). ชื่อเรื่อง. สืบค้นเมื่อ วัน เดือน ปี (หรือ Retrieved เดือน วัน, ปี), จาก (from) ชื่อเว็บไซต์.

ตัวอย่าง

Department of Mental Health. (n.d.). *SPST-20 stress tool.* Retrieved January 20, 2010, from www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc (in Thai).

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แบบประเมินความเครียด.* สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc

การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ

- ในกรณีรายการอ้างอิงเป็นภาษาไทยแปลเป็นภาษาอังกฤษ การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ เพื่อส่งมายังกองบรรณาธิการ ให้ผู้เขียนเรียงลำดับโดยยึดอักษรภาษาอังกฤษเป็นหลัก โดยเรียงลำดับจาก A ไป Z และนำรายการที่แปลเป็นภาษาไทยมาไว้คู่กัน

- หลังจากนั้นจึงตามด้วยรายการอ้างอิงที่เป็นต้นฉบับภาษาอังกฤษอื่นๆ (หากมีเพิ่มเติม) โดยเรียงลำดับจาก A ไป Z เช่นกัน ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ตัวอย่าง (การเรียงรายการอ้างอิงท้ายบทความ ที่ต้องจัดส่งมายังกองบรรณาธิการ)

Department of Mental Health. (n.d.). *SPST-20 stress tool.* Retrieved January 20, 2010, from www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc (in Thai).

กระทรวงสาธารณสุข. กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.). *แบบประเมินความเครียด.* สืบค้นเมื่อ 20 มกราคม 2553, www.bsh.go.th/download/Download/Download01.doc

Jawjit, W. (2013). *Towards sustainable natural rubber industry in Thailand with carbon footprint and water footprint.* Retrieved from <http://romphruekj.krirk.ac.th/books/2556/1/3.pdf> (in Thai).

- วาริท เจาะจิตต์. (2556). *ก้าวสู่การพัฒนาอุตสาหกรรมยางธรรมชาติของประเทศไทยอย่างยั่งยืน ด้วยคาร์บอนฟุตพริ้นท์ และวอเตอร์ฟุตพริ้นท์*. สืบค้นเมื่อ 15 มกราคม 2556, จาก <http://romphruekj.krirk.ac.th/books/2556/1/3.pdf>
- Komaimphunnakul, T. (2011). *The development of blended learning activites on guitar 1 course upon music practical skill for undergraduate students*. (Master of Education Thesis, Silpakorn University). (in Thai).
- ฐิติพัฒน์ โกเมนพรรณกุล. (2554). *การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้แบบผสมผสานวิชาปฏิบัติกีตาร์ 1 ที่มีต่อทักษะการปฏิบัติทางดนตรีสำหรับนักศึกษาระดับปริญญาตรี*. ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- The National Education Act B. E. 2542, (1999, 19 August). Royal Gazette. Vol.116 Part 74a, 1-23. (in Thai).
- พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2542. (2542, 19 สิงหาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่มที่ 116: ตอนที่ 74a, หน้า 1-23.
- Phondee, Samran. (2017). Bangkok in the Early Rattanakosin Period : The Waterfront Route of Siamese Lifestyle from the Western Perspective. *Journal of Thonburi University*. 11(25): 172-181. (in Thai).
- สารานู ผลดี. (2560). บางกอกในสมัยต้นกรุงรัตนโกสินทร์: วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก วิถีริมน้ำของชาวสยามจากมุมมองของชาวตะวันตก. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี*. 11(25): 172-181.
- Somphong, Monnipha. (2010). *Brush up on Your English*. Bangkok: Thammasat University Press. (in Thai).
- มนนิภา สมพงษ์. (2553). *การพัฒนาทักษะภาษาอังกฤษ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- Doran, Kirk. (1996, January). *Unified Disparity: Theory and Practice of Union Listing*. *Computer in Libraries*, 16(1), 39-42.
- Kotler Philip. (2003). *Principles of Marketing*. 9thed. Boston: McGraw-Hill.
- Patamaporn Yenbamrung. (1992). *The Emerging Electeronic Univesrsity: A Study of Student Cost-Effectiveness*. (Dissertation, Ph.D. Library and Information Science, The University of Texas at Austin).



แบบขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....

วุฒิการศึกษา.....ชื่อปริญญา.....

สถานที่ทำงาน/ศึกษา.....

ขอส่ง บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความปริทัศน์

ชื่อเรื่อง (ไทย).....

(อังกฤษ).....

สาเหตุที่ต้องการตีพิมพ์บทความในวารสาร.....

.....

.....

ที่อยู่ติดต่อได้สะดวก บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย.....

ถนน.....แขวง/ตำบล.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....มือถือ.....โทรสาร.....

E-mail.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ () เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

() เป็นผลงานของข้าพเจ้า และผู้ร่วมงานตามรายชื่อที่ระบุ

และบทความนี้ **ไม่เคย**ลงตีพิมพ์ในวารสารใดๆ มาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นๆ อีก นับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลงนาม.....

(.....)

วันที่เดือน.....พ.ศ.

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบบทความแล้ว ขอรับรองว่าบทความที่เสนอข้างต้น สามารถขอตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้

ลงนาม.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT