

# วารสารสาธารณสุขและ วิทยาศาสตร์สุขภาพ

THAI JOURNAL OF PUBLIC HEALTH  
AND HEALTH SCIENCES

2023

ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566



ISSN 2672-9148 (Print)  
ISSN 2651-1711 (Online)

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/>



วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
(Thai Journal of Public Health and Health Sciences)  
ผ่านการรับรองคุณภาพของ Thai Citation Index (TCI) ถึง – 31 ธันวาคม 2567

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข  
(เจ้าของลิขสิทธิ์)



## ขอบเขตและรายละเอียดเบื้องต้นของวารสาร

วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอบเขตของวารสารครอบคลุมในสาขาต่าง ๆ ได้แก่ นโยบายสุขภาพและการจัดการการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ สุขศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ อาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม พืชวิทยา สาธารณสุขชุมชน ทันตสาธารณสุข เภสัชสาธารณสุข การพยาบาล และสาขาสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์การแพทย์ สนับสนุนโดย คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Thai Journal of Public Health and Health Sciences (TJPHS) aims to publish original articles and contributions relevant to public health and medical sciences. The scope of the journal is broad, covering health policy and management, health care and services, health promotion, health education, behavioral health, occupational health, environmental health, toxicology, community public health, dental public health, public health pharmacy, nursing and related, and other relevant health issues of public health and medical sciences. The journal is supported by Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand.

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข(เจ้าของลิขสิทธิ์)



กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS)

กรรมการที่ปรึกษา

ศ. (พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร	อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
ศ. ร.อ. พญ. วณิษา ชื่นกองแก้ว	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.อรัญญา เชาวลิต	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
นพ.ปภัสสร เจียมบุญศรี	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข	คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร.อาภาพร กฤษณพันธ์	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร.นพมาศ เครือสุวรรณ	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ผศ.ดร.ณรงค์ ใจเที่ยง	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ผศ.ดร. อรรณพ สนิธิไชย	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ชัยวัฒน์ พันธุ์ศรี	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
สมศักดิ์ มงคลธวัช	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
สุนทร ปรามเขต	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ทพ.วีรชาติ ยุทธชาวิท	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.วิชาญ ภิบาล	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร. นิธิศ ธาณี	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ผศ.ดร.เบญจวรรณ พูนธนานิวัฒน์กุล	ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และ สาธารณสุขกาญจนาภิเษก
ดร.ภก.บุญมี โพธิ์คำ	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศ.ดร.สฤทธกร พงศ์พานิช	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศ.ดร.นพ. สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ศ.ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้ารุ่งแสง	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
รศ.ดร.สุคนธา คงศีล	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.พญ.เนสินี ไชยเอื้อ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร. ยวดี รอดจากภัย	มหาวิทยาลัยบูรพา

บรรณาธิการที่ปรึกษานานาชาติ

Prof.Dr. Michael A. Yost	University of Washington, USA
Prof.Dr. Mark G. Robson	Rutgers, The State University of New Jersey, USA

บรรณาธิการที่ปรึกษานานาชาติด้าน linguistics

Dr. Elizabeth K.H. Thepaksorn	Sirindhorn College of Public Health, Trang
-------------------------------	--

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.พยงค์ เทพอักษร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
----------------------	---



### ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.สุขมาภรณ์ ศรีวิศิษฎ์

ดร.กรรณิกา เรืองเดช ชาวสวนศรีเจริญ

ดร.บุบผา รักษานาม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

### กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.พงษ์เทพ วิวรรณเดชะ

ศ.ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์

ศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร

ศ.ดร.อนามัย เทศกะทีก

รศ.ดร. วาริท เจาะจิตต์

รศ.ดร.วัฒน์สิทธิ์ ศิริวงศ์

รศ.ดร.โยธิน แสงดี

รศ.ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต

รศ.ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

รศ.ดร. จรวย สุวรรณบำรุง

รศ.ดร. จำนงค์ ธนะภพ

ผศ.ดร.นพ.ปัทพงษ์ เกษสมบูรณ์

ผศ.ดร พงศ์เทพ สุธีรัฐฉิม

พ.อ. ผศ. ดร. นพ. ราม รังสินธุ์

ดร.ชาคริยา พรหมสุบรรณ

ดร.พิมาน อีระรัตน์สุนทร

ดร.ธงชัย อามาตย์บัณฑิต

ดร.เกศรา แสนศิริทวิสุข

ดร.จุรีรัตน์ กิจสมพร

ผศ.(พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราชศิริ

ดร.สุพัฒน์ อาสนะ

ดร.กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม

ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรม

ดร.ภคิน ไชยช่วย

ดร.ปริญญญา จิตอร่าม

ดร.วรัญญา อรุณทยานันท์

สุจิตา โอภาษี

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยบูรพา

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยมหิดล

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มหาวิทยาลัยทักษิณ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

มหาวิทยาลัยนเรศวร

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ระบาดวิทยา

มหาวิทยาลัยชินวัตร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

กาญจนภิเษก

วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร

### กองบรรณาธิการนานาชาติ

Prof.Dr.Richard N.Neitzel

Assoc.Prof.Dr.Petra von Heideken Wågert

Dr.Tri Dung Phung

Assoc.Prof.Dr. Omid Dadrad

University of Michigan, USA

Mälardalen University, Sweden

University of Queensland, Australia

Western Norway University of Applied Science,

Norway



## ฝ่ายจัดการ

ดร.สุทัศน์ เสียมไหม

ณวัฒน์ กิตติภัทรไพบูลย์

วิภาวรรณ แก้วลาย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง



## บรรณาธิการแถลง

สถาบันพระบรมราชชนก โดยกองยุทธศาสตร์และวิเทศสัมพันธ์ ร่วมกับ กองวิจัยและพัฒนานวัตกรรม คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ และ คณะแพทยศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำโครงการการประชุมวิชาการระดับนานาชาติขึ้น ภายใต้ชื่อ “โครงการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ ครั้งที่ 2 ของสถาบันพระบรมราชชนก ประจำปีงบประมาณ 2566 (The Second International Conference on Advancement in Health Sciences Education and Professions 2023: Health and Well-being beyond Global Boundaries (IHSEP2023)) โดยจัดให้มีการประชุมวิชาการระดับนานาชาติ เพื่อส่งเสริมความร่วมมือด้านการวิจัย การพัฒนาองค์ความรู้ทางการวิจัย และยกระดับสถาบันพระบรมราชชนก ให้เป็นเวทีสำหรับนักวิจัยทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการนำเสนอผลงานวิจัยให้ปรากฏแก่ชาวต่างชาติที่มาร่วมการประชุมวิชาการ

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ได้เปิดหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2566 ใน 4 วิทยาลัย คือ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง สุพรรณบุรี ชลบุรี และ ยะลา โดยเปิดก่อนหน้านี้นี้แล้วคือ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น (พ.ศ. 2563) และ พิษณุโลก (พ.ศ. 2564) และยิ่งเตรียมเปิดหลักสูตรนานาชาติ ของคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ คือ หลักสูตร Master of Public Health (International Program) หลักสูตรใหม่ พ.ศ. 2566 โดยการขอเปิดหลักสูตรนี้ เพื่อตอบสนองกลยุทธ์และนโยบายของสถาบันพระบรมราชชนก และพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านสาธารณสุขในระดับนานาชาติ โดยจัดการศึกษาที่มุ่งเน้นผลลัพธ์ (Outcome based education) สอดคล้องกับความต้องการและพื้นฐานของผู้เรียนซึ่งยังส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต

ทางกองบรรณาธิการขอถือโอกาสในการส่งมอบปีใหม่ และขออำนาจแห่งคุณพระศรีรัตนตรัย และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านเคารพนับถือ พร้อมด้วยพระบารมีแห่งพระบาทสมเด็จพระบรมชนกาธิเบศร มหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร และพระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่๑๐ จงปกป้องคุ้มครอง ให้ทุกท่านประสบแต่ความสุข ความเจริญ และความเป็นมงคล ปราศจากโรคภัยทั้งปวง ตลอดพุทธศักราช 2566 ที่จะมาถึงนี้ และขอถวายพระพร สมเด็จพระเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าพัชรกิติยาภา นเรนทิราเทพยวดี กรมหลวงราชสาริณีสิริพัชรมหาวัชรราชธิดา ขอให้ทรงหายจากพระอาการประชวรและมีพระพลานามัยแข็งแรงโดยเร็ววัน

ในฉบับที่ 2 (เดือนเมษายน – สิงหาคม) ประจำปี 2566 มีบทความวิจัยและวิชาการ ที่ได้รับการตีพิมพ์ประกอบด้วย ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ จำนวน 7 เรื่อง กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านสมาชิก คณาจารย์ นักวิจัย นักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนศิษย์เก่า และบุคคลทั่วไปที่สนใจได้รับความรู้และนำความรู้ที่ได้จากบทความดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน การเรียนการสอน และทำวิจัย ตลอดจนเป็นข้อมูลอ้างอิงในเชิงวิชาการต่อไปซึ่งท่านสามารถสืบค้นและดาวน์โหลดบทความในวารสารได้ที่เว็บไซต์ <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/index>



## สารบัญ

เรื่อง	หน้า
<b>บรรณาธิการ</b> กองบรรณาธิการ บรรณาธิการแถลง	
<b>บทความวิจัย (Original Article)</b>	
<b>ผลของโปรแกรมไทยต่อพัฒนาการด้านอารมณ์สังคมเด็กออทิสติก และทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ และความเครียดของผู้ดูแล: กรณีศึกษา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา</b> The Effect of the THAI MODEL Program on the Social Emotional Development of Children with Autism Spectrum Disorders, Interaction Skills and Caregiver Stress: A Case Study of Hat Yai District, Songkhla Province เสาวลักษณ์ หมื่นเพชร, พิมพ์ชนก ไชยวัน, แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ	1
<b>ความชุกและปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูงของสถานประกอบกิจการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูปในประเทศไทย</b> The Prevalence and Selected Factors Associated with Workplace Hazards in Thailand's Prefabricated Roof Installation Enterprises ธนุศิลป์ สลีอ่อน, กฤตติกา เหล่าวัฒนโรจน์, พงศพิงศ์ สามสังข์, สุภารัตน์ คะตา, ปัญชลิกา ชันขุนทด, ธนวรรณ ฤทธิชัย, เปรมยุดา นวลศรี	15
<b>ผลการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีศึกษา: ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง</b> Effects of Using the Coronavirus Disease 2019 Emergency Response System : A Case Study of the Public Health Emergency Operations Center Health Service Network in Kantang District, Trang Province ปรีชา ถิ่นนัยธร, อุษณา โกเอียน, บุษพา รักษานาม	31
<b>พฤติกรรมการสะท้อนคิดและพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา</b> Reflective Thinking Behaviors and Ethical Behaviors of Boromarajonani College of Nursing Yala Students นุศรา ดาวโรจน์, เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา	48
<b>การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ด้วย Application</b> Development of Home Isolation Care Application System for COVID-19 Patients วัชรนันท์ ถิ่นนัยธร	65
<b>การประเมินผลการดำเนินงานโครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วย“ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้ CIPP Model</b> Evaluation of the Implementation of the Surveillance, Prevention, Control, Diabetes and Hypertension with Vichai 7 Colors Model Singburi Province by CIPP Model ก่อศักดิ์ จันทรวิจิตร	80



**ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน** 94

Correlation between Health Literacy and Health Behaviors to Epidemic of COVID-19 among Village Health Volunteers

วิรัชญา จิตรบรรทัด, พิมพรรณ เรืองพุทธ, รัศยานภิศ รัชตะวรรณ, อับดุลก่อเดช จิตรบรรทัด

**ปกิณกะ**

**11 แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการคว้าทุนอุดหนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกสถาบัน** 109

11 Best Practices for Grabbing Research Grants from External Funding Sources

ประภต ประภาอินทร์, สมตระกูล ราศิริ, และพยงค์ เทพอักษร

**คำแนะนำการส่งบทความ** 116

**จริยธรรมวิจัยและการตีพิมพ์** 120

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Aug. 28, 2022

Revised: Apr. 2, 2023

Accepted: Apr. 28, 2023

Published: Apr. 29, 2023

ผลของโปรแกรมไทยต่อการพัฒนาการด้านอารมณ์สังคมเด็กออทิสติก  
และทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ และความเครียดของผู้ดูแล:  
กรณีศึกษา อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา  
The Effect of the THAI MODEL Program on the Social Emotional  
Development of Children with Autism Spectrum Disorders,  
Interaction Skills and Caregiver Stress: A Case Study of  
Hat Yai District, Songkhla Province

เสาวลักษณ์ หมื่นเพชร<sup>1\*</sup> พิมพชนก ไชยวัน<sup>1</sup> แก้วตา นพมณีจำรัสเลิศ<sup>2</sup>

<sup>1</sup> งานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหาดใหญ่

<sup>2</sup> สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

Saowalak Muenphet<sup>1\*</sup> Pimchanok Chaiwan<sup>1</sup> Kaewta Nopmaneejumrulsers<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Occupational Therapy Unit, Department of Rehabilitation Medicine, Hatyai Hospital

<sup>2</sup> National Institute for Child and Family Development, Mahidol University

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมไทย (Thai Home-based Autism Intervention Model: THAI Model) ต่อพัฒนาการด้านอารมณ์สังคมเด็กออทิสติก และทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ และความเครียดของผู้ดูแล เป็น การวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดกลุ่มเดียว ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวเด็กออทิสติกจำนวน 12 ครอบครัว ประกอบด้วยเด็กออทิสติก 12 คน และผู้ดูแล 12 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง สำหรับ โปรแกรมไทยประกอบด้วย 1) กิจกรรมห้องเรียนพ่อแม่ 2) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กและฝึกสอนผู้ดูแลที่คลินิกโดยนัก กิจกรรมบำบัด 3) การส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านโดยผู้ดูแล และ 4) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน เครื่องมือสำหรับเก็บรวบรวม ข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบประเมินพัฒนาการอารมณ์สังคม 2) แบบประเมินทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ และ 3) แบบวัด ความเครียดผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และ Wilcoxon signed rank test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือน เด็กมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นของพัฒนาการด้านอารมณ์สังคม ( $Z = -1.29, p = .197$ ) และ ผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นของทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ( $Z = -1.783, p = .075$ ) ส่วนคะแนนความเครียดของ ผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -2.71, p = .007$ ) โดยสรุป โปรแกรมไทยทำให้ครอบครัวมีทักษะในการดูแล เด็กออทิสติกมากขึ้น ความเครียดในครอบครัวลดลง และสามารถนำไปปฏิบัติเองที่บ้านได้ โดยการศึกษาครั้งต่อไปควร เพิ่มกลุ่มตัวอย่างกลุ่มควบคุม และระยะติดตามผล

**คำสำคัญ:** การส่งเสริมพัฒนาการด้านอารมณ์สังคม, เด็กออทิสติก, ผู้ดูแล, โปรแกรมไทย

**Corresponding author:** เสาวลักษณ์ หมื่นเพชร E-mail: saowalak.luckd@gmail.com

## Abstract

The aim of this study was to investigate the effects of the Thai Home-based Autism Intervention Model (THAI Model) program on the social emotional development of children with autism spectrum disorders, interaction skills and caregiver stress. It was a quasi-experimental single group with pretest-posttest design. The study subjects consisted of 12 families of autistic children, including 12 autistic children and 12 caregivers, selected by purposive sampling. The THAI Model program is consisting of 1) Parental classroom, 2) Clinic visits by promoting child development and coaching caregivers in the clinic by occupational therapists, 3) Home based program to promote home development by caregivers, and 4) Home visits. Data were collected consisting of 1) the Functional Emotional Assessment Scale, 2) the Child Interaction Scale, and 3) the Parenting Stress Index. Data were analyzed using descriptive statistics and Wilcoxon Signed Rank Test. Six months after program completion, children had higher mean scores for social emotion development ( $Z = -1.29$ ,  $p = .197$ ) and caregivers had higher mean scores for child interaction skills ( $Z = -1.783$ ,  $p = .075$ ). Caregiver's stress scores were significantly decreased ( $Z = -2.71$ ,  $p = .007$ ). In conclusion, THAI Model program can enhance families more skills in caring for autistic children, reduce family stress, and can be practiced at home. We suggest for further study by increasing the sample size and longer follow-up period.

**Keywords:** Social emotional developmental stimulation, autistic, caregiver, THAI model

**Corresponding author:** Saowalak Muenphet E-mail: saowalak.luckd@gmail.com

## บทนำ

เด็กออทิสติก (Autism spectrum disorder: ASD) คือ กลุ่มความผิดปกติในพัฒนาการบางด้าน โดยบกพร่องการพัฒนาทักษะทางสังคม การสื่อความหมายได้เหมาะสมตามวัย และมีลักษณะพฤติกรรม กิจกรรม และความสนใจเป็นแบบแผน ซ้ำ ๆ จำกัดเฉพาะบางเรื่อง ไม่ยืดหยุ่น สังเกตได้เมื่อเด็กอายุ 18 เดือนขึ้นไป พบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง เป็นโรคที่มีความผิดปกติของสมองที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด (American Psychiatric Association, 2013) พบการเพิ่มจำนวนของเด็กออทิสติกมากขึ้นในทุกประเทศทั่วโลกตั้งแต่ปี 2000-2022 มีความชุกเพิ่มขึ้นจาก 6.7 เป็น 23.0 ต่อประชากร 1,000 คน หรือมีอัตราส่วนของความผิดปกติเพิ่มขึ้นจาก 1:150 เป็น 1:44 (Centers for Disease Control and Prevention, 2022) ขณะที่ประเทศไทย จากรายงานสถานการณ์และแนวโน้มโรคออทิสติกพบเด็กไทย 1,000 คน เป็นออทิสติก 6 คน (Autistic Thai Foundation, 2010) และจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพระหว่างปี 2560-2562 พบว่าอำเภอหาดใหญ่เป็นพื้นที่ให้บริการออทิสติกมากที่สุดในจังหวัดสงขลาจำนวน 260 264 และ 325 คน ตามลำดับ (Health Data Center, 2019) เช่นเดียวกับงานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหาดใหญ่ มีผู้รับบริการเด็กออทิสติกรายใหม่เฉลี่ยเพิ่มขึ้นต่อเดือนจาก 7 คน เป็น 12 คน (Occupational Therapy Department, 2019)

ออทิสติกเป็นกลุ่มอาการที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เป้าหมายสำคัญของการรักษา คือ การส่งเสริมพัฒนาการที่บกพร่องให้ใกล้เคียงเด็กปกติมากที่สุด (American Psychiatric Association, 2013; Centers for Disease Control and Prevention, 2022; Munir, Lavelle, Helm, Thompson, Prestt & Azeem, 2016) มีการออกแบบการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับความสามารถ และสภาพปัญหาของเด็กออทิสติกแต่ละคน จึงต้องใช้หลายวิธีร่วมกันเพื่อให้ได้ผลการรักษาที่ดีที่สุดโดยทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูด

นักจิตวิทยา และพยาบาล ผ่านกระบวนการ 1) การส่งเสริมพัฒนาการ 2) พฤติกรรมบำบัด 3) การฝึกพูดหรือแก้ไขการพูด 4) การรักษาด้วยกิจกรรมบำบัดในกรณีที่เด็กมีปัญหาระบบการบูรณาการความรู้สึกผิดปกติซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ และ5) การรักษาด้วยยา (Munir, Lavelle, Helm, Thompson, Prestt & Azeem, 2016; Piyasil, 2015)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการใช้โปรแกรมเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกหลากหลายวิธี ส่วนใหญ่เป็นการเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัว ซึ่งอยู่บนพื้นฐานความจริงที่ว่าความร่วมมือของครอบครัวเป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญทำให้เด็กออทิสติกมีพัฒนาการดีขึ้น เนื่องจากครอบครัวมีความใกล้ชิดและอยู่กับเด็กตลอดเวลา ลักษณะโปรแกรมเป็นการให้ความรู้ เทคนิค และวิธีการแล้วให้ครอบครัวนำไปปฏิบัติ จากนั้นวัดผลการบำบัดจากอาการของเด็กออทิสติก (Punphong, Yunibhand & Suktrakul, 2019; Sirumpunkul, 2019; Suppasri, Nukaew, & Suttharangsee, 2017) ตัวอย่างโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการ เช่น การส่งเสริมพัฒนาการด้วยการบูรณาการประสาทความรู้สึก (Sensor Integration: SI) เป็นทฤษฎีที่เชื่อว่าความผิดปกติทางพฤติกรรมบางอย่างของเด็กออทิสติก เช่น พฤติกรรมกระโดดขึ้นลงซ้ำ ๆ สะบัดมือซ้ำ ๆ ซน ไม่นิ่ง ปัญหากลืนหรือกลืนตลอดจนอารมณ์แปรปรวนหงุดหงิดง่ายเกิดจากการเสียสมดุลการบูรณาการประสาทความรู้สึก (Sensory integrative dysfunction) ใช้การบำบัดผ่านการทำกิจกรรมโดยเน้นระบบประสาทความรู้สึก 3 ระบบ ได้แก่ 1) การสัมผัส (Tactile) 2) ความรู้สึกผ่านเอ็น ข้อต่อ และกล้ามเนื้อ (Proprioceptive) และ3) การรักษาสมดุลของร่างกาย (Vestibular) ผลการบำบัดที่ต่อเนื่องพบว่าช่วยให้เด็กออทิสติกมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น (Nitithaveeratsakul & Bhulapatna, 2020)

การส่งเสริมพัฒนาการด้วยการเล่น เป็นการบำบัดด้วยการเล่น ที่มองว่าการเล่นเป็นกิจกรรมการดำเนินชีวิต เป็นธรรมชาติของเด็กซึ่งเกิดจากแรงจูงใจภายใน การเล่นสนุก พบว่าช่วยให้พัฒนาการสังคม สติปัญญา และภาษาดีขึ้น (Kosasena & Yunibhand, 2013) ส่วนการส่งเสริมพัฒนาการด้วยเทคนิค ดีไออาร์/ฟลอร์ไทม์ (Developmental Individual difference Relationship-based: DIR/Floortime Techniques) เป็นเทคนิคที่ใช้บรรยากาศผ่อนคลาย เหมือนนั่งเล่นบนพื้น พ่อแม่เล่นกับลูกอย่างสนุกสนาน อาศัยสิ่งที่เด็กสนใจเป็นเครื่องนำทาง พบว่าเด็กออทิสติกมีคะแนนด้านการพูด การใช้ภาษา และการสื่อสารดีขึ้น (Reis, Pereira & Almedia, 2018; Singsthorn, Sungsong & Permsirivanich, 2016) ซึ่งโปรแกรมดังที่กล่าวมาเป็นการส่งเสริมพัฒนาการที่มุ่งไปยังความก้าวหน้าของพัฒนาการเด็กออทิสติกเป็นหลัก

การส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกต้องกระทำอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ อาศัยความถี่และความเข้มข้นของการฝึกมากพอ อย่างน้อยต้องมีความถี่ 15 ชั่วโมงใน 1 สัปดาห์และฝึกอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 2 ปี (Piyasil, 2015) ทำให้บางครอบครัวเข้าใจว่าการบำบัดที่ได้ผลดีคือ การส่งเสริมพัฒนาการจากสหวิชาชีพที่ดูแลโดยตรงเท่านั้น ซึ่งจะเกิดขึ้นกับครอบครัวที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยใหม่ ๆ เด็กออทิสติกในกลุ่มอายุน้อย ๆ พบว่าขาดความเชื่อมั่นในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกด้วยตนเอง ความสามารถในการพึ่งพาตนเองทำได้น้อย ประกอบกับรอคิวนานกว่าจะได้ส่งเสริมพัฒนาการ (Apaiyanukorn, Kohprasert & Kohprasert, 2013) ส่งผลให้ครอบครัวเกิดความเครียด วิตกกังวล ในเรื่องของพัฒนาการเด็กออทิสติกที่ไม่สมวัย เกิดช่องว่างกับเด็กปกติทั่วไป ในด้านการช่วยเหลือตนเอง การสื่อสาร การเล่นกับเพื่อน รวมถึงการเข้าโรงเรียน

ครอบครัวจึงต้องแสวงหาสหวิชาชีพจากสถานบริการสุขภาพหลาย ๆ ที่ (Hirsch & Paquin, 2019; Kunlaka, 2017) ผลที่ตามมาคือ การแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น ขณะที่บางครอบครัวต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลเด็กออทิสติกเต็มเวลา สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคมของครอบครัวเด็กออทิสติก (Sri-Amnuay, 2018; White, Mcmorris, Weiss & Lunskey, 2012) ซึ่งเป็นปัญหาในมิติของครอบครัวที่ไม่ค่อยได้รับการแก้ไขอย่างชัดเจน มักเป็นรูปแบบหรือกิจกรรมในช่วงเวลาสั้น ๆ

โปรแกรมไทย (Thai Home-based Autism Intervention Model: THAI Model) เป็นโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกที่บ้าน ซึ่งพัฒนามาจากแนวทาง ดีไออาร์/ฟลอร์ไทม์ และนำมาต่อยอดให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย โดยสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งคัดเลือกโรงพยาบาลทั่วประเทศ เพื่อนำโปรแกรมดังกล่าวไปใช้เป็นคลินิกพัฒนาการเด็กต้นแบบ จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลหาดใหญ่ โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โรงพยาบาลท่าบ่อ โรงพยาบาลแม่ระมาด และโรงพยาบาลพนมสารคาม โดยเน้นให้ครอบครัวมีความรู้และทักษะที่เหมาะสมในการกระตุ้นพัฒนาการบุตรหลานได้ด้วยตนเอง ซึ่งโปรแกรมนี้ประกอบด้วย 1) กิจกรรมห้องเรียนพ่อแม่ 2) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กและฝึกสอนผู้ดูแลที่คลินิกโดยนักกิจกรรมบำบัด 3) การส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านโดยผู้ดูแล และ 4) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวให้ความสำคัญทั้งเด็กออทิสติกและครอบครัว มีจุดเด่นของห้องเรียนพ่อแม่ที่คำนึงถึงครอบครัวในการเพิ่มพูนทักษะ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ส่งผลถึงพลังและกำลังใจในการดูแลเด็กออทิสติก (National Institute for Child and Family Development, 2021)

งานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลหาดใหญ่ เป็นหน่วยงานที่

ส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกอย่างต่อเนื่อง ได้มีการอบรมและนำเทคนิค ดีไออาร์/ฟลอไรท์มาใช้ร่วมกับการบำบัดตามมาตรฐานวิชาชีพ กิจกรรมบำบัด มีการทำงานร่วมกันภายใต้ความร่วมมือระหว่างกลุ่มงานกุมารเวชกรรม จิตเวช และหู คอ จมูก ที่มีระบบการส่งต่อระหว่างกลุ่มงานอย่างเป็นระบบ อย่างไรก็ตาม ถึงแม้ว่าบริบทของโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีความเป็นสหวิชาชีพในการปฏิบัติงาน แต่ก็ไม่สามารถให้บริการได้เพียงพอกับจำนวนเด็กออทิสติกที่ถูกส่งมาปรึกษา ซึ่งมีแนวโน้มมากขึ้นเรื่อยๆ ประกอบกับ

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมไทยต่อพัฒนาการด้านอารมณ์สังคมเด็กออทิสติก และ

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบวัดกลุ่ม

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นครอบครัวเด็กออทิสติกที่เข้ารับบริการงานกิจกรรมบำบัด กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระหว่างเดือนมีนาคมถึงธันวาคม พ.ศ 2563

#### เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าศึกษา (inclusion criteria)

เด็กออทิสติก

เด็กอายุ 1-4 ปีได้รับการตรวจประเมินและวินิจฉัยโดยแพทย์ว่ามีภาวะออทิสติกตามเกณฑ์ DSM5

ผู้ดูแล

1) เป็นผู้ดูแลหลักของเด็ก สามารถพาเด็กมารับบริการที่โรงพยาบาล

โปรแกรมดังกล่าวเป็นรูปแบบการให้บริการที่มีการวัดผลลัพธ์ทั้งตัวเด็กและผู้ดูแล สามารถนำไปใช้ที่บ้านได้ ด้วยเหตุนี้ คณะผู้วิจัยจึงศึกษาโปรแกรมไทย เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ เกิดเป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก นำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลที่ดีต่อการเสริมสร้างศักยภาพครอบครัวให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลเด็กออทิสติก ทำให้เด็กออทิสติกมีความรุนแรงของโรคลดลง ลดปัญหาระยะยาวของครอบครัวและชุมชนได้

ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก และความเครียดของผู้ดูแล

เดี่ยวก่อน และหลังการทดลอง (One-Group Pretest-Posttest Design)

กลุ่มตัวอย่างเป็นครอบครัวเด็กออทิสติกอายุ 1-4 ปี ประกอบด้วยเด็กออทิสติก 12 คน และผู้ดูแล 12 คนที่เข้ารับบริการ

2) เป็นผู้ที่อยู่กับเด็กออทิสติก และมีเวลาส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่บ้านอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อสัปดาห์

3) สามารถพูดคุยติดต่อสื่อสาร และเข้าใจภาษาไทยได้อย่างชัดเจน

4) ยินดีและให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและเก็บข้อมูลวิจัยผ่านวีดิทัศน์ โดยวีดิทัศน์นี้จะใช้เฉพาะในงานวิจัย ไม่มีการเผยแพร่และลงนามในหนังสือยินยอม

### เกณฑ์การคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (exclusion criteria)

เด็กออทิสติก

- 1) เด็กมีความเจ็บป่วยทางร่างกาย ไม่พร้อมรับการส่งเสริมพัฒนาการ เช่น เด็กหลังผ่าตัด เด็กป่วยเรื้อรัง ร่างกายอ่อนเพลียมาก
- 2) เด็กไม่มีผู้ดูแลหลักที่สามารถอยู่กับเด็กได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย

ผู้ดูแล

- 1) ผู้ดูแลอายุมากกว่า 70 ปี และสภาพร่างกายไม่พร้อมในการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก
- 2) ผู้ดูแลที่มีความเครียดมาก หรือมีโรคทางจิตเวช

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

โปรแกรมไทย (Thai Home-based Autism Intervention Model หรือ THAI Model) เป็นโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกที่บ้านซึ่งพัฒนามาจากแนวทาง ดีไออาร์/พลอร์โทม และนำมาต่อยอดให้เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย โดยสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล ประกอบด้วย (National Institute for Child and Family Development, 2021)

1) กิจกรรมห้องเรียนพ่อแม่ (Parental classroom)

เป็นกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้ผู้ดูแล และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกัน โดยมีนักกิจกรรมบำบัดทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินรายการ นำเสนอสื่อวีดิทัศน์ THAI Model: คู่มือการดูแลเด็กพิเศษด้วยหัวใจ ประกอบการจัดกิจกรรมใช้ระยะเวลา 2-3 ชั่วโมงต่อครั้ง โดยดำเนินการทุก 2 เดือน จำนวน 3 ครั้ง ณ คลินิกกิจกรรมบำบัด

2) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กและฝึกสอนผู้ดูแลโดยนักกิจกรรมบำบัด (Clinic visit) เป็นกิจกรรมที่เด็กและผู้ดูแลมารับบริการส่งเสริมพัฒนาการ และนักกิจกรรมบำบัดฝึกสอนผู้ดูแลแบบ 1 : 1 ณ คลินิกกิจกรรมบำบัด เป้าหมายเพื่อให้ผู้ดูแลได้สร้างสัมพันธภาพเพิ่ม การสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างเด็กออทิสติกกับผู้ดูแล โดยที่นักกิจกรรมบำบัด สาธิต ช่วยปรับเทคนิคการเล่น แล้วนำไปปฏิบัติต่อบ้าน และผู้ดูแลสะท้อนสิ่งที่ได้เรียนรู้ โดยดำเนินการเดือนละ 2 ครั้ง ๆ ละ 60 นาที ทั้งหมด 10 ครั้ง

3) การส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านโดยผู้ดูแล (Home based program)

เป็นกิจกรรมที่ผู้ดูแลนำแนวทางที่ได้เรียนรู้จากการฝึกปฏิบัติในคลินิกนำไปทำต่อบ้าน ประกอบด้วย 4 กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ (1) การเล่นกับเด็ก (2) การฝึกทักษะในชีวิตประจำวัน เช่น การช่วยเหลือตัวเอง การทำงานบ้าน (3) การฝึกพื้นฐานระบบประสาท เช่น การออกกกำลังกาย (4) การเล่นกับเพื่อน ซึ่งผู้ดูแลมีเวลาทำกิจกรรมกับเด็กอย่างน้อย 10 ชั่วโมง/สัปดาห์ หรือ 1.5 ชั่วโมง/วัน

4) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน (Home visit)

นักกิจกรรมบำบัดติดตามพัฒนาการเด็กออทิสติกที่บ้าน ดำเนินการ 1 ครั้ง

#### ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

##### ข้อมูล

2.1 แบบเก็บข้อมูลพื้นฐาน เป็นแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับเด็กและครอบครัว จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ จำนวนบุตร ผู้เลี้ยงดูหลัก ขนาดและลักษณะครอบครัว

2.2 แบบประเมินพัฒนาการอารมณ์สังคม (Functional Emotional Assessment Scale, FEAS) วัดจากการสังเกต ใช้กับเด็กอายุ 0-42 เดือน โดยแบ่งเป็น 6 ส่วน 34 ข้อ ตามขั้นพัฒนาการอารมณ์ สังคมของเด็กปฐมวัย (Functional emotional development) มี 6 ขั้น ดังนี้ ขั้น 1 ความสามารถในการสงบ & สนใจจดจ่อ (Self regulation and attention) ช่วงอายุพัฒนาการแรกเกิด - 3 เดือน ขั้น 2 ความผูกพันและสัมพันธภาพกับคน (Bonding and engagement) ช่วงอายุพัฒนาการ 2-5 เดือน ขั้น 3 การสื่อสารด้วยท่าทาง (Emotional gestures) ช่วงอายุพัฒนาการ 4-9 เดือน ขั้น 4 สื่อสารได้ต่อเนื่องเพื่อแก้ปัญหา (Social problem solving)

ช่วงอายุพัฒนาการ 9-18 เดือน ชั้น 5 สื่อสารด้วย  
สัญลักษณ์ (Emotional idea) ช่วงอายุพัฒนาการ  
18-30 เดือน ชั้น 6 เชื่อมโยงเหตุและผล  
(Emotional thinking) ช่วงอายุพัฒนาการ 30-48  
เดือน แบบวัดเป็น Linkert scale 4 ระดับ คือ 0=ไม่มีหรือพบ  
ช่วงสั้นๆ 1=เห็นบางครั้งหรือเห็น 2-3 ครั้ง 2=เห็น  
สม่ำเสมอหรือบ่อยครั้ง N/O=ไม่มีโอกาสได้ทำ  
ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรง  
คุณวุฒิได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item  
Objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง  
0.67-1.00

2.3 แบบประเมินทักษะการมีปฏิสัมพันธ์  
กับเด็ก (I-CARE) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นโดย  
สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและ  
ครอบครัว ตาม Guidelines สำหรับผู้ปกครอง  
ของ Greenspan, Degangi & Weider (2009)  
ประเมินทักษะของผู้ปกครอง 5 ด้านจากการ  
สังเกต ได้แก่ 1) การมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก  
(Interaction) 2) การปลอบโยนเด็ก (Comfort) 3)  
การปรับตัวให้เข้ากับความต้องการของเด็ก  
(Adapt) 4) การสังเกตและตอบสนองการสื่อสาร

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

### ขั้นก่อนการทดลอง

เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และ  
ดำเนินการขอรับการพิจารณาจริยธรรมจาก  
คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของ  
โรงพยาบาลหาดใหญ่

### ขั้นดำเนินการทดลอง

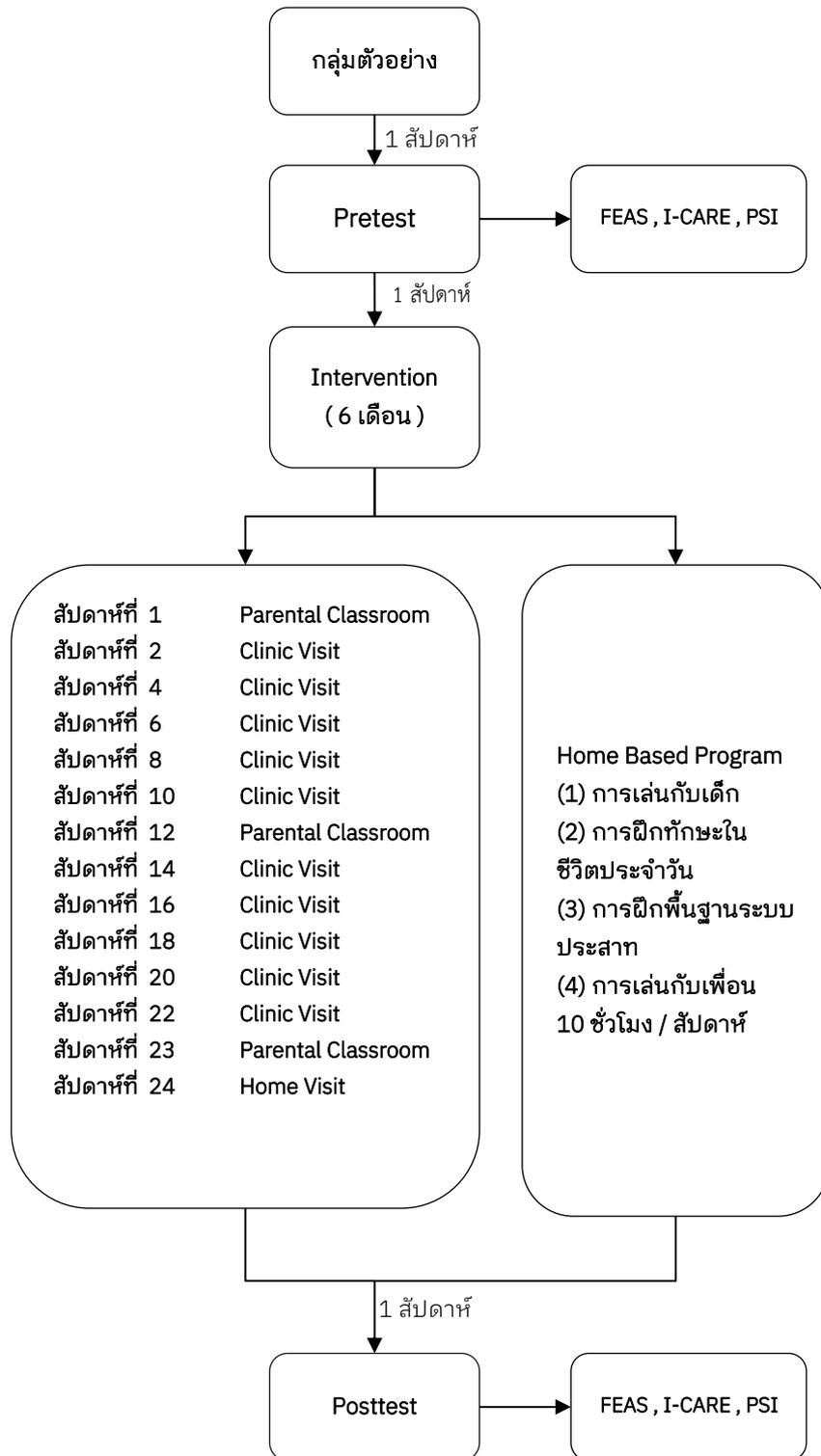
1. ผู้วิจัยพบผู้ดูแลและกลุ่มตัวอย่าง  
แนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอน  
การดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และ  
กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมในการเก็บข้อมูลและเข้า  
ร่วมโปรแกรม ก่อนเริ่มวิจัย ประเมินพัฒนาการ  
ด้านอารมณ์ สังคมเด็ก และการมีปฏิสัมพันธ์

ของเด็ก (Read and Respond) และ 5) การให้  
กำลังใจและให้โอกาสเด็ก (Encouragement) แบบ  
วัดเป็น Linkert scale 4 ระดับ คือ 0=ไม่มีหรือพบ  
ช่วงสั้นๆ 1=เห็นบางครั้งหรือเห็น 2-3 ครั้ง 2=เห็น  
สม่ำเสมอหรือบ่อยครั้ง N/O=ไม่มีโอกาสได้ทำ  
ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้  
ทรงคุณวุฒิได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index  
of Item Objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง  
0.67-1.00

2.4 แบบสอบถามความเครียดผู้ปกครอง  
ในการเลี้ยงดูบุตร (Parenting stress index-short  
form, PSI-SF) เป็นแบบวัดระดับความเครียดของ  
ผู้ดูแล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ โดย  
การประเมินค่าจาก 5 คำตอบ คือ เห็นด้วยอย่าง  
ยิ่ง เห็นด้วย ไม่น่าใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย  
อย่างยิ่ง อ้างในงานวิจัยของ Klongdee,  
Nintachan & Sangon (2016) มีค่าความเชื่อมั่น  
ทางสถิติของแบบสอบถามเพื่อวัดความ  
สอดคล้อง (Internal Consistency) โดยใช้สูตร  
สัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha  
Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.904

ระหว่างเด็กกับผู้ดูแล ผ่านการบันทึกวิดีโอที่  
ผู้ดูแลเล่นกับเด็ก 10-15 นาที และความเครียด  
ของผู้ดูแลผ่านการทำแบบสอบถาม และเมื่อเข้า  
ร่วมโปรแกรมครบที่กำหนดจากนั้นอีก 1 สัปดาห์  
จึงดำเนินการประเมินอีกครั้ง

2. ดำเนินโปรแกรมไทยเป็นเวลา 6 เดือน  
ประกอบด้วย 1) กิจกรรมห้องเรียนพ่อแม่ 2) การ  
ส่งเสริมพัฒนาการเด็กและฝึกสอนผู้ดูแลที่คลินิก  
โดยนักกิจกรรมบำบัด 3) การส่งเสริมพัฒนาการ  
ที่บ้านโดยผู้ดูแล และ 4) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ดัง  
ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่ ค่ามัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง
2. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพัฒนาการอารมณ์ สังคม

## จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลภายใต้การอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลหาดใหญ่ เลขที่ 40/2563 โดยชี้แจง

ของเด็ก คณะกรรมการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก และคะแนนความเครียดของผู้ดูแล ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม โดยใช้ Wilcoxon signed-rank test

## ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างเด็กออทิสติก 12 คน เป็นเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 3 ปี 1 เดือน กำลังเรียนหนังสือและไม่ได้เรียนหนังสือเท่ากัน และเด็กออทิสติกเป็นบุตรลำดับที่ 1 ร้อยละ 66.67 เป็นบุตรลำดับที่ 2 ร้อยละ 33.33 สำหรับกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล 12 คน ส่วนใหญ่เป็นมารดาร้อยละ 66.67 รองลงมา คือ ยายร้อยละ 25 และบิดาร้อยละ 8.33 อายุเฉลี่ยของผู้ดูแล 37.25 ปี มีระดับ

ถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือ พร้อมทั้งอธิบายถึงการวิจัยครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อใด ๆ กับกลุ่มตัวอย่าง และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การศึกษาปริญญาตรี มัธยมศึกษา และประถมศึกษาตอนปลายเท่ากัน ร้อยละ 25 ครั้งหนึ่งของผู้ดูแลมีอาชีพเป็นแม่บ้าน รองลงมา คือ ค่าขายร้อยละ 41.67 และรับจ้างร้อยละ 8.33 มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ย 30,750 บาท เป็นลักษณะครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 58.33 และสถานภาพบิดามารดาอยู่ด้วยกันร้อยละ 83.34 แสดงในตารางที่ 1

## ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแล

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
ข้อมูลของเด็ก (N=12)	
เพศ	
ชาย	12 (100.0)
อายุ	
12-24 เดือน	2 (16.67)
25-36 เดือน	4 (33.33)
37-48 เดือน	6 (50.0)
	Mean = 36.42 SD = 8.63
การศึกษา	
กำลังเรียนหนังสือ	6 (50.0)
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6 (50.0)
เด็กออทิสติกเป็นบุตรลำดับที่	
1	8 (66.67)
2	4 (33.33)
ข้อมูลผู้ดูแล (N=12)	
ผู้ดูแลหลัก	
มารดา	8 (66.67)
ยาย	3 (25.0)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กและผู้ดูแล (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)
บิดา	1 (8.33)
อายุ	
น้อยกว่า 25 ปี	1 (8.33)
26-30 ปี	1 (8.33)
31-35 ปี	3 (25.0)
36-40 ปี	2 (16.67)
มากกว่า 40 ปี	5 (41.67)
	Mean = 37.25 SD = 8.10
ระดับการศึกษา	
ปริญญาตรี	3 (25.0)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	1 (8.33)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ	1 (8.33)
มัธยมศึกษาตอนปลาย	3 (25.0)
มัธยมศึกษาตอนต้น	1 (8.33)
ประถมศึกษาตอนปลาย	3 (25.0)
อาชีพ	
แม่บ้าน	6 (50.0)
ค้าขาย	5 (41.67)
รับจ้าง	1 (8.33)
รายได้ครอบครัว	
10,000-20,000 บาท	7 (58.33)
20,001-30,000 บาท	1 (8.34)
มากกว่า 30,000 บาท	4 (33.33)
	Mean = 30,750 SD = 26,313
ลักษณะครอบครัว	
ครอบครัวเดี่ยว	7 (58.33)
ครอบครัวขยาย	5 (41.67)
สถานภาพบิดามารดา	
อยู่ด้วยกัน	10 (83.34)
แยกกันอยู่	2 (16.66)

การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม THAI Model พบว่าคะแนนพัฒนาการอารมณ์ สังคมของเด็ก (FEAS) เพิ่มขึ้น จาก 27.14 เป็น 29.07 คะแนนทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กของผู้ดูแล (I-CARE) เพิ่มขึ้น

จาก 10.28 เป็น 14.18 แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนความเครียดของผู้ดูแล (PSI) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < .05$  จาก 96.75 เป็น 90.58 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพัฒนาการอารมณ์ สังคมของเด็ก คะแนนทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กของผู้ดูแล และ คะแนนความเครียดของผู้ดูแลก่อนและหลังทดลอง

ตัวแปร	ก่อนทดลอง n = 12		หลังทดลอง n = 12		Z	p-value
	M	SD	M	SD		
คะแนนพัฒนาการอารมณ์ สังคมของเด็ก (FEAS)	27.14	5.44	29.07	5.09	-1.290	.197
คะแนนทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กของผู้ดูแล (I-CARE)	10.28	4.44	14.18	4.89	-1.783	.075
คะแนนความเครียดของผู้ดูแล (PSI)	96.75	8.50	90.58	6.88	-2.710	.007 *

\*p-value < .05

### อภิปรายผล

โปรแกรมไทยเป็นลักษณะของโปรแกรมที่เน้นให้ครอบครัวมีความรู้และทักษะที่เหมาะสมในการกระตุ้นพัฒนาการของบุตรหลานได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วย 1) กิจกรรมห้องเรียนพ่อแม่ 2) การส่งเสริมพัฒนาการเด็กและฝึกสอนผู้ดูแลที่คลินิกโดยนักกิจกรรมบำบัด 3) การส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านโดยผู้ดูแล และ 4) กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 6 เดือน จากผลการศึกษาพบว่า เด็กมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นของพัฒนาการอารมณ์ สังคม ( $Z = -1.29, p = .197$ ) และผู้ดูแลมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นของทักษะการมีปฏิสัมพันธ์กับเด็ก ( $Z = -1.783, p = .075$ ) แต่ไม่พบนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่าประเด็นที่หนึ่ง ในเรื่องของลักษณะและอาการ ความรุนแรงของโรค เป็นปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน ทำให้ไม่สามารถเห็นผล ความก้าวหน้าของการรักษาได้ชัดเจนในระยะเวลา 6 เดือนที่ทำการศึกษา ประเด็นที่สอง ความถี่และความเข้มข้นของการส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านโดยผู้ดูแล ซึ่งจากข้อมูลทั่วไปพบว่า ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวและเด็กออทิสติกเป็นบุตรลำดับที่ 1 ทำให้การสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวที่นอกเหนือจากพ่อ แม่ ทำได้น้อย และประสบการณ์การเล่นกับเด็ก การฝึกทักษะในชีวิตประจำวันไม่เพียงพอ ประกอบกับปัจจัยของบริบทพื้นที่ที่ศึกษาวิจัย พบว่าอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา มีความพร้อมของสถานบริการสุขภาพหลากหลายทั้งภาครัฐและเอกชน ทำให้ครอบครัวมีทางเลือกอื่นเพิ่มเติม เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก สอดคล้องกับงานวิจัยของ Muenphet, Hongchayangkool,

Rodklai, Sornsrivichai & Balthip (2021) ที่ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลออทิสติก โดยการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด นวัตกรรม การดูแลภาวะเรื้อรังของอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา พบว่าครอบครัวบุคคลออทิสติกตื่นตัว เกิดแรงจูงใจมากในช่วงที่ได้รับวินิจฉัยใหม่ ๆ จากการได้รับข้อมูลและเตรียมความพร้อมจากบุคลากรด้านสุขภาพในเรื่องของลักษณะโรค การจัดการภาวะแทรกซ้อน รวมถึงเข้ารับการฝึกทักษะต่าง ๆ ทำให้พึงพิงระบบสาธารณสุขมากกว่ากระทำด้วยตนเอง

คะแนนความเครียดของผู้ดูแลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -2.71, p = .007$ ) เป็นการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญสะท้อนรูปแบบกิจกรรมห้องเรียนพ่อแม่ ซึ่งเป็นบรรยากาศของการเสริมพลัง (empowerment) เกิดความรู้สึกเป็นหัวอกเดียวกัน ได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งมีส่วนสำคัญให้ครอบครัวเกิดพลังใจ มีแรงผลักดันในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติก เกิดความมั่นใจในตัวเองมากขึ้น ภายหลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรม เนื่องจากมีบุคลากรให้ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้อง และสามารถนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้ ทำให้ความกังวลและความเครียดลดลง สอดคล้องกับงานวิจัยของ Suppasri, Nukaew, & Suttharangsee (2017) พบว่าผู้ดูแลออทิสติกที่ได้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเนื่องจากปัญหาที่มีความคล้ายคลึงกัน ช่วยให้เกิดการระบายความรู้สึก สร้างอารมณ์ทางบวก เกิดความเข้มแข็งทางใจ และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ขณะเก็บข้อมูลวิจัย เป็นช่วงของสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19 ทำให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมวิจัยไม่มากพอ ซึ่งเป็นข้อจำกัด

### การนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมไทยสามารถเป็นแนวทางสำหรับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กออทิสติกได้ โดยให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมโดยครอบครัว และเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนใน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. บางกิจกรรมในโปรแกรมไทยนี้สามารถประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางการดูแลและให้บริการสำหรับเด็กออทิสติกที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์การระบาดของโควิด 19 โดยใช้รูปแบบทางไกล (telehealth) เช่น การส่งเสริมพัฒนาการที่บ้านโดยผู้ดูแล แล้วมีการติดตามพัฒนาการผ่านทางโทรศัพท์ แอปพลิเคชันไลน์ หรือ ระบบ zoom

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงแก้วตา นพมณีจรัสเลิศ และทีมงานสถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล

ของงานวิจัย และบางกิจกรรมดำเนินการไม่ได้ เช่น เยี่ยมบ้าน จึงมีการปรับรูปแบบเป็นการติดตามทางโทรศัพท์แทน

เรื่องความเครียดของผู้ดูแล นอกจากนี้สามารถแก้ปัญหาในพื้นที่ที่ขาดแคลนบุคลากร ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ดูแลได้

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มควบคุม และติดตามผลระยะยาว เช่น 1 ปี เพื่อศึกษาความยั่งยืนของโปรแกรม

3. โปรแกรมนี้อาจไม่เหมาะสมกับทุกช่วงวัย เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 1-4 ปี และควรใช้แบบวัดพัฒนาการเด็กด้านอื่นร่วมด้วย

ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณครอบครัวเด็กออทิสติกที่มีส่วนทำให้การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดี

## References

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5th ed). American Psychiatric Pub.
- Apaiyanukorn, S., Kohprasert, K., & Kohprasert, M., (2013). The Development of a Model on Early Intervention Service for Children with Autism in Regional Hospital. *The Journal of Psychiatric and Mental Health, 27*(2), 99–111. (in Thai)
- Autistic Thai Foundation. (2010). *The Situation of Autistic persons in Thailand 2010*. Retrieved 8 Jun 2022, from <http://oknation.nationtv.tv/blog/autisticthai/2010/06/04/entry-2>. (in Thai)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Data and Statistics on Autism Spectrum Disorder*. Retrieved 9 Jun 2022, from <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/data.html>
- Greenspan, S., Degangi, G., & Wieder, S. (2009). *Engaging autism: Covering all types of ASD, including Asperger syndrome, from the earliest signs in infancy through the school years and on the adulthood*. Da Capo Press.
- Health Data Center. (2019). Percentage of autistic person access to service. Retrieved 10 May 2022, from <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>. (in Thai)
- Hirsch, K. H., & Paquin, J. D. (2019). “The Stress of the Situation has Changed us Both”: A Grounded Theory Analysis of the Romantic Relationship of Parents Raising Children with Autism. *Journal of Child and Family Studies, 28*(10), 2673–2689.
- Klongdee, K., Nintachan, P., & Sangon, S. (2016). Factors related to parenting stress in caregiver of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health, 30*(1), 52–68. (in Thai)
- Kosasena, U., & Yunibhand, J. (2013). Effects of play therapy with family involvement on social, intellectual, and language development of Autistic children. *The Journal of Psychiatric and Mental Health, 27*(3), 125–137. (in Thai)
- Kunlaka, S. (2017). Caring for Children with Autism Spectrum: A Case Study. *Journal of Ramathibodi Nursing, 24*(3), 227–238. (in Thai)
- Muenphet, S., Hongchayangkool, K., Rodklai, A., Sornsrivichai, V., & Balthip, K. (2021). The Participatory Care for People with autism using the Innovative Care for Chronic Condition framework, Hatyai, Songkhla. *Journal of Ratchasuda College for Research and Development of Person with Disabilities, 17*(2), 34–48. (in Thai)
- Munir, K. M., Lavelle, T. A., Helm, D. T., Thompson, D., Prestt, J., & Azeem, M. W. (2016). *Autism: A global framework for action*. Retrieved 6 Jun 2022, from <https://www.wish.org.qa/reports/autism-a-global-framework-for-action/>
- National Institute for Child and Family Development. (2021). THAI Model. Retrieved 10 Jun 2022, from <https://www.mahidolclinic.com/thai-model.html>. (in Thai)
- Nitithaveeratsakul, P., & Bhulapatna, P. (2020). A study on using sensory integration therapy program to improve sensory skills of preschoolers with Autism Spectrum Disorder (ASD): A case study of UDONSENSORY SCHOOL UDON THANI Province. *Journal of research and develop in special education, 9*(2), 1–15. (in Thai)
- Occupational Therapy Department, Hat yai Hospital. Occupational therapy statistics report. Songkhla Province, Thailand; 2019. (in Thai)
- Piyasil, V. (2015). *Children with disabilities*. Pentagon advertising. (in Thai)

- Punphong, S., Yunibhand, J., & Suktrakul, S. (2019). The effect of enhancing family caregiving ability program on autistic symptoms among autistic preschoolers. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University, 31*(3), 74–86. (in Thai)
- Reis, H., Pereira, S., & Almeida, L. (2018). Intervention effects on communication skills and sensory regulation on children with ASD. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention, 11*(3), 1–14.
- Singsathorn, D., Suksong, W., & Permsirivanich, W. (2016). Effects of Development Promotion based on DIR/Floortime Techniques in Autistic Children, Queen Savang Vadhana Memorial Hospital. *Journal of Phrapokklao Nursing College, 27*(1), 104–122. (in Thai)
- Siriumpunkul, P. (2019). Effectiveness of parental competencies and developmental stimulation program by playing on the knowledge, parental child-care, and adaptive behavior of Children with Autism. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 20*(1), 311–320. (in Thai)
- Sri-Amnuay, R. (2018). The lived experiences of parents who raise children with autism spectrum disorder: Implications for providing family-based early intervention. *Journal of research and development in special education, 7*(1), 82–103. (in Thai)
- Suppasri, J., Nukaew, O., & Suttharangsee, W. (2017). The Effect of a family psychoeducation program for Children with Autism on the burden of caregivers: A Preliminary Study. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, 4*(special), 196–213. (in Thai)
- White, S., Mcmorris, C., Weiss, J., & Lunskey, Y. (2012). The experience of crisis in families of Individuals with Autism Spectrum Disorder across the lifespan. *Journal of Child and Family Studies - J CHILD FAM STUD, 21*(3), 457–465.

## ความชุกและปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูง ของสถานประกอบการกิจการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูปในประเทศไทย

### The Prevalence and Selected Factors Associated with Workplace Hazards in Thailand's Prefabricated Roof Installation Enterprises

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Dec. 15, 2022

Revised: July 5, 2023

Accepted: Aug. 1, 2023

Published: Aug. 5, 2023

ธนุศิลป์ สลีอ่อน<sup>1</sup> กฤตติกา เหล่าวัฒนโรจน์<sup>2</sup> พงศพิงศ์ สามสังข์<sup>2</sup> สุภารัตน์ คตะ<sup>2</sup> บัญชลิษา ชันขุนทด<sup>2</sup>  
ธนวรรณ ฤทธิชัย<sup>2</sup> เปรมยุดา นวลศรี<sup>2</sup>

<sup>1</sup>คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี  
<sup>2</sup>สถาบันส่งเสริมความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน) กรุงเทพมหานคร  
Thanusin Saleeon<sup>1</sup> Kittigar Laowattanaroj<sup>2</sup> Paritthipong Samsang<sup>2</sup> Suparat Kata<sup>2</sup> Panchalika Chankunthod<sup>2</sup>  
Thanawan Ritthichai<sup>2</sup> Premyuda Nualsri<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under The Royal Patronage, Pathum Thani Province

<sup>2</sup>Thailand Institute of Occupational Safety and Health (Public Organization)

## บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูงของสถานประกอบการกิจการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูปในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่าง คือสถานประกอบการกิจการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูป จำนวน 392 แห่ง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นผ่านการตรวจความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ตั้งแต่ 0.67-1.00 และนำไปทดลองใช้ (try out) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูงด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร ผลการศึกษา พบว่า 1) ความชุกของการประสบอันตรายเท่ากับร้อยละ 26.30 และ 2) ปัจจัยคัดสรรด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ทำงานบนที่สูง และการใช้มาตรฐานการทำงานบนที่สูงมีความสัมพันธ์กับการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยด้านสถานภาพโสดมีโอกาสเสี่ยง 2.06 เท่า ( $OR_{adj}=2.06$ , 95%CI: 1.06-4.02) ประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า 20 ปี และสถานประกอบการไม่ใช้มาตรฐานการทำงานบนที่สูงมีโอกาสเสี่ยง 3.25 เท่า ( $OR_{adj}=3.25$ , 95%CI: 1.86-5.67) และ 1.81 เท่า ( $OR_{adj}=1.81$ , 95%CI: 1.09-3.01) ตามลำดับ และพบว่าปัจจัยป้องกันคือตัวแปรระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงน้อยกว่ากลุ่มประสบอันตราย 0.22 เท่า ( $OR_{adj}=0.22$ , 95%CI: 0.11-0.44) ดังนั้นควรส่งเสริมผู้ประกอบการให้มีความรู้และพฤติกรรมการทำงานบนที่สูงที่ปลอดภัยและให้สถานประกอบการทุกแห่งใช้มาตรฐานการทำงานบนที่สูง

**คำสำคัญ:** ปัจจัยคัดสรร, การประสบอันตราย, การทำงานบนที่สูง, สถานประกอบการกิจการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูป

**Corresponding author:** ธนุศิลป์ สลีอ่อน, E-mail: thanusin.sa@vru.ac.th

## Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to investigate the prevalence and risk aspects relevant to working at heights in Thailand's prefabricated roof installation enterprises. Employees of operators were used as an example. A total sample size of 392 participants was utilized in a multi-stage random sampling. A questionnaire was constructed as a data collection instrument. Descriptive statistics were examined, and multivariate logistic regression was applied to examine factors that influence accidental injury while working at height. 1) The prevalence of accidents or injuries was 26.30%, according to the findings. 2) Factors for marital status and educational level, working at height experience, and the application of standards were statistically significantly associated with the hazards of working at height. Single status was associated with a 2.06-fold increased risk ( $OR_{adj}=2.06$ , 95% CI: 1.06-4.02). Work experience of less than 20 years and workplaces that did not apply work standards at height increased the risk by 3.25 times ( $OR_{adj}=3.25$ , 95% CI: 0.13-0.33) and 1.81 times ( $OR_{adj}=1.81$ , 95% CI: 1.09-3.01), respectively. The protective factor was determined to be a bachelor's degree or higher, which had 0.22 times fewer risks than the risk group ( $OR_{adj}=0.22$ , 95% CI: 0.11-0.44). Knowledge and safe working behaviors should be encouraged, and all enterprises should implement working at height standards.

**Keywords:** Selected Factors, Accident, Working at Height, Prefabricated Roof Installation Enterprises

**Corresponding author:** Thanusin Saleeon, E-mail: thanusin.sa@vru.ac.th

## บทนำ

แนวโน้มธุรกิจอุตสาหกรรม ปี พ.ศ. 2564 - 2566 ธุรกิจวัสดุก่อสร้างมีแนวโน้มดีขึ้นตามความต้องการทั้งในและต่างประเทศ การลงทุนด้านก่อสร้างโดยรวมในประเทศไทยคาดว่าจะขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ 4.9-5.2 ตามการลงทุนโครงการขนาดใหญ่ของภาครัฐ การก่อสร้างที่อยู่อาศัยในภาคเอกชนมีแนวโน้มฟื้นตัวตามทิศทางเศรษฐกิจ หลังวิกฤต COVID-19 รวมถึงการขยายตัวของการลงทุนภาคก่อสร้างทั้งโครงสร้างพื้นฐานและโครงการอสังหาริมทรัพย์ในกลุ่มประเทศ CLMV ได้แก่ ประเทศกัมพูชา (Cambodia) สปป.ลาว (Lao PDR) เมียนมา (Myanmar) และเวียดนาม (Vietnam) เป็นตลาดหลัก วัสดุก่อสร้างพื้นฐาน เช่น ปูนซีเมนต์ และเหล็กก่อสร้าง เป็นต้น เป็นผลิตภัณฑ์หลักที่มีปริมาณการใช้มากในตลาดวัสดุก่อสร้าง ขณะที่วัสดุก่อสร้างสำเร็จรูป (Prefabricated building materials) ได้รับความนิยมมากขึ้นโดยลำดับ เนื่องจากช่วยระยะเวลาในการก่อสร้าง ทำให้ต้นทุนค่าจ้างแรงงานลดลง (Krungsri Research, 2020) ปัจจุบันกิจการติดตั้งหลังคาและหลังคาสำเร็จรูปเป็นกิจการที่มีขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และขนาดเล็ก และมีแนวโน้มขยายตัว จากการเพิ่มสัดส่วนการใช้โครงถักทดแทนโครงหลังคาเหล็กรูปพรรณ ทำให้ตลาดโครงหลังคาแบบโครงถักในปี พ.ศ. 2564 ที่ผ่านมายขยายตัวและขยายตัวอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี 2562 เป็นต้นมา โดยคาดว่าจะขยายตัวอยู่ที่ร้อยละ 10-15 และยังมีแนวโน้มที่ดีมากขึ้น เพราะแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงมาใช้โครงถักของผู้ประกอบการอสังหาริมทรัพย์ขนาดกลางและเล็กมีแนวโน้มที่สอดคล้องกับความต้องการ (Real Estate Information Center, Government Housing Bank, 2020) สอดคล้องกับสถานการณ์การประสบอันตรายหรือเจ็บป่วยเนื่องจากการทำงาน ปี พ.ศ. 2559- 2563 พบว่าประเภทกิจการ

การก่อสร้างอาคารที่พักอาศัย เป็นประเภทกิจการที่ประสบอันตรายสูงสุด มีลูกจ้างประสบอันตรายจำนวน 13,882 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.22 ต่อปี สาเหตุการตกจากที่สูงเป็นอันดับแรก มีลูกจ้างประสบอันตรายจำนวน 3,456 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.76 ต่อปี ในปี พ.ศ. 2563 ทำงานแล้วตกจากที่สูงเสียชีวิตจำนวน 12 ราย หยุดงานเกิน 3 วัน จำนวน 333 ราย หยุดงานไม่เกิน 3 วัน จำนวน 333 ราย รวมทั้งหมด 678 ราย (Social Security Office, Ministry of Labour, 2020) และในปัจจุบันยังพบว่ามี การประสบอันตรายอย่างต่อเนื่อง ตามการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชนที่จะพบในกิจการขนาดกลางและขนาดย่อม โดยในวันที่ 7 พฤษภาคม 2563 หนังสือพิมพ์ไทยรัฐออนไลน์ได้รายงานข่าว “เหตุการณ์คนงานติดตั้งหลังคาโกดัง พลาดท่าตกลงมาจากหลังคาโกดังที่มีความสูงประมาณ 15 เมตร กระแทกพื้นเสียชีวิตคาที่ 3 ราย เหตุเกิดบริเวณพื้นที่ก่อสร้างโกดังหลังใหม่ไม่มีเลขที่ อำเภอศรีราชา จังหวัดชลบุรี เบื้องต้นเจ้าหน้าที่ตำรวจได้เข้าตรวจสอบในที่เกิดเหตุ พร้อมสอบปากคำพยานที่อยู่ในเหตุการณ์ ทั้งนี้สันนิษฐานว่าผู้เสียชีวิตน่าจะพลาดท่าตกลงมาเอง ส่งผลให้เสียชีวิตทั้ง 3 ราย เนื่องจากผู้รับเหมารายนี้ไม่มีอุปกรณ์เซฟตี้ในเรื่องของความปลอดภัย” (Thairath Online, 2020) จะเห็นได้ว่างานติดตั้งหลังคาสำเร็จรูปเป็นงานที่เสี่ยงอันตรายและต้องทำงานบนที่สูงโดยทั่วไปมีความสูงจากพื้นตั้งแต่ 2 เมตรขึ้นไป จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการประสบอันตรายจากการทำงานบนที่สูงเพิ่มเติมโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานประกอบการกิจการขนาดกลางและขนาดย่อม เพื่อที่จะได้เสนอแนะแนวทางแก้ไขปัญหาลดโอกาสเสี่ยงในการประสบอันตรายของคนทำงาน

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูงของสถานประกอบการกิจการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูปในประเทศไทย

2. เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูงของสถานประกอบการกิจการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูปในประเทศไทย

### สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยคัดสรรได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทำงานบนที่สูง การอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการทำงานบนที่สูง การใช้มาตรการทำงานบนที่สูง การชี้แจงก่อนการทำงานบนที่สูง การตรวจ

สุขภาพพนักงานก่อนเข้าทำงานบนที่สูง มีความสัมพันธ์ต่อการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูงของสถานประกอบการกิจการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูปในประเทศไทย

### นิยามศัพท์เฉพาะ

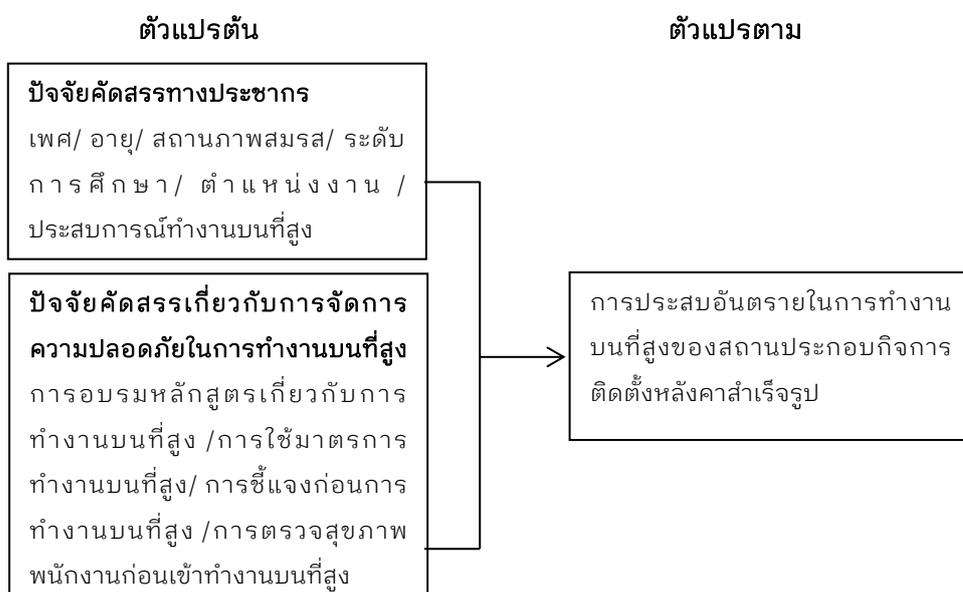
การประสบอันตราย หมายถึง การที่ลูกจ้างได้รับอันตรายแก่กาย หรือผลกระทบ แก่จิตใจ หรือถึงแก่ความตาย เนื่องจากการทำงานหรือป้องกันรักษาประโยชน์ให้แก่ นายจ้าง หรือตามคำสั่งของนายจ้าง เป็นความหมายตามมาตรา 5 พระราชบัญญัติกองทุนเงินทดแทน พ.ศ. 2537

ปัจจัยคัดสรรทางประชากร หมายถึง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประสบการณ์ทำงานบนที่สูง

การติดตั้งหลังคาสำเร็จรูป หมายถึง กิจกรรมการก่อสร้างที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูป ประกอบด้วย กระบวนการติดตั้งโครงหลังคาและ/หรือมุงหลังคาสำเร็จรูป

ปัจจัยคัดสรรเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในการทำงานบนที่สูง หมายถึง การอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการทำงานบนที่สูง การใช้มาตรการทำงานบนที่สูง การชี้แจงก่อนการทำงานบนที่สูง การตรวจสุขภาพพนักงานก่อนเข้าทำงานบนที่สูง

### กรอบแนวคิดในการวิจัย



## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง สถานประกอบการที่ติดตั้งโครงหลังคาหลังคาสำเร็จรูปทุกขนาดในประเทศไทยที่จดทะเบียนพาณิชย์ ปี พ.ศ. 2564 และสมัครใจเข้าร่วมตอบแบบสอบถามจำนวน จำนวน 910 แห่ง คำนวณตามลักษณะของอัตราส่วนที่คิดเป็นร้อยละ 50 ของกลุ่มประชากร (Neuman, 1991) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 455 แห่ง และเพื่อป้องกันการสูญหายหรือความไม่ครบถ้วนที่จะนำมาวิเคราะห์จึงบวกเพิ่มอีก ร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 500 แห่ง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage random sampling) ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) เป็นการสุ่มโดยการแบ่งประชากร แบ่งสถานประกอบการตามที่ตั้งจังหวัด ใน 4 ภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคเหนือ ตะวันออกเฉียงเหนือ กลาง และใต้ ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแยกประชากรออกเป็นขนาดของ

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้น โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะปัจจัยคัดสรรทางประชากร จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรสระดับการศึกษา ตำแหน่งงาน ประสพการณ์เกี่ยวกับ

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องเชิงเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 และทดลองใช้

แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical study)

สถานประกอบการขนาดกลาง ขนาดย่อม ขั้นตอนที่ 3 การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (Quota sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงสัดส่วนองค์ประกอบของประชากร แบ่งเป็นตัวแทนของขนาดสถานประกอบการ ขั้นตอนที่ 4 การเลือกแบบจำเพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาตามการตอบคำถามและความครบถ้วนของข้อมูล มีการตอบแบบสอบถามกลับมายังผู้ทำการวิจัยจำนวน 392 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 78.4

โดยมีเกณฑ์คัดเลือกเข้า ได้แก่ เกณฑ์คัดเลือกเข้าสำหรับกลุ่มเป้าหมาย คือ 1) ยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยตลอดโครงการด้วยความสมัครใจ 2) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 3) ผู้ตอบแบบสอบถามปฏิบัติงานในสถานประกอบการมาไม่น้อยกว่า 1 ปี

การทำงานบนที่สูง ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของสถานประกอบการจำนวน 7 ข้อ และปัจจัยคัดสรรเกี่ยวกับการจัดการความปลอดภัยในการทำงานบนที่สูงจำนวน 5 ข้อ และข้อมูลการประสพอันตรายจำนวน 7 ข้อ

แบบสอบถามในกลุ่มสถานประกอบการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูปที่ตั้งในพื้นที่บริบทใกล้เคียงกัน จำนวน 30 แห่ง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามโดยรวมเท่ากับ 0.89

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษานี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้น ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการส่งแบบสอบถามไปยังสถานประกอบการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูปทางไปรษณีย์จำนวน 500 แห่ง กำหนดให้ตัวแทนของสถานประกอบการ จำนวน 1 คน เป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเองและส่งกลับทาง

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยคัดสรรระดับบุคคลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) วิเคราะห์ความชุกของการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูงของสถานประกอบการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูปในประเทศไทยโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ

3) วิเคราะห์ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูงในประเทศไทยด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression) และสถิติถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression) โดยทำการวิเคราะห์เบื้องต้นที่ละปัจจัยระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปร

## จริยธรรมวิจัย

ในการศึกษานี้ได้คำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยผ่านการรับรองให้ดำเนินการจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันส่งเสริมความปลอดภัย

ไปรษณีย์ที่ติดแสตมป์ค่าธรรมเนียมส่งเรียบร้อย แล้ว ทั้งนี้ได้มีการควบคุมกำกับการตอบแบบสอบถามโดยผู้วิจัยได้ติดตามผลและความก้าวหน้าทางโทรศัพท์ทุกแห่ง หากมีข้อสงสัยในแบบสอบถามสามารถติดต่อกลับทางโทรศัพท์หรือติดต่อสื่อสารทางกลุ่มแอปพลิเคชันไลน์ได้ตลอดเวลา

ตาม พิจารณาเลือกตัวแปรที่มีค่า  $p$ -value ของ Wald's Test น้อยกว่าหรือเท่ากับ 0.25 และนำมาวิเคราะห์พหุตัวแปรด้วยสมการถดถอยโลจิสติกพหุตัวแปร คัดเลือกตัวแปรที่มีค่า  $p$ -value มากกว่า 0.05 ออกจากการวิเคราะห์ด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอผลการศึกษาค่าสัดส่วนความเสี่ยง (Adjusted Odds Ratios: OR) และค่าร้อยละ 95 ของช่วงเชื่อมั่น (95% Confidence Interval: 95%CI) แปลผลโดยพิจารณาจากค่า OR ในกรณีที่ค่า OR มีค่ามากกว่า 1 ปัจจัยคัดสรรนั้นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความเสี่ยงของการประสบอันตราย และในกรณีที่ค่า OR มีค่าน้อยกว่า 1 ปัจจัยคัดสรรนั้นเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อความเสี่ยงของการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูงของสถานประกอบการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูป

อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน (องค์การมหาชน) เลขที่ T-OSH-CIRB COA. NO. 002/2020

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ทำการสำรวจข้อมูลพื้นฐานในการทำงานบนที่สูงของผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการกิจการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 392 คน เป็นเพศชาย จำนวน 198 คน (ร้อยละ 50.5) เพศหญิง จำนวน 194 คน (ร้อยละ 49.5) มีช่วงอายุ 25 ถึง 39 ปี จำนวน 230 คน (ร้อยละ 58.7) และช่วงอายุ 40-55 ปี จำนวน 162 คน (ร้อยละ 41.3) อายุเฉลี่ย 37.71 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.66 มีอายุสูงสุด 55 ปี และต่ำที่สุด 23 ปี ระดับการศึกษา แบ่งเป็นระดับต่ำกว่าหรือเท่ากับปริญญาตรี จำนวน 348 คน (ร้อยละ 88.8) ระดับสูงกว่า

ปริญญาตรี จำนวน 44 คน (ร้อยละ 11.2) สถานภาพโสด จำนวน 79 คน (ร้อยละ 20.2) สมรส จำนวน 295 คน (ร้อยละ 75.3) หม้าย/หย่า จำนวน 18 คน (ร้อยละ 4.6) ตำแหน่งการทำงาน ผู้จัดการ จำนวน 98 คน (ร้อยละ 25.0) ผู้ช่วยผู้จัดการ จำนวน 41 คน (ร้อยละ 10.5) หัวหน้าแผนก/ฝ่าย จำนวน 71 คน (ร้อยละ 18.1) พนักงาน/ลูกจ้าง จำนวน 182 คน (ร้อยละ 46.4) มีประสบการณ์ในการทำงานบนที่สูง ตั้งแต่ 1 ถึง 19 ปี จำนวน 297 คน (ร้อยละ 75.8) และตั้งแต่ 20 ถึง 30 ปี มีจำนวน 95 คน (ร้อยละ 24.2) ประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 9.66 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.20 และสูงสุด 30 ปี ต่ำสุด 1 ปี ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** คุณลักษณะทางประชากรของผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการกิจการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูป (n=392)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	198	50.5
หญิง	194	49.5
<b>อายุ (ปี)</b>		
23-39	230	58.7
40-55	162	41.3
Mean= 37.71, SD.= 9.66, Min = 23 , Max= 55		
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	348	88.8
ปริญญาตรีขึ้นไป	44	11.2
<b>สถานภาพสมรส</b>		
โสด	79	20.2
สมรส	295	75.3
หม้าย/หย่า	18	4.6
<b>ตำแหน่งงาน</b>		
ผู้จัดการ	98	25.0
ผู้ช่วยผู้จัดการ	41	10.5
หัวหน้าแผนก/ ฝ่าย	71	18.1
พนักงาน/ลูกจ้าง	182	46.4

**ตารางที่ 1** คุณลักษณะทางประชากรของผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูป (n=392) (ต่อ)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
<b>ประสบการณ์ในการทำงาน (ปี)</b>		
1-19	297	75.8
20-30	95	24.2
Mean= 9.66, SD.= 9.20, Min = 1 , Max= 30		

2. การประสบอันตรายและปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการทำงานบนที่สูงของผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูป

ผลการศึกษาพบว่า สถานประกอบการขนาดย่อม (พนักงาน/ลูกจ้าง 6- 50 คน) มีจำนวน 275 แห่ง (ร้อยละ 70.2) ไม่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการทำงานบนที่สูง จำนวน 269 คน (ร้อยละ 68.6) สถานประกอบการไม่มีการใช้มาตรฐานการทำงานบนที่สูง จำนวน 244 แห่ง (ร้อยละ 62.2) มีการชี้แจงก่อนการทำงานบนที่สูงทุกครั้ง จำนวน 111 แห่ง (ร้อยละ 28.3) ไม่ได้ตรวจสุขภาพพนักงานก่อนรับเข้าทำงานบนที่สูง (Fitness for work) จำนวน 365 แห่ง (ร้อยละ 93.1) มีการประสบอันตรายในสถานประกอบการในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 32 แห่ง (ร้อยละ 8.2) สถานประกอบการทุกแห่งมี

พนักงานไม่เกิน 8 ชั่วโมง (ร้อยละ 100) สาเหตุการประสบอันตราย 3 ลำดับแรก ได้แก่ วัตถุหรือสิ่งของ ตัด/บาด/ทิ่มแทง วัตถุหรือสิ่งของ พังทลาย/หล่นทับ และวัตถุหรือสิ่งของกระแทก/ชน ร้อยละ 61.2 27.3 และ 11.5 ตามลำดับ สิ่งที่ทำให้ประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูง 3 ลำดับแรก ได้แก่ วัตถุหรือสิ่งของ เครื่องมือ และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ร้อยละ 53.3 27.3 และ 19.4 ตามลำดับ ผลของการประสบอันตราย ได้แก่ บาดแผลลึก ข้อต่อเคล็ดและการอักเสบตึงตัวของกล้ามเนื้อ กระดูกหัก/แตก/ร้าว และบาดแผลตื้น ร้อยละ 7.4 38.0 9.4 และ 45.2 ตามลำดับ ความรุนแรงของการประสบอันตรายโดยหยุดงานไม่เกิน 3 วัน ร้อยละ 23.0 และหยุดงานเกิน 3 วัน ร้อยละ 5.6 และการประสบอันตรายจากการทำงานบนที่สูงในรอบปีที่ผ่านมา มีจำนวน 103 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.3 ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ข้อมูลทั่วไป การประสบอันตรายและปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการทำงานบนที่สูง (n=392)

ข้อมูลทั่วไป การประสบอันตรายและปัจจัยคัดสรร	จำนวน (คน)/แห่ง	ร้อยละ
จำนวนพนักงาน/ลูกจ้างในสถานประกอบการ		
ขนาดย่อม (6-50 คน)	275	70.20
ขนาดกลาง (51-200 คน)	57	14.50
ขนาดใหญ่ (มากกว่า 200 คน)	60	15.30
การอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการทำงานบนที่สูง		
ไม่เคย	269	68.60
เคย	123	31.40
การใช้มาตรฐานการทำงานบนที่สูง		
ไม่ใช้	244	62.20

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไป การประสบอันตรายและปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับการทำงานบนที่สูง (n=392)  
(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป การประสบอันตรายและปัจจัยคัดสรร	จำนวน (คน)/แห่ง	ร้อยละ
ใช้	148	37.80
มีการชี้แจงก่อนการทำงานบนที่สูงทุกครั้ง		
ไม่มี	281	71.70
มี	111	28.30
การตรวจสุขภาพพนักงานก่อนรับเข้าทำงานบนที่สูง (Fitness for work)		
ไม่ตรวจ	365	93.10
ตรวจ	27	6.90
การประสบอันตรายในสถานประกอบกิจการในรอบ 1 เดือนที่ ผ่านมา		
ไม่มี	360	91.80
มี	32	8.20
จำนวนชั่วโมงทำงานต่อวัน		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมง	392	100.0
สาเหตุการประสบอันตราย 3 ลำดับแรก		
วัตถุหรือสิ่งของตัด/บาด/ทิ่มแทง	240	61.20
วัตถุหรือสิ่งของพังทลาย/หล่นทับ	107	27.30
วัตถุหรือสิ่งของกระแทก/ชน	45	11.50
สิ่งที่ทำให้ประสบอันตราย ในการทำงานบนที่สูง 3 ลำดับแรก (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
วัตถุหรือสิ่งของ	209	53.30
เครื่องมือ	107	27.30
สภาพแวดล้อมในการทำงาน	76	19.40
ผลของการประสบอันตราย (ตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)		
บาดแผลลึก	29	7.40
ข้อต่อเคล็ดและการอักเสบตึงตัวของกล้ามเนื้อ	149	38.00
กระดูกหัก/แตก/ร้าว	37	9.40
บาดแผลตื้น	177	45.20
ความรุนแรงของการประสบอันตราย		
ไม่เคยประสบอันตรายรุนแรง	280	71.40
หยุดงานไม่เกิน 3 วัน	90	23.00
หยุดงานเกิน 3 วัน	22	5.60
การประสบอันตรายจากการทำงานบนที่สูงในรอบปีที่ผ่านมา		
ไม่เคย	289	73.70
เคย	103	26.30

การวิเคราะห์ห้อย่างหยาบปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูงพบว่า ปัจจัยอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การมีประสบการณ์ทำงานบนที่สูง และการใช้มาตรฐานทำงานบนที่สูง มีความสัมพันธ์ต่อการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ปฏิบัติงานที่มีอายุระหว่าง 40-55 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการประสบอันตราย 1.66 เท่า ( $OR=1.66$ , 95%CI: 1.05-2.61) และในส่วนของสถานภาพ

โสดจะมีโอกาสเสี่ยง 2.56 เท่า ( $OR=2.56$ , 95%CI: 1.38-4.75) การมีประสบการณ์ทำงานบนที่สูงตั้งแต่ 1-19 ปี มีโอกาสเสี่ยง 2.88 เท่า ( $OR=2.88$ , 95%CI: 1.76-4.71) และสถานประกอบกิจการที่ไม่ใช้มาตรฐานทำงานบนที่สูง มีโอกาสเสี่ยง 2.29 เท่า ( $OR=2.29$ , 95%CI: 1.45-3.62) และระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงต่อการประสบอันตรายน้อยกว่า 0.27 เท่า ( $OR=0.27$ , 95% CI: 0.14-0.52) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การวิเคราะห์ห้อย่างหยาบปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์การประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูงของสถานประกอบกิจการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูปในประเทศไทย (n=392)

ปัจจัยคัดสรร	จำนวน (ร้อยละ) การประสบอันตราย ในการทำงานบนที่ สูง	OR (95%CI)	p-value
เพศ			0.356
ชาย	48 (46.60)	Ref.	
หญิง	55(53.40)	1.24 (0.79-1.94)	
อายุ (ปี)			0.029
23-39	51 (49.50)	Ref.	
40-55	52 (50.50)	1.66 (1.05-2.61).	
สถานภาพสมรส			0.003
โสด	14 (13.60)	2.56 (1.38-4.75)	
สมรส	89 (86.40)	Ref.	
ระดับการศึกษา			<0.001
ต่ำกว่าปริญญาตรี	23 (22.30)	Ref.	
ปริญญาตรีขึ้นไป	80 (77.70)	0.27 (0.14-0.52)	
ตำแหน่งงาน			0.528
ผู้บริหาร	37(35.90)	Ref.	
พนักงาน	66(64.10)	0.86 (0.54-1.37)	
ประสบการณ์ในการทำงานบนที่สูง (ปี)			<0.001
1-19	62 (60.20)	2.88 (1.76-4.71)	
20-30	41(39.80)	Ref.	
การอบรมหลักสูตรเกี่ยวกับการทำงานบนที่สูง			0.248
ไม่เคย	66 (64.10)	1.32 (0.82-2.13)	
เคย	37 (35.90)	Ref.	
การใช้มาตรฐานการทำงานบนที่สูง			<0.001
ไม่ใช้	49 (47.60)	2.29 (1.45-3.62)	

**ตารางที่ 3** การวิเคราะห์ห้อย่างหยาบปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์การประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูงของสถานประกอบการกิจการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูปในประเทศไทย (n=392) (ต่อ)

ปัจจัยคัดสรร	จำนวน (ร้อยละ) การประสบอันตราย ในการทำงานบนที่ สูง	OR (95%CI)	p-value
ใช้	54 (52.40)	Ref.	
มีการชี้แจงก่อนการทำงานบนที่สูงทุกครั้ง			0.138
ไม่มี	68 (66.0)	1.44 (0.89-2.34)	
มี	35 (34.0)	Ref.	
การตรวจสุขภาพพนักงานก่อนรับเข้าทำงาน บนที่สูง (Fitness for work)			0.966
ไม่ตรวจ	20 (6.90)	0.98 (0.40-2.39)	
ตรวจ	7 (6.80)	Ref.	

การวิเคราะห์ห้อย่างหยาบปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูงพบว่า ปัจจัยสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ประสบการณ์ในการทำงานบนที่สูง และการใช้มาตรฐานการทำงานบนที่สูงมีความสัมพันธ์ต่อการประสบอันตรายอย่างมีนัยสำคัญ โดยสถานภาพโสดมีโอกาสเสี่ยง 2.06 เท่า (  $OR_{adj}=2.06$ , 95%CI: 1.06-4.02)

ประสบการณ์ในการทำงานบนที่สูงตั้งแต่ 1 ถึง 19 ปี มีโอกาสเสี่ยง 3.25 เท่า ( $OR_{adj}=3.25$ , 95%CI: 1.86-5.67) และสถานประกอบการที่ไม่ใช้มาตรฐานการทำงานบนที่สูงมีโอกาสเสี่ยง 1.81 เท่า ( $OR_{adj}=1.81$ , 95%CI: 1.09-3.01) และระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยงในการประสบอันตรายน้อยกว่า 0.22 เท่า ( $OR_{adj}=0.22$ , 95%CI: 0.11-0.44) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** การวิเคราะห์ห้อย่างหยาบปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูง

ปัจจัยคัดสรร	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
สถานภาพสมรส			0.034
สมรส	Ref.	Ref.	
โสด	2.56 (1.38-4.75)	2.06 (1.06-4.02)	
ระดับการศึกษา			<0.001
ต่ำกว่าปริญญาตรี	Ref.	Ref.	
ปริญญาตรีขึ้นไป	0.27 (0.14-0.52)	0.22 (0.11-0.44)	
ประสบการณ์ในการทำงานบนที่ สูง (ปี)			<0.001
20-30	Ref.	Ref.	
1-19	2.88 (1.76-4.71)	3.25 (1.86-5.67)	

**ตารางที่ 4** การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์ต่อการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูง (ต่อ)

ปัจจัยคัดสรร	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
การใช้มาตรฐานการทำงานบนที่สูง			0.022
ใช่	Ref.	Ref.	
ไม่ใช่	2.29 (1.45-3.62)	1.81 (1.09-3.01)	

### อภิปรายผล

ในการศึกษานี้ความชุกของการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูงของสถานประกอบการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูปเท่ากับร้อยละ 26.30 พบว่าเป็นความชุกของการประสบอันตรายจากการทำงานลักษณะใกล้เคียงกันกับร้อยละ 23.90 ในผลการศึกษาของ Krutharoj, Lormphongs, Phatrabuddha, & Pusapukdepob. (2018) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานบนที่สูงของพนักงานก่อสร้างรถไฟฟ้าในเขตกรุงเทพมหานคร และร้อยละ 22.60 ในผลการศึกษาของ Zerguine, H., Tamrin, S. B. M., & Jalaludin, J. (2018) แต่มีความแตกต่างจากความชุกจากการประสบอันตรายตกจากที่สูงในงานก่อสร้างในประเทศเอธิโอเปีย ร้อยละ 46.78 (Mersha, H., Mereta, S. T., & Dube, L., 2017)

จากการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูงพบว่า สถานภาพโสดมีโอกาสเสี่ยง 2.06 เท่า ทั้งนี้อธิบายได้ว่าสถานภาพโสดจะมีพฤติกรรมการทำงานมีความเสี่ยงกว่าพนักงานก่อสร้างที่มีครอบครัวเพราะคนโสดไม่มีภาระพันธะใดๆ ให้เป็นห่วงมากนักทำให้ขณะปฏิบัติงานจึงไม่ค่อยคำนึงถึงผลที่จะตามมาและความรุนแรงของการประสบอันตราย หรืออาจกล่าวได้ว่าเนื่องจากความประมาทสอดคล้องกับ

ผลการศึกษาของ Sonprom (2012) และ Arifuddin, R., Latief, R. U., & Suraji, A. (2020).

การศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป มีโอกาสเสี่ยงในการประสบอันตราย น้อยกว่า 0.22 เท่า หรือเป็นปัจจัยป้องกัน สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Maryani, A., Wignjosoebroto, S., & Partiwi, S. G. (2015) ที่พบว่าพนักงานจะมีจิตสำนึกด้านความปลอดภัย (Safety Awareness) ในพนักงานที่มีระดับการศึกษาที่สูงขึ้น ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยป้องกันการประสบอันตราย

ประสบการณ์การทำงานตั้งแต่ 1-19 ปี มีโอกาสเสี่ยง 3.25 เท่า โดยผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยจะมีการระมัดระวังภัยน้อยกว่าทำให้มีความเสี่ยงมากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่าสอดคล้องกับการศึกษาของ Wichairum (2009), Tummarong (2021), Baraza, X., & Cugueró-Escofet, N. (2021). ที่พบว่าพนักงานอายุน้อยจะมีประสบการณ์ต่ำและมีอัตราการประสบอันตรายมากกว่ากลุ่มพนักงานที่มีประสบการณ์

ปัจจัยคัดสรรการใช้มาตรฐานการทำงานบนที่สูงมีโอกาสเสี่ยงต่อการประสบอันตราย 1.81 เท่า แสดงให้เห็นว่าสาเหตุสำคัญของอุบัติเหตุจากการทำงานบนที่สูงและการประสบอันตรายเกิดจากการขาดแนวทางปฏิบัติที่

ถูกต้องและลำดับขั้นตอน ปัจจุบันสถานประกอบกิจการสามารถเลือกใช้มาตรฐานการทำงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงานบนที่สูงได้อิสระ แต่ทุกแห่งต้องปฏิบัติตามกฎหมายเกี่ยวกับการทำงานบนที่สูงเป็นหลักสอดคล้องกับการศึกษาของ Wibowo, Sukaryawan, M., & Hatmoko. (2020) ทำการศึกษาเรื่อง การระบุสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการทำงานบนที่สูง: กรณีศึกษาบริษัทรับเหมาก่อสร้าง พบว่า มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อให้เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน เช่น บาดเจ็บสาหัส พิการ กระดูกหัก และเสียชีวิต ในการก่อสร้าง เป็นต้น หากไม่มีการวางแผนความปลอดภัยตั้งแต่เริ่มปฏิบัติงานและการมีมาตรฐานของอุปกรณ์และการดูแล ในการศึกษาเมื่อพิจารณาจากข้อมูลทั่วไปของสถานประกอบกิจการพบว่าส่วนใหญ่มีขนาดย่อม จำนวนผู้ปฏิบัติงาน 6 ถึง 50 คน (ร้อยละ 70) สอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ ที่พบว่า สถานประกอบกิจการขนาดเล็กอาจมีมาตรการ/มาตรฐานความ

### การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาดังกล่าว ปัจจัยคัดสรรมีความสัมพันธ์กับการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูงของสถานประกอบกิจการติดตั้งหลังคาสำเร็จรูป ในลักษณะปัจจัยเสี่ยงต่อความเสี่ยงการประสบอันตราย ได้แก่ สถานภาพโสด ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับการทำงานบนที่สูงตั้งแต่ 1-19 ปี และการไม่ใช้มาตรฐานความปลอดภัยในการทำงานบนที่สูง ส่วนปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีค่า *OR* น้อยกว่า 1 แสดงว่าเป็นปัจจัยในเชิงป้องกันต่อโอกาสเสี่ยงของการประสบอันตราย การที่พนักงานมีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าพนักงานจะมีจิตสำนึกด้านความปลอดภัยที่สูงกว่า ดังนั้นการนำปัจจัยค้นพบนี้ไปออกแบบการพัฒนาศักยภาพพนักงานของสถานประกอบกิจการที่พบอัตราการประสบอันตรายสูงและมี

ปลอดภัยที่ไม่เหมาะสม เช่น อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (PPE) ไม่เพียงพอ/ใช้งานไม่ได้ ระบบกันตกส่วนบุคคล (PFAS) เข็มขัดนิรภัย/สายรัดนิรภัยชำรุด และขาดหลักสูตรการฝึกอบรมโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านความปลอดภัย เป็นต้น (Lipscomb, Dement, Nolan, Patterson & Cameron, 2003; Huang & Hinze, 2003; Hon, & Chan, 2013; Rana, & Goswami, 1996) ในขณะเดียวกันอาจเนื่องมาจากปัญหาในการนำใช้มาตรฐานการทำงานบนที่สูง ในการศึกษาของ Wong, Chan, Yam, Wong, Kenny, Yip et al. (2009) พบว่าทัศนคติและพฤติกรรมด้านความปลอดภัยที่ไม่ดีของคณงานเป็นปัญหาหลักในการขัดขวางการดำเนินการตามขั้นตอนความปลอดภัยและแนวทางปฏิบัติสำหรับสถานีก่อสร้าง เช่น รู้สึกว่าการสวมใส่อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลทำให้ไม่สะดวกสบายขณะปฏิบัติงานจึงไม่นิยมใช้ เป็นต้น

ความเสี่ยง โดยการเน้นให้ความรู้และร่วมสร้างองค์ความรู้เรื่องความปลอดภัยในการทำงานบนที่สูง และเสริมประสบการณ์ทำงานในลักษณะการฝึกปฏิบัติงานไปพร้อมการทำงานจริง (On the Job Training : OJT) และเพิ่มเติมในการชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการมีและใช้มาตรฐานการทำงานบนที่สูงถึงแม้ว่าขนาดของสถานประกอบกิจการจะมีขนาดย่อมก็ตาม และบุคลากรทางด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้พนักงานเกิดพฤติกรรมการทำงานที่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง หรือการส่งเสริมความรู้ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยเกี่ยวกับการทำงานบนที่สูงในสถานประกอบกิจการผ่านช่องทางต่างๆ เพื่อลดการประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูง และหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องควรมีการเพิ่มการควบคุมดูแล

กำกับการปฏิบัติตามกฎหมายและด้านการ  
เผยแพร่และการสนับสนุนนโยบายมาตรฐาน  
ความปลอดภัยในการทำงานบนที่สูง สำหรับ

สถานประกอบการกิจการขนาดกลางและย่อม  
(SMEs) ให้มากขึ้น

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง  
กับการใช้/ไม่ใช้มาตรฐานความปลอดภัยในการ  
ทำงานบนที่สูงของสถานประกอบการติดตั้ง  
หลังคาสำเร็จรูป

2. ควรศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมการ  
พัฒนาศักยภาพสถานประกอบการติดตั้ง  
หลังคาสำเร็จรูปในแต่ละขนาดในการลดการ  
ประสบอันตรายในการทำงานบนที่สูง

## References

- Arifuddin, R., Latief, R. U., & Suraji, A. (2020). An investigation of fall accident in a high-rise building project. In *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science* (Vol. 419, No. 1, p. 012144). IOP Publishing.
- Baraza, X., & Cugueró-Escofet, N. (2021). Severity of occupational agricultural accidents in Spain, 2013–2018. *Safety science*, *143*, 105422.
- Tummavong, A. (2021). Factors related to behavior Safety, Occupational Health and Working Environment for Employees Siri Success Supply Co., Ltd., A Theses Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for Master of Science (Environmental Management), National Institute of Development Administration.
- Krutharoj, A., Lormphongs, S., Phatrabuddha, N., & Pusapukdepob, J. (2018). Factors Related to Safety Behavior of Working at Height among Electric Railway Workers in Bangkok Metropolis. *Journal of Safety and Health*, *11* (3), 27-34.
- Sonprom, B. (2012). Attitude of construction workers on accidents in construction industry: a case study of SWT technology & construction Co., Ltd. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for Civil Engineering. Suranaree University of Technology.
- Hon, C.K., & Chan, A.P. (2013). Fatalities of repair, maintenance, minor alteration, and addition works in Hong Kong. *Saf. Sci.*, *51*, 85–93.
- Huang, X., & Hinze, J. (2003). Analysis of construction worker fall accidents. *J. Constr. Eng. Manag.*, *129*, 262–271.
- Krungsri Research. (2020). Business/Industry Outlook 2021-2023: Construction Materials Business, 2021. Available from: <https://www.krungsri.com>. (in Thai)
- Lipscomb, H.J., Dement, J.M., Nolan, J., Patterson, D., Li, L., Cameron, W. (2003). Falls in residential carpentry and drywall installation: Findings from active injury surveillance with union carpenters. *J. Occup. Environ. Med.*, *45*, 881–890.
- Maryani, A., Wignjosoebroto, S., & Partiw, S. G. (2015). A system dynamics approach for modeling construction accidents. *Procedia Manufacturing*, *4*, 392-401.
- Mersha, H., Mereta, S. T., & Dube, L. (2017). Prevalence of occupational injuries and associated factors among construction workers in Addis Ababa, Ethiopia. *Journal of public health and epidemiology*, *9*(1), 1-8.
- Neuman, W. L. (1991). Social research methods: Qualitative and quantitative approaches. Boston: Allyn and Bacon.
- Rana, S., & Goswami, P. (1996). Hazard Associated with Construction Sites in India and Various Techniques for Preventing Accidents due to Fall from Height. *Res. Pract. Fall Inj. Control Workplace*, *1*, 188–191.
- Real Estate Information Center, Government Housing Bank. (2020). Fierce competition in truss roof structure market 3 companies win share - Easy Trust expands the project. Available from: <https://www.reic.or.th/News/RealEstate/439029>. (in Thai)
- Siripanich, S., Meanpoung, P., & Sangchatip, A. (2016). Trends and characteristics of occupational injuries in Thailand, 2002-2010. *OSIR Journal*, *7*(3), 8-15. (in Thai)

- Social Security Office, Ministry of Labour. (2020). Report on situations of danger or illness due to work for the year 2016-2020. Available from: <https://www.sso.go.th>. (in Thai)
- Wichairum., S. (2009). Risk factors of Construction Worker. Degree of Master of Science, Graduate School, Dhurakij Pundit University.
- Thairath Online. (2020). Chonburi looks to sacrifice 3 bodies. A young worker fell from the roof of a warehouse 15 meters high and died on the spot. 7 May 2020. Available from: <https://www.thairath.co.th/news/local/east/1838508>. (in Thai)
- Wibowo, T., Sukaryawan, I. M., & Hatmoko, J. U. D. (2020). Identifying Causal Factors of Accidents Related to Working at Height: A Case Study of a Construction Company. In Proceedings of the International Conference on Engineering and Information Technology for Sustainable Industry, 1-7.
- Wong, F. K., Chan, A. P., Yam, M. C., Wong, E. Y., Kenny, T. C., Yip, K. K., et al. (2009). Findings from a research study of construction safety in Hong Kong: Accidents related to fall of person from height. *Journal of Engineering, Design and Technology*, 7 (2), 130-142.
- Zerguine, H., Tamrin, S. B. M., & Jalaludin, J. (2018). Prevalence, source and severity of work-related injuries among “foreign” construction workers in a large Malaysian organisation: a cross-sectional study. *Industrial health*, 56(3), 264-273.

ผลการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรณีศึกษา:  
ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตัง  
จังหวัดตรัง

Effects of Using the Coronavirus Disease 2019 Emergency Response System:  
A Case Study of the Public Health Emergency Operations  
Center Health Service Network in Kantang District,  
Trang Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Jan. 23,2023

Revised: July 5,2023

Accepted: Aug. 1,2023

Published: Aug.5, 2023

ปรีชา ถิ่นนัยธร<sup>1</sup> อุษณา โกเอียน<sup>1</sup> บุษพา รักษานาม<sup>2</sup>

<sup>1</sup>โรงพยาบาลกันตัง อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง <sup>2</sup>วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

Preecha Tinnaitorn<sup>1</sup> Ausana Ko-aien<sup>1</sup> Buppha Raksanam<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kantang Hospital, Kantang District, Trang

<sup>2</sup>Sirindhorn College of Public Health, Trang

## บทคัดย่อ

การใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วัตถุประสงค์ 1) ศึกษาผลการดำเนินศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ 2) ประเมินผล ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน คือ 1) วิจัยเชิงปริมาณ 2) วิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สัมภาษณ์ เชิงปริมาณสุ่มแบบหลายขั้นตอน และเชิงคุณภาพแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่าง 1) คณะกรรมการฯ 2) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ พบว่า กลุ่มเป้าหมายคณะกรรมการฯ ผลการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ทั้ง 4 ด้าน อยู่เกณฑ์มาก 3.83 อยู่เกณฑ์มากทั้ง 4 ด้าน คือ บริบท ผลผลิต กระบวนการ และปัจจัยนำเข้า คือ 3.95, 3.88, 3.85 3.76 ตามลำดับ กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วย ผลการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ทั้ง 4 ด้าน อยู่เกณฑ์มาก คือ 3.82 อยู่เกณฑ์มากทั้ง 4 ด้าน คือผลผลิต กระบวนการ บริบท และปัจจัยนำเข้า 3.93, 3.85, 3.76, 3.74 ตามลำดับ ส่วนผลการวิจัยเชิงคุณภาพ นำเสนอจำแนกรายด้าน 1) ด้านบริบท คณะกรรมการฯ ผลการศึกษา พบว่าการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ สอดคล้องนโยบายรัฐ สถานการณ์โรค กลุ่มผู้ป่วยฯ ประสานงานรวดเร็ว เข้าถึงบริการง่าย ควบคุมการระบาด 2) ด้านปัจจัยนำเข้า คณะกรรมการฯและผู้ป่วย มีความรู้น้อยช่วงแรก เรียนรู้มากขึ้นตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขงบประมาณภาครัฐเพิ่มขึ้น ประชาชนบริจาค ระบบเทคโนโลยีทันสมัยมีประสิทธิภาพ การสื่อสารรวดเร็ว 3) ด้านกระบวนการ เตรียมความพร้อมดำเนินตามแผนทั้งเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วย มีแนวทางปฏิบัติ ทำงานเป็นทีมภายใต้กลไก 3 หมอ และ 4) ด้านผลผลิต คณะกรรมการฯ บริการแบบ One stop service ผู้ป่วยได้รับบริการทุกมิติ สอดคล้องกับความต้องการ

**คำสำคัญ** ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข, ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน, การประเมินผล, CIPP Model

**Corresponding author:** ปรีชา ถิ่นนัยธร, Email : pcha372@gmail.com

## Abstract

This implementation of the Coronavirus Disease 2019 Emergency Response System aimed to 1) Determine the results of the operation of the Coronavirus Disease 2019 Emergency Operation Center and 2) Evaluate the results in terms of the contexts of input factors, processes, and productivity. This mixed-methods investigation was conducted through both quantitative and qualitative research. Data was collected using questionnaire interviews, multistage quantitative random sampling, and a specific qualitative sampling group, including the committee and 2019 Coronavirus Disease patients.

The quantitative results showed the committee and the results of using the emergency response system in all four aspects were at a high level of 3.83. All four aspects met high criteria: context, productivity, process, and input factors were 3.95, 3.88, 3.85, and 3.76, respectively. In the target groups of patients, the results of using the emergency response system in all four aspects were at a high criterion, i.e., 3.82. They were at a high standard in all four aspects: productivity, process, context, and input factors were 3.93, 3.85, 3.76, and 3.74, respectively. The qualitative results presented by each aspect are: 1) Context of the committee: the results showed emergency response is consistent with government policies, disease situations, patient groups' quick coordination, easy service access, and epidemic control; 2) Input factors: the committee and patients had little knowledge at the beginning and then learned more according to Ministry of Public Health guidelines. The government budget increases, and people donate. Efficient modern technology system Fast communication, 3) Process aspects: preparing to proceed according to the plan for both staff and patients as a team under the guidance of doctors; and 4) Productivity: the committee provided a one-stop service. Patients received services in all dimensions as per their requirements.

**Keywords:** Public health emergencies, Emergency operations center, Evaluation, CIPP Model

**Corresponding author:** Preecha Tinnaitorn, Email address: pcha372@gmail.com

## บทนำ

ตามที่องค์การอนามัยโลกประกาศเมื่อวันที่ 30 มกราคม 2563 การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคระบาดใหม่และระบาดอยู่ในหลายประเทศ ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 เป็น “ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ” (Department of Disease Control Ministry of Public Health, 2021) ปลายปี 2562 พบเชื้อในประเทศจีน ระบาดอย่างรวดเร็วแพร่ไปทั่วโลก ประเทศไทยมีผู้ป่วยรายแรกติดเชื้อจากประเทศจีน เมื่อวันที่ 13 มกราคม 2563 และวันที่ 31 มกราคม 2563 มีรายงานการติดเชื้อภายในประเทศ มีทั้งผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตอย่างต่อเนื่อง (Trang Provincial Communicable Disease Committee, 2022) กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้ทุกระดับจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตามเกณฑ์แบบเก็บข้อมูลพื้นฐาน เพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุข ระดับจังหวัด และระดับเขต Emergency Operation Center (EOC) Assessment Tool (Department of Disease Control Ministry of Public Health, 2020) ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการทำงานของศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินฯ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ได้มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข กรณีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมาในรอบ 2 ปี 6 เดือน (EOC order Kantang District Health Network, 2020) ในพื้นที่ประกอบด้วย 14 ตำบล 83 หมู่บ้าน อบต. 11 แห่ง เทศบาล 3 แห่ง จำนวน 22,998 หลังคาเรือน ประชากร 70,215 คน (สรุปผลงานประจำปี เครือข่ายสุขภาพอำเภอกันตัง 2564) สถานการณ์

## วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะ

## วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

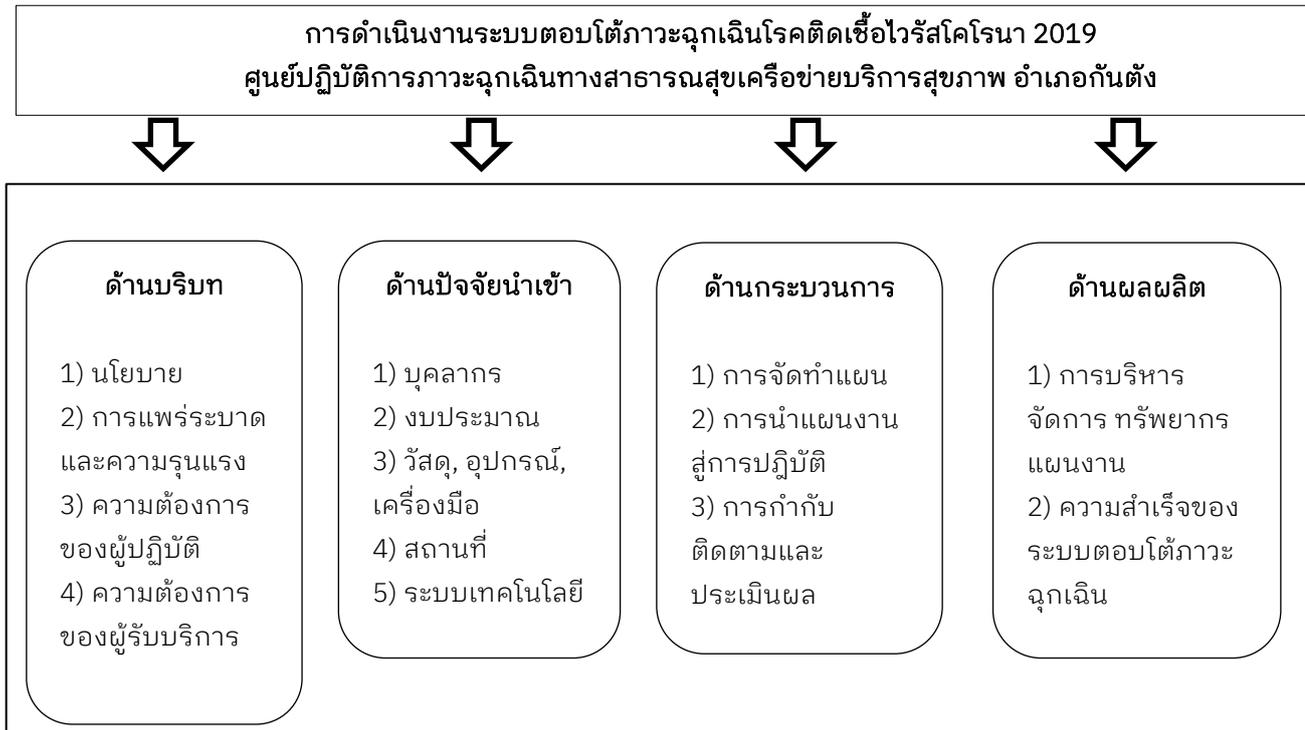
โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ วันที่ 26 มิถุนายน 2565 ผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โลกผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 548,692,849 คน เสียชีวิต 6,350,314 คน ประเทศไทย ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 4,514,155 คน เสียชีวิต 30,592 คน จังหวัดตรัง ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 27,824 คน เสียชีวิต 177 คน อำเภอกันตัง ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 13,932 คน เสียชีวิต 23 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง .2565) อำเภอกันตังโดยศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operation Center : EOC) ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการ EOC มีการสรุปผลการดำเนินงานที่ผ่านมาในรอบ 2 ปี 6 เดือน มีการสรุปผลการดำเนินงานรวมทั้งประเมินผลโดยทีมภารกิจตระหนักรู้ แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ และยังไม่พบว่าได้มีการศึกษาผลของการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้วิจัยในฐานะคณะกรรมการ EOC ปฏิบัติงานประสานฝ่ายเลขานุการ (liaison) เล็งเห็นประโยชน์ของสรุปผลการดำเนินงานทุกมิติ โดยนำหลักการแนวคิดเกี่ยวกับ Context Input Process Product Model CIPP Model (Phairot Saengjong, 2018) ในการศึกษาครั้งนี้

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญผลการดำเนินงานรวมทั้งประเมินผล ซึ่งผลจากการศึกษานี้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการนำเสนอต่อผู้บริหารเพื่อจัดรูปแบบการบริหารจัดการของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพต่างๆ ครั้งต่อไป

ฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง  
ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ  
และด้านผลผลิต

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

**ระเบียบวิธีวิจัย**

วิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิจัยเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม เพื่อศึกษาผลของการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ระยะที่ 2 วิจัยเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ตีความ สัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาผลของการใช้ระบบตอบโต้ภาวะ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ**

ประชากร คือ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ข้อมูลเอกสารวิชาการ ผลงานวิจัย คู่มือการปฏิบัติงาน ระเบียบ คำสั่ง ประกาศ มาตรการและแนวทางการเร่งด่วนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดตรัง และอำเภอกันตัง เพื่อดำเนินงานเพื่อป้องกัน ควบคุม รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จำนวน 65 คน และผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 13,932 คน

จำนวน 65 คน และผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 412 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน แบ่งประชากรรายตำบล 14 ตำบล

ขนาดจำนวนกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Krejcie and Morgan (Krejcie and Morgan, 1970 Quoted in

Kannika Ruangdet, Suan Si Charoen, 2017 : 148.) แบบแบ่งชั้นภูมิ แบบเชิงระบบ

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินฯ จำนวน 10 คน และผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 คน โดยใช้วิธีการเลือกกลุ่ม

ตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ตอบแบบสอบถามเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามจุดมุ่งหมายของการศึกษา

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยสร้างเองจากการทบทวนวรรณกรรมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เครื่องมือเชิงปริมาณ 1) คณะกรรมการ EOC ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป 1) คณะกรรมการ จำนวน 6 ข้อ 2) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 2 การใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง 1) คณะกรรมการ EOC จำนวน 44 ข้อ 2) ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 40 ข้อ การแปลความหมายของข้อมูล ผู้วิจัยได้กำหนดช่วงคะแนนเป็น 3 ระดับ อ้างอิงตามแนวคิดของเบสท์ (Best, 1997 Quoted in Kannika Ruangdet, Suan

Sricharoen, 2016) ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ซึ่งผลการทดสอบสำหรับคณะกรรมการ EOC มีค่าเท่ากับ 0.985 และแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเท่ากับ 0.957

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ทั้งคณะกรรมการ EOC และผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ข้อคำถามหลัก 4 ด้าน จำนวน 10 ข้อ โดยแบ่งเป็นด้านบริบท จำนวน 2 ข้อ ด้านปัจจัยนำเข้า จำนวน 4 ข้อ ด้านกระบวนการ จำนวน 2 ข้อ ด้านผลผลิต จำนวน 2 ข้อ โดยการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า การฟังพา การยืนยัน การถ่ายโอน และความอึดตัวของข้อมูล

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน 1) ด้านการวิจัยคุณภาพ 2) ด้านสาธารณสุข และ 3) ด้านการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ความสอดคล้องของข้อคำถามเชิงลึกกับวัตถุประสงค์การวิจัย ความ

ถูกต้องเหมาะสม เครื่องมือไปทดลองใช้ (Pilot study) พื้นที่อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง จำนวน 30 คน และผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 30 คน ค่าดัชนีความสอดคล้อง คือ 0.91

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้มีการประสานขอความร่วมมือสำนักงานสาธารณสุขอำเภอกันตัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองกันตัง โรงพยาบาลกันตัง และประชุมชี้แจงการเก็บแบบสอบถามตัวอย่างผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

- 1.1) ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประชุมชี้แจงการเก็บแบบสอบถามฯ ตัวแทน รพสต. เป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บข้อมูลกลุ่มเป้าหมายแต่ละพื้นที่
- 2) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยสัมภาษณ์ด้วยตัวเองทั้ง 20 คน

1) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คณะกรรมการ EOC ประชุมชี้แจงแบบสอบถามกลุ่มเป้าหมายตอบแบบสอบถาม

### จริยธรรมการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง (เลขที่อนุมัติ P066/2565)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ผลการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ประเมินด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต วิเคราะห์ด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และวิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย (1) อายุ ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ประเภทของตำแหน่ง ตำแหน่ง กับผลของการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

### ผลการศึกษา

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (N=65)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	14	21.54
หญิง	51	78.46
<b>อายุ</b>		
20-29	5	7.70
30-39	19	29.23
40-49	16	24.62
50-59	25	38.45
$\bar{x} \pm S.D$	43.08 $\pm$ 9.58	
ค่าต่ำสุด- ค่าสูงสุด	24-59	
<b>ระดับการศึกษา</b>		
มัธยมศึกษา	2	3.08
ปวช/ปวส/อนุปริญญา	2	3.08
ปริญญาตรี	51	78.46
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	10	15.38

ข้อมูลทั้งหมด ผู้วิจัยนำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้น และข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบหรือเกิดความเสียหายใดๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง

ของคณะกรรมการฯ และผู้ป่วยฯ โดยใช้สถิติ Kruskal Wallis test

การวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) จากการสัมภาษณ์เชิงลึก จัดระเบียบข้อมูลได้แก่ การถอดเทปจากการสัมภาษณ์ด้วยเครื่องบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim) เขียนบันทึกพร้อมทั้งสรุปข้อมูล จัดกลุ่มข้อมูลตามประเด็นหรือหัวข้อการวิเคราะห์ (Themes) ที่ได้กำหนดไว้สรุปสาระสำคัญของหัวข้อการวิเคราะห์ (Themes) สรุปสาระสำคัญของผลการศึกษา และตรวจสอบความถูกต้องของผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (N=65) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานที่ปฏิบัติงาน</b>		
โรงพยาบาล	44	67.69
สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	3	4.62
รพสต./ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล	18	27.69
<b>ประเภทตำแหน่ง</b>		
ข้าราชการ	56	86.15
พนักงานราชการ	2	3.08
พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	4	6.15
ลูกจ้างประจำ	1	1.54
อื่นๆ	2	3.08
<b>ตำแหน่ง</b>		
แพทย์	2	3.08
ทันตแพทย์	2	3.08
เภสัชกร	1	1.54
พยาบาล	21	32.31
นวก.สาธารณสุข	18	27.68
จนท.สนับสนุน	21	32.31

จากตารางที่ 1. พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.17 อายุกลุ่มตัวอย่างระหว่าง 50-59 ปี ค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่ม

ตัวอย่างคือ 46.56 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาสูงสุด และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงาน

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 (N=412)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	57	13.83
หญิง	355	86.17
<b>อายุ</b>		
20-29	36	8.74
30-39	91	22.09
40-49	123	29.85
50-59	124	30.10
มากกว่า 60 ปี	38	9.22
<b><math>\bar{x} \pm S.D</math></b>	46.56 $\pm$ 11.74	
ค่าต่ำสุด- ค่าสูงสุด	20-79	
<b>ระดับการศึกษา</b>		
ประถมศึกษา	122	29.61

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไป ผู้ป่วยโรคไวรัสโคโรนา 2019 (N=412) (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
มัธยมศึกษา	126	30.58
ปวช/ปวส/อนุปริญญา	33	8.01
ปริญญาตรี	121	29.37
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	10	2.43
<b>อาชีพ</b>		
ข้าราชการ/ลูกจ้างรัฐ	139	33.74
พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน	8	1.94
อาชีพอิสระ/ค้าขาย	85	20.62
นักศึกษา	2	0.49
รับจ้างทั่วไป	65	15.78
เกษตรกร	113	27.43

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุกลุ่มตัวอย่างระหว่าง 50-59 ปี ค่าเฉลี่ยอายุของกลุ่มตัวอย่างคือ 46.56 ปี

จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาสูงสุด และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพข้าราชการ/พนักงานสูงสุด

ตารางที่ 3 ผลการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน	คณะกรรมการ EOC		ผู้ป่วยไวรัสโคโรนา 2019	
	$\bar{x} \pm S.D.$	ระดับคะแนน	$\bar{x} \pm S.D.$	ระดับคะแนน
ด้านบริบท	3.95±0.71	มาก	3.76±0.81	มาก
ด้านปัจจัยนำเข้า	3.76±0.71	มาก	3.74±0.84	มาก
ด้านกระบวนการ	3.85±0.70	มาก	3.85±0.82	มาก
ด้านผลผลิต	3.88±0.72	มาก	3.93±0.78	มาก
<b>โดยรวม 4 ด้าน</b>	<b>3.83± 0.67</b>	<b>มาก</b>	<b>3.82±0.76</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 3 พบว่าคณะกรรมการฯ มีความคิดเห็นต่อผลการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยรวมอยู่ในเกณฑ์มาก ค่าเฉลี่ยแยกรายด้าน พบว่า ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในเกณฑ์มาก และกลุ่ม

ตัวอย่างของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความคิดเห็นต่อผลการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยรวมอยู่ในเกณฑ์มาก ค่าเฉลี่ยแยกรายด้าน พบว่า ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในเกณฑ์มาก

ผลการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการ EOC ด้านบริบท ทั้งหมด 5 ข้อ อยู่ในเกณฑ์มาก คือ  $3.95 \pm 0.71$  ความคิดเห็นของคณะกรรมการฯ ต่อความสอดคล้องกับสถานการณ์ความรุนแรงของโรคอยู่ในระดับสูงสุด คือ  $4.09 \pm 0.80$  ความคิดเห็นของคณะกรรมการฯ ต่อความสอดคล้องกับความต้องการผู้ป่วย/ญาติ อยู่ในระดับต่ำสุด คือ  $3.80 \pm 0.87$

ตัวอย่างของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความคิดเห็นต่อผลการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน โดยรวมอยู่ในเกณฑ์มาก ค่าเฉลี่ยแยกรายด้าน พบว่า ทั้ง 4 ด้าน อยู่ในเกณฑ์มาก ด้านปัจจัยนำเข้า ทั้งหมด 18 ข้อ อยู่ในเกณฑ์มาก คือ  $3.76 \pm 0.71$  และอยู่ในเกณฑ์มาก จำนวน 13 ข้อ ความคิดเห็นของคณะกรรมการฯ ต่อระบบเทคโนโลยีทันสมัยอยู่ในระดับสูงสุด คือ  $4.08 \pm 0.85$  อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จำนวน 5 ข้อ ความคิดเห็นของคณะกรรมการฯ ต่อสิ่งอำนวยความสะดวก พอดี อยู่ในระดับต่ำสุด คือ  $3.46 \pm 0.89$

**ด้านกระบวนการ** ทั้งหมด 15 ข้อ อยู่ในเกณฑ์มาก จำนวน 14 ข้อ ความคิดเห็นของคณะกรรมการฯ ต่อ 1) การประชุมชี้แจงสรุปผลของคณะทำงานสม่ำเสมอ 2) การประชาสัมพันธ์การให้บริการชัดเจน เข้าใจง่าย และ 3) มีช่องทางรับฟังความคิดเห็นต่อการให้บริการ ทั้ง 3 ข้ออยู่ในระดับสูงสุด คือ  $3.98 \pm 0.86$  อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จำนวน 1 ข้อ ความคิดเห็นของ

คณะกรรมการฯ ต่อกำกับติดตามงบประมาณมีประสิทธิภาพ อยู่ในระดับต่ำสุด คือ  $3.66 \pm 0.76$

**ด้านผลผลิต** ทั้งหมด 6 ข้อ อยู่ในเกณฑ์มาก คือ  $3.88 \pm 0.72$  ความคิดเห็นของคณะกรรมการฯ ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลรวดเร็วอยู่ในระดับสูงสุด คือ  $4.02 \pm 0.84$  ความคิดเห็นของคณะกรรมการฯ การสอบสวนโรครวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา อยู่ในระดับต่ำสุด คือ  $3.80 \pm 0.85$

#### ผลการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

**ด้านบริบท** ทั้งหมด 5 ข้อ อยู่ในเกณฑ์มาก คือ  $3.76 \pm 0.81$  ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อการตอบสนองรักษาพยาบาลผู้ป่วยอยู่ในระดับสูงสุด คือ  $3.85 \pm 0.90$  ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อความสอดคล้องกับความต้องการผู้ป่วย/ญาติอยู่ในระดับต่ำสุด คือ  $3.72 \pm 0.94$

**ด้านปัจจัยนำเข้า** ทั้งหมด 13 ข้อ อยู่ในเกณฑ์มาก คือ  $3.74 \pm 0.84$  และอยู่ในเกณฑ์มากจำนวน 11 ข้อ ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความสามารถในการให้บริการอยู่ในระดับสูงสุด คือ  $3.92 \pm 0.92$  อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง จำนวน 2 ข้อ ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่องบประมาณได้รับการจัดสรรเพียงพอต่อการดำเนินงาน อยู่ในระดับต่ำสุด คือ  $3.51 \pm 1.04$

**ด้านกระบวนการ** ทั้งหมด 13 ข้อ อยู่ในเกณฑ์มากคือ  $3.85 \pm 0.82$  ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อเจ้าหน้าที่อธิบายเหตุผลและความจำเป็นในการกักตัวเพื่อการป้องกันควบคุมในกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยฯ อยู่ในระดับสูงสุด คือ  $4.00 \pm 0.89$  ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้รับงบประมาณจากรัฐ อยู่ในระดับต่ำสุด คือ  $3.71 \pm 0.99$

**ด้านผลผลิต** ทั้งหมด 9 ข้อ อยู่ในเกณฑ์มากคือ  $3.93 \pm 0.78$  ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ถูกต้องอยู่ในระดับสูงสุด คือ  $4.12 \pm 0.84$  ความคิดเห็นของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การสอบสวนโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา อยู่ในระดับต่ำสุด คือ  $3.78 \pm 0.92$

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลของการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างผู้ที่มีอายุ ระดับการศึกษา สถานที่ปฏิบัติงาน ประเภทตำแหน่ง และตำแหน่งที่แตกต่างกัน ด้วยวิธี ครัสคาล - วอลลิส (Kruskal-Wallis Test) (n=65)

ตัวแปร	$\chi^2$	p-value
อายุ	4.608	0.203
ระดับการศึกษา	4.430	0.219
ตำแหน่ง	1.135	0.775
ประเภทตำแหน่ง	8.612	0.072
สถานที่ปฏิบัติงาน	2.510	0.567

จากตารางที่ 4 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลของการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ช่วงอายุ ( $p=0.203$ ) ระดับการศึกษา ( $p=0.219$ ) สถานที่ปฏิบัติงาน ( $p=0.567$ ) ประเภทตำแหน่ง

( $p=0.072$ ) และตำแหน่ง ( $p=0.775$ ) ที่แตกต่างกัน มีคะแนนผลการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลของการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างผู้ที่มีอายุ ระดับการศึกษา และอาชีพ ที่แตกต่างกันด้วยวิธี ครัสคาล - วอลลิส (Kruskal-Wallis Test) (n=412)

ตัวแปร	$\chi^2$	p-value
อายุ	3.766	0.439
ระดับการศึกษา	3.422	0.490
อาชีพ	6.081	0.414

จากตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยผลของการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าช่วงอายุ ( $p=0.439$ ) ระดับการศึกษา ( $p=0.490$ ) และ

อาชีพ ( $p=0.414$ ) ที่แตกต่างกัน มีคะแนนผลการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

### ตอน 3 ด้านคุณภาพ

ผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผลการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

**ด้านบริบท** สอดคล้องนโยบายของภาครัฐเป็นไปตามนโยบายการรับมือสถานการณ์ฉุกเฉิน มีระบบบัญชาการเหตุการณ์ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ระดับต่างๆ

“มีแนวทางปฏิบัติขั้นตอนการทำงาน เกิดความสะดวกในการทำงาน การดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกัน สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ได้ทันทั่วทั้ง พยายามทำงานภายใต้ข้อจำกัดในเรื่อง คน เงิน ของ ได้อย่างรวดเร็ว เตรียมการรับมือต่อโรคติดเชื้อโควิด -19 (เจ้าหน้าที่ A)

“ดีมากค่ะ ด้านการรักษาพยาบาลมีความรวดเร็วผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ตามนโยบาย สีแดง เหลือง เขียว ของระดับความรุนแรง และเร่งด่วน ระบบสุขภาพปฐมภูมิเข้มแข็ง ทำให้ค้นหากลุ่มเสี่ยงได้รวดเร็ว มีการแนะนำกักหรือแยกตัวทันที

โดยหน่วยงานภาครัฐจัดให้หรือบ้านตัวเอง“ (เจ้าหน้าที่ D)

**ด้านปัจจัยนำเข้า** ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ในระยะแรกการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังต้องมีการทำความเข้าใจในเรื่องของโรคดังกล่าวอยู่พอสมควร แต่เมื่อเวลาผ่านไปเจ้าหน้าที่มีความรู้ ความเข้าใจสามารถนำไปสู่การปฏิบัติในการจัดการป้องกันควบคุมโรคและรักษาพยาบาลมากขึ้น

“ระบบบริการรับตามเกณฑ์และข้อสั่งการของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด มีความรู้ดี ได้รับข้อมูลและการชี้แจงของศูนย์ EOC เข้าใจในเรื่องสถานการณ์ ความรุนแรงของโรค วิธีการดูแลสุขภาพตนเอง ดูแลคนรอบข้าง เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ“ (เจ้าหน้าที่ B)

จัดสรรงบประมาณเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน เพิ่มตามสถานการณ์ มีการสนับสนุนจากส่วนกลาง ภาคประชาชนบริจาค เงิน วัสดุ อุปกรณ์ ครุภัณฑ์ งบประมาณภาครัฐการใช้จ่ายเป็นไปตามระเบียบฯ

“ประชาชนบริจาคทั้ง เงิน วัสดุ ครุภัณฑ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ข้าวกล่อง น้ำดื่ม เป็นขวัญและกำลังใจเจ้าหน้าที่ ทางรัฐน่าจะจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น เพื่อพัฒนาการบริการต่อไป”(เจ้าหน้าที่ C)

เทคโนโลยีทันสมัยรวดเร็ว ระบบ อินเทอร์เน็ตมีประสิทธิภาพ มีการกระจายข่าวได้ดี ช่องทางสื่อสาร online มากขึ้น มีการอัปเดต ข้อมูล และใช้เทคโนโลยี ช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

“ส่วนในการประชุมต่างๆในสภาวะที่ต้อง ทำการ social distancing สามารถใช้โปรแกรม ต่างๆในการประชุม VDO Conference ช่วยในการ สื่อสารและนำข้อมูลมาประกอบการวางแผนการ ปฏิบัติและประเมินผล ส่วนเรื่องความลับผู้ป่วย เป็นเรื่องจรรยาบรรณที่พื้นที่ต้องรับผิดชอบ นำไปสู่การประยุกต์แนวทางในการควบคุมโรค ของพื้นที่ได้ทันเวลา และปลอดภัยมากที่สุด (เจ้าหน้าที่ D)

**ด้านกระบวนการ** ได้นำนโยบาย มติ คณะกรรมการ ข้อเสนอการ ลงสู่การปฏิบัติในพื้นที่ ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน การนำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินฯ ไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีการติดตามการ ดำเนินงาน และประเมินผลเป็นระยะๆ สามารถ ควบคุมสถานการณ์ความรุนแรงของโรคได้

“ต้องมีการประชุมคุยกัน ระหว่างบุคคล หรือหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดมีความ เข้าใจที่ตรงกัน ว่าขาดอะไร ต้องการอะไร มี เป้าหมายอย่างไร เมื่อมีความเข้าใจที่ตรงกันก็ สามารถทำให้เกิดผลตามที่วางแผนไว้ได้ กำหนด

### ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง

**ด้านบริบท** การทำงานประสานกันรวดเร็ว เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล/รพสต. อสม.เป็นแกนหลัก ในการทำงานทุกเรื่อง ทำให้ผู้ป่วยการเข้าถึงได้ ง่ายขึ้นและทราบข้อมูลได้ง่ายขึ้นดีมาก มีการ รับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเป็น ระบบ เมื่อเกิดโรคประชาชนสามารถเข้าถึง บริการได้ทันทั่วทั้ง ชุมชน

“ดีมากค่ะ ที่ผ่านมามีความเหมาะสมมากให้ ความรู้ได้ทั่วถึง เข้าถึงประชาชนอย่างทันทั่วทั้ง ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ เหมาะสมกับ

เป้าหมาย การปฏิบัติงาน การรายงานที่ชัดเจน” (เจ้าหน้าที่ D)

ระบบสั่งการให้ทันต่อเหตุการณ์ ตาม บริบท ร่วมมือกันทุกทีม มีการสื่อสารที่ชัดเจน และอัปเดตให้แก่เจ้าหน้าที่ทุกฝ่าย วางเป้าหมาย เพื่อเก็บข้อมูลมาวิเคราะห์ร่วมกัน ประชุมหา แนวทางร่วมกัน อุปกรณ์ทางการแพทย์เจ้าหน้าที่ มีความพร้อม

“ทำงานเป็นทีม โดยจัดระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาล และส่งต่อ รักษาพยาบาลที่เชื่อมโยงกับระบบบริการ สาธารณสุข ตั้งแต่ชุมชน ปฐมภูมิ ภายใต้กลไก หลัก 3 หมอ สร้างความมั่นใจให้ผู้ปฏิบัติด้านหน้า ทีมนำต้องใช้ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ ผู้การ ตัดสินใจ ถูกต้อง รวดเร็ว” (เจ้าหน้าที่ G)

**ด้านผลผลิต** การตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อมีการเปิดศูนย์ ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสาธารณสุขในการตอบโต้ ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการ บริหารจัดการแบบ One stop service การทำงาน อย่างเป็นระบบ ทำให้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้รับการ แก้ไขอย่างรวดเร็วครอบคลุมตอบสนอง ความ ต้องการทุกมิติ

“ช่วงวิกฤติจากการเกิดโรคโควิด ทำให้การ ปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่มีประสิทธิภาพ และได้รับความ ร่วมมือจากทุกภาคส่วนทำให้การบริหาร จัดการคล่องตัวและแก้ปัญหาได้รวดเร็ว สามารถ ตอบสนองความต้องการครอบคลุมทุกมิติ พยายามทำให้ครอบคลุม”(เจ้าหน้าที่ H)

สถานะการณ์เป็นอย่างดี จนท.และอสม.ลงพื้นที่ และจัดการเป็นกลุ่มๆ ทำให้สถานการณ์ปัจจุบัน โควิดลดลง”(ผู้ป่วย 1)

**ด้านปัจจัยนำเข้า** ได้ความรู้จากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.เช่น ไม่อยู่ร่วมกับผู้อื่น แยกของใช้ส่วนตัว ดูแลตัวเองได้เบื้องต้น เป็นโรคติดต่อที่สามารถ ควบคุมได้ถ้าทุกคนช่วยกันป้องกัน เข้าใจโรคและ การปฏิบัติตัว ศึกษาหาข้อมูลในโลกออนไลน์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้ความเข้าใจอย่างดี

“ช่วงแรกๆ มีความรู้ น้อย แล้วค่อยมีความรู้มากขึ้น โรคนี้เป็นแล้วต้องรีบแจ้งจนท. อนามัย เพื่อรับการรักษาทันทีและต้องปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดตามมาตรการการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด 19 สามารถติดต่อได้ทางอากาศ ต้องป้องกันโดยใส่หน้ากากอนามัย ถ้าไม่รีบรักษาหรือแก้ปัญหาจะเสียชีวิต หมออนามัยแนะนำการควบคุมป้องกันโรค เมื่อติดเชื้อแล้วก็กักตัวแยกของใช้ทุกอย่างก็ไม่แพร่เชื้อให้คนรอบข้าง” (ผู้ปวย 4)

**ด้านกระบวนการ** อสม. ดำเนินการรณรงค์ควบคุม ป้องกันโรคโควิด 19 เป็น 1 ใน 3 หมอ ดำเนินการเคาะประตูบ้านต้านโควิด-19 ร่วมทีมตั้งด่านควบคุมโรค ให้ความรู้เบื้องต้นแก่ผู้ปวย มีแนวทางการปฏิบัติ ประสานงาน รายงานผล ทำให้การควบคุมโรคได้ดี เข้าใจคนไข้ มีการวางแผนป้องกันในชุมชน ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกระดับ การพูดคุยแผนสู่การทำให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนได้ทราบ

“ช่วยกันรณรงค์ ควบคุมและป้องกันโรค และบอกข่าว แบบที่ทำก็ได้อยู่แล้ว ให้ความรู้ผู้ปวย

### อภิปรายผล

การใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

ผลการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของคณะกรรมการฯ ทั้ง 4 ด้านรวม อยู่ในเกณฑ์มาก ค่าเฉลี่ยผลการใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินอยู่ในเกณฑ์มากทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านบริบท ด้านผลผลิต ด้านกระบวนการ และด้านปัจจัยนำเข้า ตามลำดับ แตกต่างกับ (Phairot Sangjong, 2018) ศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง ผลการวิจัยพบว่าผลการประเมิน CIPP Model คะแนนทั้ง 4 ด้าน อยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน อาจเนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคระบาดอุบัติใหม่เกิดทั่วโลก ประชาชนได้รับผลกระทบมาก ภาคราชการมีนโยบาย กฎระเบียบ ข้อสั่งการ จำนวนมาก ส่งผลศูนย์ปฏิบัติการทางสาธารณสุขทุกจังหวัด และอำเภอ เป็นการทำงานแบบ One stop

ประชาชนและชุมชนดีมาก นำแผนไปทำในพื้นที่ ทำให้ผู้คนมีความรู้มากขึ้น ปฏิบัติตัวตามขั้นตอนอย่างเคร่งครัด ให้เข้าถึงประชาชนที่ติดเชื้อเป็นหลัก ชุมชนมีการป้องกัน ควบคุมอย่างเข้มงวด มีการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทุกระดับ รวมทั้งสนับสนุนขวัญและกำลังใจเจ้าหน้าที่ด่านหน้า ให้เข้าถึงผู้ปวย ไม่รังเกียจคน ไม่รังเกียจโรค” (ผู้ปวย 8)

**ด้านผลผลิต** เพื่อหยุดการแพร่ระบาดครอบคลุมทุกมิติ ผู้ปวยได้รับการที่ดีมีประสิทธิภาพทำให้หายป่วยและไม่มีอาการแทรกซ้อน ผู้ปวยมีความพึงพอใจ เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำดูแลเอาใจใส่เป็นกันเอง ผู้ปวยให้ความร่วมมือเจ้าหน้าที่ทำงานได้ง่ายขึ้น

“ผู้ปวยได้รับการดูแลครอบคลุม เป็นไปตามความต้องการของผู้ปวย เข้าถึงผู้ปวยอย่างแท้จริง การรักษาดี ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เจ้าหน้าที่ดูแลได้ดี ให้ความรู้ คนไข้เข้าใจให้ความร่วมมือ ประชาชนรู้จักป้องกันตนเองมากขึ้น สถานที่เอื้อต่อการรอคอย โดยภาพรวมพึงพอใจต้องสำเร็จไปด้วยกัน” (ผู้ปวย 8)

service เพื่อใช้เป็นเครื่องมือยุติการระบาดของโรค

**ด้านบริบท** นโยบายการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้านบริบทรวมอยู่ในเกณฑ์มาก และอยู่ในเกณฑ์มากทุกข้อ ด้านนโยบายฯ ระดับคะแนน 4.01 มีการกำหนดนโยบาย มาตรการที่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุข ในการดำเนินการเฝ้าระวัง การรักษาพยาบาลโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทุกระดับ และลงสู่พื้นที่ มีการสื่อสารนโยบายและได้มีการถ่ายทอดผ่านการประชุมศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินทางสาธารณสุข สอดคล้องกับ (Gaysorn Taewnonngio et al, 2017) ศึกษาเรื่องการประเมินความพร้อมระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับจังหวัดและอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7 กรณีศึกษาการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ปี 2559 การจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ เป็นเครื่องมือสำคัญในการรับมือกับภาวะฉุกเฉิน และดำเนินงานได้

อย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องพัฒนาทั้งโครงสร้างพื้นฐาน ระบบงาน และบุคลากรทั้งความพอเพียง มีความรู้ความสามารถ ตอบสนองการแพร่ระบาดของโรคและสอดคล้องกับสถานการณ์ความรุนแรงของโรคระดับคะแนนความคิดเห็นของคณะกรรมการฯ อยู่ในระดับมาก มีปรับระบบการใช้ชีวิตแบบ New Normal รูปแบบการทำงาน เช่น การจัดให้ทำงานที่บ้าน (Work from home) แบบ online กำหนดระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย 1-2 เมตร ในระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ ไม่เปิดเครื่องปรับอากาศ งดกิจกรรมสังสรรค์ กำกับดูแลความสะอาดสถานที่อย่างสม่ำเสมอ ความต้องการ เจ้าหน้าที่ ระดับคะแนนความคิดเห็นของคณะกรรมการฯ อยู่ในระดับมาก มีการดำเนินงานเป็นที่ทุกวิชาชีพได้รับความร่วมมือจากภาคส่วนราชการ และภาคประชาชน ทำการบริหารจัดการคล่องตัว แก้ปัญหาได้รวดเร็ว โดยศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินทางสาธารณสุขให้ครอบคลุมทุกมิติสุขภาพ โดยการนำเทคโนโลยีมาปรับใช้อำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย

**ด้านปัจจัยนำเข้า** ประกอบด้วย บุคลากรงบประมาณ ทรัพยากรต่างๆ สถานที่ และระบบเทคโนโลยี มีการบริหารจัดการกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เจ้าหน้าที่ปฏิบัติหน้าที่อย่างเข้มแข็ง แม้จะขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะ และบุคลากรไม่เพียงพอ งบประมาณมีจำกัด อาศัยการทำงานแบบบูรณาการกับหน่วยงานอื่น ประชาชนร่วมบริจาค สามารถสื่อสารประชาสัมพันธ์ไปยังกลุ่มเป้าหมาย ทั้ง ประชาชน กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ในการรับมือและการช่วยเหลืออย่างรวดเร็ว สอดคล้อง (Thanyarat Sakaeo & Siwat Sripokankul, 2022) ศึกษาเรื่องรูปแบบการบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการช่วยเหลือและป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ผลการวิจัยพบว่า การดำเนินงานสำเร็จคล่องด้วยหน้าที่ 4 ด้าน 1) ด้านงบประมาณ 2) ด้านบุคลากร 3) ด้านทรัพยากร และ 4) ด้านการสื่อสาร มีประเด็นปัญหาอุปสรรค พบว่า 1) ด้านงบประมาณไม่เพียงพอ 2) ด้านอุปกรณ์ในการป้องกันไม่เพียงพอ 3) ด้านบุคลากรทางสาธารณสุขไม่มีเฉพาะ ส่วนแนวทางการแก้ปัญหา

1) ด้านงบประมาณขอสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น  
2) ด้านอุปกรณ์ในการป้องกันขอสนับสนุนจากโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การจัดสรรงบประมาณ วัสดุ, อุปกรณ์, เครื่องมือทันสมัย เวชภัณฑ์ เพียงพอพร้อมใช้ ทันต่อการดำเนินงาน ในระยะเริ่มต้นจะมีปัญหาเรื่องระเบียบการเบิกจ่าย ความไม่พอเพียงบ้าง ระยะต่อมามีระเบียบรองรับ และได้รับจัดสรรเพิ่มมากขึ้น งบประมาณจัดสรรได้ดีเหมาะสม เพิ่มตามสถานการณ์ และมีการสนับสนุนจากส่วนกลาง ประชาชนบริจาคทั้ง เงิน วัสดุ ครุภัณฑ์ เครื่องมือ เครื่องใช้ ในการส่งเสริม ควบคุมป้องกันโรค ทั้งรักษาพยาบาล แตกต่างกับ (Pisanurak Kantawee, et al. 2020) ศึกษาการประเมินผลโครงการสร้างความตระหนักและเตรียมความพร้อมสำหรับโรคติดต่อและอุบัติใหม่ตามแนวพรหมแดนไทย ราชอาณาจักรกัมพูชา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ที่ยังขาดการสนับสนุนงบประมาณและอุปกรณ์ อาจเนื่องจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการระบาดที่มีความรุนแรง ขนาดใหญ่ส่งผลกระทบมากกว่า สถานที่สะอาด จุดบริการเหมาะสม เข้าถึงได้สะดวก พื้นที่ปฏิบัติการ, สื่อสาร, ประชุมเพียงพอ ตั้งอยู่สถานที่ที่โครงสร้างที่มั่นคง มีความปลอดภัย พื้นที่ (สำรอง) มีความพร้อมให้บริการอยู่ในระดับมาก เว้นแต่สิ่งอำนวยความสะดวก อยู่ในระดับปานกลาง ระบบเทคโนโลยีทันสมัย มีระบบจัดเก็บข้อมูล ทันเวลา ถูกต้อง ครบถ้วน อยู่ในระดับมาก การประชุมต่างๆในสถานะที่ต้องทำการ social distancing สามารถใช้โปรแกรมต่างๆในการประชุม VDO Conference ช่วยในการสื่อสารและนำข้อมูลมาประกอบการวางแผนการปฏิบัติและประเมินผล นำไปสู่การประยุกต์แนวทางในการควบคุมโรคของพื้นที่ได้ทันเวลา และปลอดภัยมากที่สุด สอดคล้องกับ (Cherakit Thongpreecha, 2020) การบริหารจัดการการเรียนการสอน ภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ระดับมัธยมศึกษาโรงเรียนวชิรธรรมสาริต เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร หลักสูตรรัฐประศาสนศาสตร์ มหาวังที่ต มหาวชิรธรรมสาริต มีการเรียนออนไลน์และเช็คชื่อนักเรียนผ่านการเปิดกล้อง การบริหารการเรียนการสอนภายใต้สถานการณ์ COVID-19 ในการ

จัดการเรียนการสอนในรูปแบบออนไลน์และ  
มาตรการการป้องกันแพร่ระบาดในสถานศึกษา  
เพื่อความปลอดภัยสูงสุดของนักเรียน และ  
บุคลากรทางการศึกษา

**ด้านกระบวนการ** จัดทำแผนของ  
หน่วยงาน ทำ SOPs ข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ประชุม  
ชี้แจงสรุปผลของคณะทำงานสม่ำเสมอ ระดับ  
คะแนนมากทุกข้อ คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการ  
ทำงานเป็นทีมอย่างเข้มแข็ง มีเครือข่ายทั้งระดับ  
จังหวัด และพื้นที่ชุมชนมีส่วนร่วม เตรียมความ  
พร้อมให้สอดคล้องกับสถานการณ์ วางแผน  
ล่วงหน้า ปฏิบัติงานตามบริบทของพื้นที่ นำ  
ข้อเสนอแนะปรับปรุงแก้ไข ผู้ป่วยได้รับการ  
อย่างรวดเร็ว มีการสื่อสารนำแผนสู่การปฏิบัติ มี  
คู่มือและเอกสารให้ความรู้โรคโควิด19 ใช้ข้อมูล  
สารสนเทศ ประชาสัมพันธ์ การให้บริการชัดเจน  
เข้าใจง่าย ช่องทางรับฟังความคิดเห็นต่อการ  
ให้บริการได้รับงบประมาณจากรัฐ การกำกับ  
ติดตามประเมินผล โดยการวิเคราะห์สถานการณ์  
และใช้ข้อมูลวางแผนทบทวนแนวทางการ  
ดำเนินงานแก้ปัญหา มีการบริหารจัดการ  
ครอบคลุมทุกมิติ ประชุม สรุปผลการดำเนินงาน  
สม่ำเสมอ มีระดับคะแนนมากทุกข้อ สอดคล้องกับ  
(Nattawut Suriya et al, 2022) ศึกษาถอดบทเรียน  
การเตรียมความพร้อม ของโรงพยาบาล เพื่อ  
รองรับสถานการณ์ขึ้นวิกฤติของโควิด 19 :  
กรณีศึกษาโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์  
จังหวัดอุบลราชธานี โดยบทเรียนที่ได้เรียนรู้ มี  
ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหาร 1) ผู้นำ 2)  
การทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็ง 3) การมีเครือข่าย  
ความร่วมมือ 4) การตอบสนองที่รวดเร็ว และ5)  
การสื่อสารที่ชัดเจน เพื่อบริหารจัดการระบบ  
บริการรองรับการระบาดที่มีประสิทธิภาพ แต่  
แตกต่างกับ (Pisanurak Kantawee, et al, 2020)  
ศึกษาการประเมินผลโครงการสร้างความ  
ตระหนักและเตรียมความพร้อมสำหรับโรคติดต่อ  
และอุบัติใหม่ตามแนวพหุวัฒนธรรมไทย ราชอาณาจักร  
กัมพูชา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชน  
ลาว พบว่ามีกิจกรรมที่ดำเนินการได้ตามแผนงาน  
โครงการ เช่นจัดประชุมความร่วมมือระหว่าง  
จังหวัดคู่ขนาน จัดอบรมร่วมกับหน่วยงานองค์กร  
เอกชนต่างประเทศ สนับสนุนเวชภัณฑ์ยาและ  
วัคซีนให้กับพื้นที่ การกำกับติดตามงบประมาณมี

ประสิทธิภาพ ระดับคะแนนปานกลาง มีการ  
ติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะ รวบรวม  
ข้อมูล สรุปผลโดยทีมตระหนักรู้ รายงานผลใน  
การประชุม พร้อมสรุปผลและนำแนวทางปฏิบัติ  
ผลการดำเนินงาน และติดตามผลเป็นระยะ

**ด้านผลผลิต** ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ  
ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินมีขั้นตอนชัดเจน กลุ่ม  
เสี่ยงได้รับการคัดกรองทันทีสถานการณ์ ผู้ป่วย  
ได้รับการรักษาพยาบาลรวดเร็ว ชุมชนป้องกัน  
ส่งเสริมสุขภาพจากโรคโควิด 19 มีส่วนร่วม เป็น  
เจ้าภาพปฏิบัติงานร่วมกัน ทำงานเป็นทีม มีการ  
แลกเปลี่ยนเรียนรู้ในเครือข่าย เกิดความ  
ภาคภูมิใจจากผลลัพธ์ที่ดี ผลการวิเคราะห์ข้อมูล  
ใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินของคณะกรรมการฯ  
ด้านผลผลิตรวมอยู่ในเกณฑ์มาก และอยู่ในเกณฑ์  
มากทุกข้อ สอดคล้องกับ ( Kanlaya Srivichien,  
2014) ศึกษาการประเมินโครงการนักรบบริหาร  
ระดับสูงกระทรวงศึกษาธิการ รุ่นที่ 3 ด้าน  
ผลผลิตพบว่าผู้เข้าร่วมพัฒนา มีความคิดเห็นใน  
ระดับมากที่สุด แนวทางการพัฒนาโครงการนัก  
บริหารระดับสูง 1) ควรกำหนดต่อเนื่องตลอด  
หลักสูตร 2) อุปกรณ์ สื่อ ให้เพียงพอ เพื่อการ  
สืบค้นข้อมูล 3) ปรับกิจกรรมมุ่งเน้นการ  
แลกเปลี่ยนเรียนรู้เพิ่มขึ้น

การใช้ระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินโรคติดต่อ  
เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผู้ป่วยโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโร  
นา 2019 ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ดังนี้

**ด้านบริบท** การปฏิบัติในพื้นที่ อสม.เป็น  
กลไกสำคัญในพื้นที่ และความร่วมมือของชุมชน  
โดยการสนับสนุนจากทางราชการทุกภาคส่วน  
ประชาชนให้ความสำคัญกับสถานการณ์ของโรค  
ควบคุมการกระจายความเสี่ยงได้ มีการตั้งด่าน  
เพื่อคัดกรองคนเข้าออกชุมชน สอดคล้อง  
(Waleerat Hiransiriworachot, 2021) ศึกษาปัจจัย  
แห่งความสำเร็จในการควบคุมโรคติดต่อเชื้อไวรัสโค  
โรนา 2019 ของเทศบาลตำบลเขาสมิง จังหวัด  
ตราด พบว่าเทศบาลมีหน้าที่ในการป้องกันและ  
ระงับโรคติดต่อ ได้นำนโยบาย แนวทางปฏิบัติ  
ตลอดจนประกาศ หนังสือสั่งการเกี่ยวกับการ  
จัดการภัยพิบัติ มาใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการ  
เช่น ตั้งจุดตรวจ ประชาสัมพันธ์ข้อมูลตามสื่อ  
ต่างๆ พื้นที่คัดกรองบุคคลเดินทางเข้าออกหมู่บ้าน

การสนับสนุนมาตรการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ประเด็นการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐด้านการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การตอบสนองการแพร่ระบาดของโรคและความรุนแรงของโรค ระดับคะแนนความคิดเห็นของผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก มีการร่วมมือกันทุกฝ่ายในหมู่บ้านชุมชน เพื่อลดการระบาดของโรค ทั้งการแยกกักตัวที่ราชการจัดให้ กักตัวที่บ้าน และการป้องกัน สวมหน้ากาก ล้างมือ หลีกเสี่ยงที่คนจำนวนมาก งดจัดงานต่างๆ งานแต่ง งานบวช งานศพ กิจกรรมที่ประชาชนรวมตัวกันมาก ไม่รับประทานอาหารร่วมกัน เป็นต้น สอดคล้อง (Naruemon Anuson & Amaret Kingbua Kaew, 2021) ศึกษาเรื่องแนวทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐไทยในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบองค์ความรู้ใหม่ ประเด็นพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐด้านคุณภาพชีวิตและสังคม ภาครัฐต้องจัดเตรียมบริการสาธารณะในรูปแบบใหม่ New normal แก่ประชาชน เช่น การจัดสถานที่นั่งรอในสถานที่ราชการ แบบเว้นระยะห่าง การให้บริการเจลล้างมือ ไปจนถึงการรักษาความสะอาดของสถานที่ราชการ การรักษาพยาบาลผู้ป่วยสอดคล้องกับความต้องการผู้ป่วย/ญาติ ระดับคะแนนความคิดเห็นของผู้ป่วย อยู่ในระดับมาก สามารถเข้าถึงผู้ป่วยอย่างทันที การแยกผู้ป่วย ช่วงแรกแยกห้อง เมื่อผู้ป่วยมากขึ้นเปิดตึกผู้ป่วยโควิด โรงพยาบาลสนาม รักษาพยาบาลที่บ้าน ผู้ป่วยหายป่วยไม่มีอาการแทรกซ้อนที่รุนแรง

**ด้านปัจจัยนำเข้า** เจ้าหน้าที่มีทักษะให้บริการผู้ป่วย แนะนำปฏิบัติตัวในกรณีผู้ป่วยการป้องกันการแพร่กระจายสู่คนอื่น ๆ ระยะแรกประชาชนยังมีความรู้ที่น้อย ต้องหาความรู้จากบุคลากรทางการแพทย์ อสม. สื่อออนไลน์ต่างๆ ทำให้มีความรู้มากขึ้น ได้รับจัดสรรงบประมาณระดับคะแนนปานกลาง ช่วงแรกของการระบาดวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ทั่วไปและเวชภัณฑ์ยา ยังได้รับไม่ทั่วถึงต้องประสานกับ อสม. และเจ้าหน้าที่ รพสต. เนื่องจากผู้ป่วยเยอะมาก ช่วงหลังได้รับเร็วขึ้น มีชุดรักษาพยาบาล ถุงยังชีพ สำหรับผู้ป่วยรักษาพยาบาลที่บ้าน และมีการติดตามผลการรักษาทางโทรศัพท์ด้วย สถานที่บริการ จุด

บริการเหมาะสม สะอาดพร้อมให้บริการ และเข้าถึงได้สะดวก ระดับคะแนนมาก มีการรักษา ระยะห่างระหว่างรอคอย แนะนำบริการ อธิบาย ขั้นตอน และสื่อสารข้อมูลอย่างต่อเนื่อง ให้บริการ ชักถามปัญหาข้อข้องใจทั้งหน้างานและสายด่วนของโรงพยาบาลทั้งในและนอกเวลาราชการตามสถานการณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกพอเพียง ระบบจัดเก็บข้อมูล ทันเวลา ถูกต้องครบถ้วน เทคโนโลยีทันสมัย ระดับคะแนนมาก การสื่อสารกระจายข่าวรวดเร็ว มีช่องทางสื่อสารมากขึ้น ทั้ง Social media ต่างๆ รายงานแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วย ความรู้ต่างๆ ระหว่าง อสม. เจ้าหน้าที่ รพสต. อย่างต่อเนื่อง เพื่อสื่อสารต่อชุมชน สอดคล้องกับ (Chaweewan Sridaorueng et al, 2021) ศึกษาการถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของ อสม. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ข้อเสนอเชิงนโยบายควรได้รับการพัฒนาความรู้ศักยภาพการทำงานเฝ้าระวังและควบคุมโรคในชุมชน การจัดทำคู่มือ/แนวทางการทำงานสำหรับอสม. บูรณาการการทำงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายมากขึ้น

**ด้านกระบวนการ** เจ้าหน้าที่เอาใจใส่ ให้บริการ อธิบายบริการตามอาการของโรค การเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล เหตุผลและความจำเป็นในการกักตัวเพื่อป้องกันการควบคุมโรคให้ทราบทุกครั้ง ขั้นตอนการให้บริการสะดวก รวดเร็ว มีการประชาสัมพันธ์การให้บริการพร้อมทั้งมีคู่มือและเอกสารให้ความรู้โรคโควิด 19 ระดับ คะแนน มากทุกข้อ สอดคล้องกับ (Chaweewan Sridaorueng et al, 2021) ศึกษาการถอดบทเรียนรูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน ของ อสม. ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อสม. สื่อสารข้อมูลผ่าน 5 ช่องทางเป็นประจำในชุมชน ประกอบด้วย การแจ้งข่าวสารเชิงรุกตามบ้าน เสียงตามสาย แจกแผ่นพับ กลุ่มไลน์ชุมชนแจ้งตามหมู่บ้าน ที่ประชุม การกำกับ ติดตาม ประเมินผล โดยการวิเคราะห์สถานการณ์และใช้ข้อมูลวางแผนทบทวนแนวทางการดำเนินงาน แก้ปัญหา มีการบริหารจัดการ ครอบคลุมทุกมิติ ประชุม สรุปผลการดำเนินงาน สม่่าเสมอ ระดับคะแนนมากทุกข้อ เจ้าหน้าที่ และ อสม. มีการ

ติดตามผลและแนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยและสมาชิกในบ้าน ลดความกังวลไปได้มาก ประสานหน่วยงาน กรณี ส่งตัวผู้ป่วย มีการติดตามความเสี่ยงของโรค ติดตามอาการ/เยี่ยมบ้านผู้ป่วย มีช่องทางรับฟังความคิดเห็นต่อการให้บริการ ระดับคะแนนมากทุกข้อ นอกจากราชการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนแล้ว ประชาชน ชุมชนร่วมใจกันในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว เป็นการให้กำลังใจกันของชุมชน มีวางแผนงานโครงการของชุมชนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส 2019 ใช้งบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบล ในการป้องกันโรคมามากขึ้น สอดคล้องกับ (Pairoj Sangjong, 2018) ศึกษา เรื่องการประเมินผลการดำเนินงานระบบสุขภาพอำเภอป่าบอน จังหวัดพัทลุง มีการใช้ข้อมูลในการทำงานวางแผนโครงการผู้สูงอายุทั้งระดับอำเภอ ตำบล เพื่อจัดบริการกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมตามองค์ประกอบทำให้เกิดผลผลิตนวัตกรรมดีๆ และสุขภาพผู้สูงอายุดีขึ้น และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปเครือข่าย

**ด้านผลผลิต** ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็ว ตามเกณฑ์ ชุมชนสามารถป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพได้ ความพร้อมของเครื่องมือและเวชภัณฑ์

### การนำผลวิจัยไปใช้

ใช้เป็นข้อมูลนำเสนอต่อผู้บริหารในการจัดรูปแบบการบริหารศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและผลการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการปฏิบัติงานของศูนย์ภาวะฉุกเฉินที่บทบาทหน้าที่ครอบคลุมกว่าด้านสาธารณสุข เพราะภาวะฉุกเฉินผลกระทบด้าน

ให้บริการ การให้บริการ มีขั้นตอนชัดเจน ระดับคะแนนมากทุกข้อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. สามารถให้คำแนะนำประชาชน ผู้ป่วยในการควบคุมป้องกันโรค ผู้ป่วยได้รับการดูแลเอาใจใส่เป็นกันเอง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ เจ้าหน้าที่ทำงานได้ง่าย มีการสื่อสารได้ดีทั้งผู้ป่วยและญาติ เป้าหมายชัดเจนแต่ต้องมีการพัฒนาเพื่อให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับ (Gaysorn, Non Ngio et al, 2017) ศึกษาเรื่องการประเมินความพร้อมระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับจังหวัดและอำเภอ เขตสุขภาพที่ 7 กรณีศึกษาการระบาดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ปี 2559 ระดับจังหวัดและอำเภอสามารถควบคุมโรคได้ดี และมีการคืนข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อโอกาสพัฒนาองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องสู่ความสำเร็จ เช่น ภาวะผู้นำ ผู้บัญชาการเหตุการณ์ ข้อมูลความเสี่ยงสามารถตรวจจับได้อย่างรวดเร็ว การประสานงานความร่วมมือกับเครือข่าย การสอบสวนโรครวดเร็วถูกต้องทันเวลา กลุ่มเสี่ยงได้รับการคัดกรองทันสถานการณ์ มีความรู้ควบคุมป้องกันโรคเพิ่มขึ้น ท่านปฏิบัติตัวป้องกันโรค ถูกต้อง ท่านเชื่อมั่นไว้วางใจภาครัฐในบริการระดับคะแนนมากทุกข้อ

ทางสาธารณสุข นำไปใช้เป็นข้อมูลทางการแพทย์และสาธารณสุขของศูนย์สถานการณ์ฉุกเฉินฯ ร่วมกับกระทรวง หน่วยงานอื่น

คุณภาพชีวิตควรได้รับการดูแลทุกมิติ เช่น ศูนย์ปฏิบัติการสถานการณ์โควิด-19

## References

- Department of Disease Control. 2020. Public Health Emergencies, Nonthaburi: Ministry
- Department of Disease Control. 2021. Public Health Emergencies, Nonthaburi: Ministry
- Kanlaya Sriwichian. 2014. Evaluation of the Ministry of Education's High-Level Administrator Program, Class 3.Master of Education Program Department of Development Studies Department of Basic Education graduate school Silpakorn University
- Gaysorn, Non Ngio. et al. 2017. Assessment of readiness of public health emergency response systems at the provincial and district levels, Health Region 7, a case study of the Zika virus outbreak, 2016. *Journal of Disease Control*; 2017
- Trang Communicable Disease Committee. 2022 Minutes of the meeting of the Trang Communicable Disease Committee.
- Kantang District Health Service Network. 2022. Order of the Public Health Emergency Operation Center on the appointment of the Committee of the Public Health Emergency Operation Center (Emergency Operation Center: EOC) only in the case of the outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Kantang District Health Service Network
- Kantang District Health Service Network. 2022. Summary of public health performance for the year 2021, Kantang District Health Service Network, Trang Province.
- Cherakit Thongpreecha. 2020. Teaching and learning management. Under the situation of COVID-19 at the secondary level, Wachiratham Sathit School, Phra Khanong District, Bangkok Master of Public Administration Program, Ramkhamhaeng University.
- Chaweewan Sridaorueng. et al. 2021. Lessons learned from surveillance operation model prevention of coronavirus disease 2019 (COVID 19) in the community of public health volunteers Northeast Phra Boromrajanok Institute Ministry of Public Health; 2021
- Nuttawut Suriya. et al. 2022. Take off the hospital preparation lesson. to support the critical situation of COVID-19 : a case study of Sappasithiprasong Camp Hospital Ubon Ratchathani Province *Journal of Nursing, Health and Education*
- Thanyarat Sakaeo. et al. 2022. Management model of local administrative organizations in helping and preventing the spread of the COVID-19 virus. Case study: Local administrative organizations in Nam Phong District. Khon Kaen Khon Kaen University
- Naruemon Anusonphat. et al. 2021. Guidelines for improving the quality of Thai public sector management in the situation of the epidemic of the Coronavirus Disease 2019, Master of Public Administration Program Faculty of Humanities and Social Sciences Phra Nakhon Si Ayutthaya Rajabhat University
- Phitsanurak Kantawee. et al. 2020. Evaluation of the project to raise awareness and prepare for communicable and emerging diseases along the Thai border Kingdom of Cambodia Lao People's Democratic Republic Republic of the Union of Myanmar, fiscal year 2015-2017, *Public Health System Research Journal*.
- Phairot Sangjong. 2018. Assessment of health system performance in Pa Bon District. Phatthalung Province Master of Science Degree Program in Health Systems Management Prince of Songkhla University
- Waleerat Hiransiriworachot. 2021. Factors of Success in Controlling Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) of Khao Saming Subdistrict Municipality, Trat Province, Master of Public Administration Program, Faculty of Political Science, Ramkhamhaeng University.
- Trang Provincial Public Health Office. 2022. Minutes of the EOC Meeting on Coronavirus Disease 2019, Trang Province.

# พฤติกรรมการสะท้อนคิดและพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา Reflective Thinking Behaviors and Ethical Behaviors of Boromarajonani College of Nursing Yala Students

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Oct. 17, 2022  
Revised: July 5, 2023  
Accepted: Aug. 1, 2023  
Published: Aug. 5, 2023

นุศรา ดาวโรจน์, เขมพัทธ์ ขจรกิตติยา  
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก  
Nutsara Dawrote, Khemmpat Kajornkittiya  
Boromarajonani College of Nursing, Yala Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

## บทคัดย่อ

วิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) พฤติกรรมการสะท้อนคิด และพฤติกรรมเชิงจริยธรรม 2) ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสะท้อนคิดกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรม ของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลที่ผ่านการฝึกปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย ปีการศึกษา 2563 จำนวน 148 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือการวิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสะท้อนคิดและพฤติกรรมเชิงจริยธรรมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.12$ , S.D. = .41 และ  $\bar{X} = 4.25$ , SD = 0.35) และพฤติกรรมจริยธรรมรายด้านที่สูงที่สุดคือด้าน การพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรเต็มใจ ( $\bar{X} = 4.37$ , SD = 0.47) รองลงมาด้านแสดงความเป็นมิตร ต่อผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป ( $\bar{X} = 4.35$ , SD = 0.51) โดยพฤติกรรมการสะท้อนคิดและพฤติกรรมเชิงจริยธรรมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมาก ( $r = 0.56$ )

ทั้งนี้ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาพฤติกรรมการสะท้อนคิดส่งผลต่อพฤติกรรมเชิงจริยธรรมในนักศึกษาพยาบาลสอดคล้องกับซึ่งสอดคล้องกับอัตลักษณ์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา สถาบันส่งเสริมการการสะท้อนคิดมาเป็นกลยุทธ์พัฒนาการสอนเพื่อพัฒนาคุณธรรมจริยธรรมของนักศึกษาเพื่อให้บัณฑิตพยาบาลเมื่อสำเร็จการศึกษามีคุณภาพและจริยธรรม ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจ

**คำสำคัญ:** พฤติกรรมการสะท้อนคิด, พฤติกรรมเชิงจริยธรรม, พยาบาล, นักศึกษาวิทยาลัยพยาบาล

\*Corresponding author: นุศรา ดาวโรจน์ Email address: Nutsara@bcnyala.ac.th

## Abstract

The objective of this survey research is to study 1) the reflective thinking behaviors and ethical behaviors, and 2) the relationship between reflective thinking behaviors and ethical behaviors of nursing students at Boromarajonani College of Nursing, Yala. The sample group was selected using simple random sampling from nursing students who have undergone practical training in the wards during the academic year 2020, totaling 148 individuals. Data were collected using a questionnaire and analyzed using descriptive statistics and inferential statistics, including Pearson's correlation analysis.

The study results revealed that the sample group exhibited high levels of reflective thinking behaviors and ethical behaviors (Mean = 3.12, SD = 0.41 and Mean = 4.25, SD = 0.35, respectively). The highest-rated aspect of ethical behavior was "Providing wholehearted care" (Mean = 4.37, SD = 0.47), followed by "Demonstrating friendliness towards patients and the general public" (Mean = 4.35, SD = 0.51). There was a strong positive correlation ( $r = 0.56$ ) between reflective thinking behaviors and ethical behaviors.

These research findings indicate that the development of reflective thinking behaviors has a positive influence on ethical behaviors among nursing students. This aligns with the identity of Boromarajonani College of Nursing, Yala, where promoting reflective thinking is a teaching strategy to enhance the moral and ethical qualities of students. As a result, graduates are expected to possess quality and ethical nursing skills that lead to higher levels of patient satisfaction.

**Keywords:** Reflective Thinking Behaviors, Ethical Behaviors, Nurse, Nursing College Students

**\*Corresponding author:** Nutsara Dawrote Email address: Nutsara@bcnyala.ac.th

## บทนำ

จริยธรรมเป็นพื้นฐานสำคัญของมนุษย์ทุกคน ประพฤติปฏิบัติชอบ ซึ่งมีรากฐานอยู่บนหลักคำสอนของศาสนา ปรัชญา และขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นแนวทางประพฤติปฏิบัติตน เพื่อการบรรลุถึงสภาพชีวิตอันทรงคุณค่าที่พึงประสงค์ ด้วยเหตุนี้สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาไทยได้กำหนดการศึกษาในระดับอุดมศึกษาแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษาของชาติเพื่อกำหนดคุณ ภาพ บัณฑิต ตามประกาศกระทรวงศึกษาธิการ เรื่องกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ พ.ศ. 2552 (Office of the Higher Education Commission. , 2017) กำหนดให้บัณฑิตในระดับอุดมศึกษาต้องเป็นผู้มีความรู้ มีคุณธรรมจริยธรรม มีความสามารถในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองตามมาตรฐานคุณภาพของบัณฑิตต้องเป็นไปตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ (TQF) บัณฑิตพยาบาลที่จบไปเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ต้องมีการปฏิบัติกับผู้ป่วยและครอบครัวจึงถูกคาดหวังจากสังคมว่าต้องมีคุณธรรมและจริยธรรมสูง พลเรือนซีเนดิงเกิล ได้กล่าวถึงหัวใจของวิชาชีพพยาบาล คือ ความเอื้ออาทร (Caring) และความเมตตา กรุณา (Compassion) ซึ่งเป็นจริยธรรม ที่ควรมีในตัวพยาบาล และควรแสดงออกทุกครั้งที่คุณดูแลผู้ป่วย (Nightingale, 1969) นอกจากนี้ต้องมีหลักจริยธรรมและจรรยาบรรณพยาบาลตาม Fry (1994) กล่าวถึงแนวคิดเชิงจริยธรรมในการพยาบาล มี 4 แนวคิด คือการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Advocacy) ความรับผิดชอบ (Accountability) ความร่วมมือ (Cooperation) และความเอื้ออาทร (Caring) (Aussawapronwiput, 2016) ดังนั้น ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลนอกจากจะต้องมีความรู้ทักษะทางการพยาบาลแล้วยังต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของจริยธรรมและจรรยาบรรณในการประกอบวิชาชีพการปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องยึดหลักจริยธรรมวิชาชีพเป็นสำคัญ (Aussawapronwiput, 2016) จริยธรรม 10 ด้าน ได้แก่ 1) มีบุคลิกภาพดี เหมาะสมในการประกอบวิชาชีพ และในการดำรงตนอยู่ในสังคม 2

ประพฤติตนอยู่ในศีลธรรม สอดคล้องกับค่านิยมวัฒนธรรม และกฎเกณฑ์ของสังคม 3. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี 4. แสดงความเป็นมิตรต่อผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป 5. ให้บริการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรเต็มใจ 6. รักษาสิทธิของผู้รับบริการ 7. มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ผู้รับบริการและสังคม 8. ให้บริการด้วยเทคนิคที่ถูกต้อง ตามขอบเขตและมาตรฐานวิชาชีพ 9. มีการพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องเกี่ยวกับการดำรงตนในการประกอบวิชาชีพ 10. มีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรวิชาชีพ จริยธรรมวิชาชีพพยาบาลตามมุมมอง ของผู้บริหารทางการพยาบาล ได้แก่ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย ความซื่อสัตย์ ความอาทรต่อผู้ป่วยการช่วยเหลือโดยไม่รับ สิ่งตอบแทน การมีระเบียบวินัย การเสียสละ การมีพฤติกรรมการบริการและมีใจบริการที่ดี การดูแลผู้ใช้บริการอย่างเท่าเทียมและไม่เลือกปฏิบัติ ความรับผิดชอบ และการรักษาความลับ (Arpanantikul, 2014) สิ่งสำคัญลำดับแรกของพยาบาลคือความซื่อสัตย์และจริยธรรม มีการศึกษาสภาพปัญหาของพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาล วิชาชีพ พบว่า 1) สภาพปัญหาของพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพ ดังนี้ (1) การขาดความรู้และทักษะด้านจริยธรรมวิชาชีพ (2) การปฏิบัติการพยาบาลด้านจริยธรรมไม่เป็นแนวทางเดียวกัน (3) การมีทัศนคติที่ไม่เหมาะสมด้านจริยธรรม (4) สิ่งแวดล้อมไม่เอื้อต่อการปฏิบัติด้านจริยธรรม (Thongjam. R., 2521)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา เป็นสถาบันการศึกษาที่จัดการศึกษาตามปรัชญาของสถาบันพระบรมราชชนก ในการผลิตและพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มุ่งเน้นชุมชน เพื่อตอบสนองความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นและระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข มีความเชื่อว่า การพยาบาลเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ใช้บริการบนพื้นฐานการดูแลแบบเอื้ออาทร (Caring) ให้การบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) และบูรณาการศาสตร์ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน เพื่อเพิ่ม

ศักยภาพในการดูแลตนเองภายใต้บริบทและวัฒนธรรมที่หลากหลาย ความสำคัญของหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในการผลิตพยาบาลวิชาชีพที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ใช้บริการบนพื้นฐานทฤษฎีการดูแลแบบเอื้ออาทร (Caring Theory) และทฤษฎีการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanistic Nursing Theory) เพื่อตอบสนองความต้องการทางสุขภาพของชุมชนและระบบสุขภาพของประเทศ ภายใต้การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก โดยมีวัตถุประสงค์ของหลักสูตรเพื่อให้บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาในหลักสูตรมีคุณลักษณะ และความสามารถส่วนบุคคลที่จำเป็นสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลในด้านที่ 1 คือ เคารพในคุณค่า ศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์และความเป็นปัจเจกบุคคล มีคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพในการดำรงตนและการปฏิบัติงาน มาตรฐานที่ 3 ระบบบริการการพยาบาล มีรายงานการศึกษาพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี พบว่าพฤติกรรมเชิงจริยธรรมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{x} = 3.44, S.D. = 0.33$ ) รูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่ร้อยละ 94.9 เป็นแบบให้อิสระอย่างมีขอบเขตทัศนคติต่อวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.66, S.D. = 0.36$ ) ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ค่าใช้จ่ายต่อเดือนทัศนคติต่อวิชาชีพการพยาบาลและรูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่แบบให้อิสระอย่างมีขอบเขตส่วนรูปแบบการเลี้ยงดูของพ่อแม่แบบเข้มงวดแบบยอมตามบุตรแบบปล่อยปละละเลยอายุของนักศึกษาเกรดเฉลี่ยสะสมไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล ดังนั้น การออกแบบ (Boonyachet *et al.* 2554) ครูผู้สอน จึงควรออกแบบให้ผู้เรียนได้เป็นผู้สร้างความรู้ด้วย

ตนเองมากกว่าการรับ การถ่ายทอดจากครูผู้สอน พฤติกรรมการสะท้อนคิด (reflection) เป็นกระบวนการคิดไตร่ตรองทบทวน พินิจพิเคราะห์ และพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างรอบคอบเกี่ยวกับความรู้หรือประสบการณ์ใด ๆ อันจะทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งในเรื่องนั้น ๆ ทำให้เกิดการเรียนรู้ สิ่งใหม่ๆ โดยเฉพาะเรื่องราวที่มีความคลุมเครือ หรือมีความซับซ้อน อันจะนำไปสู่การพัฒนาปรับปรุงตนเอง ปรับปรุงงาน และการแก้ปัญหาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมาก ความคิดเชิงสะท้อนที่ลึกซึ้งมีการเรียนรู้จากการพิสูจน์หลักฐาน และเหตุการณ์โดยใช้และไม่ใช้ความตระหนักรู้จากความรู้และเหตุผลที่มี (Kember, 2012) จะเห็นได้ว่าถ้าผู้เรียนมีการสะท้อนคิดสม่ำเสมอจะส่งผลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมทำให้มีผลต่อการพัฒนาด้านคุณธรรมจริยธรรมซึ่งสำคัญต่อการฝึกภาคปฏิบัติทางการพยาบาลที่ต้องเหมาะสมกับที่สังคมคาดหวังในตัวพยาบาล เมื่อสำเร็จการศึกษาเป็นพยาบาลวิชาชีพ ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับพฤติกรรมสะท้อนคิดหากนักศึกษาพยาบาลมีการพัฒนาทักษะด้านการสะท้อนคิดอาจ ย่อมแสดงพฤติกรรมจริยธรรมที่ดีถูกต้องตามมาตรฐานวิชาชีพการพยาบาล ตรงตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ รวมทั้ง ลดอุบัติการณ์ข้อร้องเรียนต่างๆ ได้ จากที่กล่าวมาข้างต้นแม้ว่านักศึกษามีพฤติกรรมการสะท้อนคิดที่ดีก็อาจทำให้พฤติกรรมจริยธรรมดีขึ้นด้วย แต่อย่างไรก็ตามยังไม่มีรายงานวิจัยศึกษาตัวแปร 2 ตัวนี้ระหว่าง พฤติกรรมการสะท้อนคิด และพฤติกรรมเชิงจริยธรรม ผู้วิจัยจึงศึกษาเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนากลยุทธ์การจัดกิจกรรมการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้บัณฑิตมีพฤติกรรมการสะท้อนคิด และพฤติกรรมเชิงจริยธรรมที่เหมาะสม และส่งผลให้ลดข้อร้องเรียน และความพึงพอใจของผู้รับบริการต่อไป

## วัตถุประสงค์

1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสะท้อนคิดและพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

## กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดทฤษฎี

ตามแนวคิดของ Fry (1994) ได้แก่ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย (Advocacy) ความรับผิดชอบ (Accountability) ความร่วมมือ (Cooperation) และความเอื้ออาทร (Caring) ฟลอเรนซ์ ไนติงเกล ได้กล่าวถึงหัวใจของวิชาชีพพยาบาล คือ ความเอื้ออาทร (Caring) และความเมตตา กรุณา (Compassion) ซึ่งเป็นจริยธรรมที่ควรมีในตัวพยาบาล (Aussawapronwiput, 2016) และควรแสดงออกทุกครั้งที่คุณดูแลผู้ป่วย พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ พ.ศ.2528 (แก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ.2550) กำหนดว่า ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล การผดุงครรภ์ หรือ การพยาบาลและการ ผดุงครรภ์ ต้องรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามที่กำหนดไว้ในข้อบังคับสภาการพยาบาล จักต้อง รักษาจริยธรรมในการปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการต่อผู้ร่วมวิชาชีพ และต่อผู้ร่วมงาน หากประพฤติผิดจริยธรรม อาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายได้ (Thailand Nursing and Midwifery

## ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

### ประชากร

คือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ที่ผ่านการฝึกปฏิบัติบนหอผู้ป่วย ปีการศึกษา 2563 ชั้นปีที่ 2 จำนวน 80 คน ปีที่ 3 จำนวน 97 คน ปีที่ 4 จำนวน 65 คน รวมทั้งหมด 242 คน ปี 2

### กลุ่มตัวอย่าง

ที่คำนวณขนาดโดยใช้ตารางเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างแต่ละชั้นปี โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling)

2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสะท้อนคิดกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา

Council, 2550) การปฏิบัติการพยาบาลจึงต้องยึดหลักจริยธรรมวิชาชีพเป็นสำคัญโดยนำมากำหนดพฤติกรรมจริยธรรม ของนักศึกษาพยาบาล และส่งเสริมสนับสนุนให้นักศึกษาพยาบาล มีโอกาสพัฒนาคุณธรรมจริยธรรม ดังต่อไปนี้ ประกอบด้วยพฤติกรรมจริยธรรม 10 ด้านได้แก่ 1. มีบุคลิกภาพดีเหมาะสมในการประกอบวิชาชีพ และในการดำรงตนอยู่ในสังคม 2. ประพฤติตนอยู่ในศีลธรรม สอดคล้องกับค่านิยมวัฒนธรรม และกฎเกณฑ์ของสังคม 3. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี 4. แสดงความเป็นมิตรต่อผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป 5. ให้บริการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรเต็มใจ 6. รักษาสิทธิของผู้รับบริการ 7. มีความรับผิดชอบต่อตนเอง ผู้รับบริการและสังคม 8. ให้บริการด้วยเทคนิคที่ถูกต้อง ตามขอบเขตและมาตรฐานวิชาชีพ 9. มีการพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง เกี่ยวกับการดำรงตนในการประกอบวิชาชีพ 10. มีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรวิชาชีพ

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมสะท้อนคิด เป็นแบบประเมิน เชษฐา แก้วพรม (2556) แปลและพัฒนา จากแบบวัดของ Sobral (2005) มีข้อคำถามทั้งสิ้น จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 4 ระดับ แบบวัดนี้ใช้มาตรวัดแบบ likert scale มีการตอบ 4 ระดับ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา โดยแบบสอบถามวัดระดับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของพยาบาลวิชาชีพจริยธรรม 10 ด้านได้แก่ 1) มีบุคลิกภาพดี เหมาะสมในการ

ประกอบวิชาชีพ และในการดำรงตนอยู่ในสังคม 2) ประพฤติตนอยู่ในศีลธรรม สอดคล้องกับ ค่านิยมวัฒนธรรม และกฎเกณฑ์ ของสังคม 3) มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี 4) แสดงความเป็นมิตรต่อ ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป 5) ให้บริการ พยาบาลด้วยความเอื้ออาทรเต็มใจ 6) รักษาสิทธิ ของผู้รับบริการ 7) มีความรับผิดชอบต่อนอง ผู้รับบริการและสังคม 8) ให้บริการด้วยเทคนิคที่ ถูกต้อง ตามขอบเขตและมาตรฐานวิชาชีพ 9) มี การพัฒนาความรู้ อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เกี่ยวกับการดำรงตนในการประกอบวิชาชีพ 10) มีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรวิชาชีพ ดัดแปลง จากแบบประเมินจริยธรรมพยาบาลของสภาการ พยาบาล

มีข้อคำถามทั้งสิ้น จำนวน 40 ข้อ ลักษณะ คำตอบเป็นแบบประเมินพฤติกรรมจริยธรรมเป็น มาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ตามรูปแบบของลิเกิต (Likert Scale) โดย กำหนดการให้คะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้อง (IOC) ได้ค่า เท่ากับ 0.67-1.00 และนำแบบสอบถามมาทดลอง ใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำแบบสอบถามไป หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม ทั้งฉบับ โดยใช้สูตรวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟา (Alpha coefficient) ตามวิธีของครอนบาค ได้ ความเชื่อมั่น 0.97

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยขอ จริยธรรมจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา จากนั้นดำเนินการสร้างแบบสอบถามออนไลน์

### ผลการวิจัย

#### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.54 เพศชายร้อยละ 9.46 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21 - 25 ปี ร้อยละ 75.67 รองลงมา 15- 20 ปี ร้อยละ 20.27 26 - 30 ปี

(Google form) โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง เมื่อได้รับ อนุญาต ประสานงานกับตัวแทน เพื่อดำเนินการ เข้าพบและชี้แจงเกี่ยวกับวิจัย วัตถุประสงค์ของ การวิจัย การดำเนินการวิจัย ขั้นตอนการเก็บ รวบรวมข้อมูล และสิทธิของการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นเก็บข้อมูลแบบ Online Survey โดยการส่ง แบบสอบถามออนไลน์ไปยังตัวแทน เพื่อ ดำเนินการส่งต่อโดยใช้ Application Line ไปยัง ตัวแทนนักศึกษา เมื่อผู้ให้ข้อมูลยินดีเข้าร่วมการ วิจัย ให้ลงนามในแบบเอกสาร ผู้วิจัยให้ตอบ แบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 20 นาที ต่อ คน ตรวจสอบความเรียบร้อยของแบบสอบถาม

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดย ใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ระดับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของ นักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การวิเคราะห์แบบประเมินพฤติกรรม สะท้อนคิด วิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และ ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานในรายข้อ รายด้าน และ โดยรวม
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่าง พฤติกรรมเชิงจริยธรรมกับพฤติกรรมการ สะท้อนคิด ของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Peason's Product Moment Correlation กำหนดค่า r (Wiersma, 2009)

### จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้ขออนุมัติจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา (เลข จริยธรรม BCNYA13/2563)

(ร้อยละ 1.35) อายุ 31 - 35 ปี (ร้อยละ 1.35) อายุ 36 - 40 ปี (ร้อยละ 0.68) และ 41- 45 ปี (ร้อยละ 0.68) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ร้อยละ 58.78 และ พุทธ ร้อยละ 42.22 เกรดเฉลี่ย สะสม สูง สุด 3.01-3.50 (ร้อยละ 75.68)

รองลงมา 3.51-4.00 (ร้อยละ 16.89) 2.51-3.00 ตามลำดับ ชั้นปี 3 (ร้อยละ 39.86) ชั้นปี 2 (ร้อยละ 6.08) และ 2.00-2.50 (ร้อยละ 1.35) 33.11) ชั้นปี 4 (ร้อยละ 27.03) ตามลำดับ

## ส่วนที่ 2 พฤติกรรมสะท้อนคิดของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมสะท้อนคิดของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา (n=148)

ข้อที่	รายการ	ระดับพฤติกรรม		
		$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1.	ฉันใช้เวลาทบทวนเหตุการณ์ที่พบในแต่ละวัน	3.02	.644	สูง
2.	ฉันคิดทบทวนความรู้สึกของตนเองว่าเหตุการณ์ที่พบทำให้ฉันรู้สึกอะไรบ้าง	3.16	.607	สูง
3.	ฉันคิดทบทวนว่าเหตุการณ์ต่างๆเกิดผลกระทบอย่างไรบ้าง	3.16	.584	สูง
4.	ฉันมักมีคำถามเกี่ยวกับเหตุการณ์และพยายามหาคำตอบให้ได้	3.02	.649	สูง
5.	ฉันมักตั้งคำถามหรือคิดหาวิธีที่จะทำให้เหตุการณ์ต่างๆดีขึ้นกว่าที่เป็นอยู่	3.10	.636	สูง
6.	ฉันมักทบทวนเหตุการณ์และคิดเชื่อมโยงไปยังสิ่งๆที่ฉันเคยเรียนรู้มา	3.06	.562	สูง
7.	หากมีเรื่องที่ยากรู้ ฉันจะพยายามค้นหาคำตอบจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ	3.25	.533	สูง
8.	ฉันทบทวนเหตุการณ์และสร้างข้อสรุปเกี่ยวกับเหตุการณ์ที่เผชิญ	3.07	.561	สูง
9.	ฉันวางแผนว่าจะนำความรู้ที่ได้ในแต่ละวันไปใช้ในอนาคตอย่างไร	3.12	.594	สูง
10.	ฉันคิดไตร่ตรองว่าเหตุการณ์ที่ฉันพบมีคุณค่าต่อฉันอย่างไร	3.15	.599	สูง
11.	ฉันทบทวนว่าแต่ละวันได้เรียนรู้อะไรบ้าง	3.10	.568	สูง
12.	ฉันทบทวนว่าเหตุการณ์ต่างๆทำให้ฉันได้เรียนรู้ได้อย่างไร	3.13	.586	สูง
13.	เมื่อพบสถานการณ์ใหม่ฉันพยายามที่จะเรียนรู้จากมัน	3.18	.580	สูง
14.	ฉันพยายามค้นหาข้อดีของเหตุการณ์เพื่อการเรียนรู้	3.13	.598	สูง
15.	ฉันประเมินผลงานของตนเองเพื่อการพัฒนาในอนาคต	3.10	.599	สูง
	<b>รวม</b>	<b>3.12</b>	<b>.593</b>	<b>สูง</b>

จากตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมสะท้อนคิดโดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $\bar{x} = 3.12, SD = 0.593$ ) เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด คือ ข้อที่ 7 หากมีเรื่องที่ยากรู้ ฉันจะพยายามค้นหาคำตอบจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ ถึง ( $\bar{x} = 3.25, SD = 0.533$ ) รองลงมา คือ ข้อที่ 13 เมื่อพบสถานการณ์ใหม่ฉัน

พยายามที่จะเรียนรู้จากมัน ( $\bar{x} = 3.18, SD = 0.580$ ) ตามลำดับ ส่วนข้อที่มีพฤติกรรมที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 1 ฉันใช้เวลาทบทวนเหตุการณ์ที่พบในแต่ละวัน ( $\bar{x} = 3.02, SD = 0.644$ ) และ ข้อที่ 4 ฉันมักมีคำถามเกี่ยวกับเหตุการณ์และพยายามหาคำตอบให้ได้ ( $\bar{x} = 3.02, SD = 0.649$ )

### ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา

ตารางที่ 2 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา จำแนกรายด้าน (N=148)

พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ พฤติกรรม
1. บุคลิกภาพที่ดี เหมาะสมในการประกอบอาชีพและในการดำรง ตนอยู่ในสังคม	4.23	.581	มาก
2. ประพฤติตนอยู่ในศีลธรรม สอดคล้องกับค่านิยม วัฒนธรรม และกฎเกณฑ์ของสังคม	4.28	.584	มาก
3. มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี	4.24	.596	มาก
4. แสดงความเป็นมิตรต่อผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป	4.35	.545	มาก
5. ให้บริการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรเต็มใจ	4.37	.525	มาก
6. รักษาสิทธิของผู้รับบริการ	4.28	.557	มาก
7. มีความรับผิดชอบต่อตนเองผู้รับบริการและสังคม	4.29	.558	มาก
8. ให้บริการด้วยเทคนิคที่ถูกต้องตามขอบเขตและมาตรฐาน วิชาชีพ	4.20	.494	มาก
9. มีการพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องเกี่ยวกับการดำรง ตนในการประกอบวิชาชีพ	4.07	.561	มาก
10. มีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรวิชาชีพ	4.18	.595	มาก
<b>รวม</b>	<b>4.26</b>	<b>.349</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 2 พฤติกรรมพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลาภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.26, S.D. = .349$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้าน ให้บริการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรเต็มใจ ( $\bar{x} = 4.37, S.D. = .525$ ) รองลงมาคือด้าน แสดงความเป็นมิตรต่อ

ผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป ( $\bar{x} = 4.35, S.D. = .545$ ) ด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือด้านมีการพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องเกี่ยวกับการดำรงตนในการประกอบวิชาชีพ ( $\bar{x} = 4.07, S.D. = .561$ ) รองลงมาคือด้านมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรวิชาชีพ ( $\bar{x} = 4.18, S.D. = .595$ ) ตามลำดับ

**ตารางที่ 3** พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษา จำแนกรายด้านและรายข้อด้านบุคลิกภาพที่ดี เหมาะสมในการประกอบอาชีพและในการดำรงตนอยู่ในสังคม (n=148)

ด้านบุคลิกภาพที่ดี เหมาะสมในการประกอบอาชีพและในการดำรงตนอยู่ในสังคม	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม	ลำดับ
1. การแต่งกายถูกต้องตามระเบียบ สะอาดเรียบร้อย	4.36	.573	มาก	2
2. รักษาสุขวิทยาส่วนบุคคล	4.34	.568	มาก	3
3. วางตัวได้เหมาะสมตามกาลเทศะน่าเชื่อถือเป็นแบบอย่างที่ดีสังคมยอมรับ	4.21	.574	มาก	4
4. กิริยาท่าทางสุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยนใช้คำสุภาพ	4.17	.539	มาก	6
5. คล่องแคล่วว่องไว	3.89	.619	มาก	7
6. สุขภาพแข็งแรง	4.20	.635	มาก	5
7. สุขภาพจิตสมบูรณ์	4.40	.556	มาก	1
<b>รวม</b>	<b>4.23</b>	<b>.581</b>	มาก	

จากตารางที่ 3 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา จำแนกรายด้านด้านบุคลิกภาพที่ดี อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.23$  S.D. = .581) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือสุขภาพจิตสมบูรณ์ ( $\bar{x} = 4.40$  S.D. = .556) รองลงมาคือ

การแต่งกายถูกต้องตามระเบียบ สะอาดเรียบร้อย ( $\bar{x} = 4.36$  S.D. = .573) ข้อที่มีคะแนนน้อยสุดคือ คล่องแคล่วว่องไว ( $\bar{x} = 3.89$  S.D. = .619) และรองลงมาคือ กิริยาท่าทางสุภาพ น้ำเสียงอ่อนโยนใช้คำสุภาพ ( $\bar{x} = 4.17$  S.D. = .539) ตามลำดับ

**ตารางที่ 4** พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษา จำแนกรายด้านและรายข้อด้านประพฤตินอยู่ในศีลธรรม สอดคล้องกับค่านิยม วัฒนธรรม และกฎเกณฑ์ของสังคม (n=148)

ด้านประพฤตินอยู่ในศีลธรรม สอดคล้องกับค่านิยม วัฒนธรรม และกฎเกณฑ์ของสังคม	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม	ลำดับ
1. ไม่มีประวัติการทำผิดศีลธรรม	4.24	.663	มาก	4
2. ดำรงตนอยู่ในขอบเขตกฎหมายบ้านเมือง	4.43	.561	มาก	2
3. ซื่อสัตย์สุจริตไม่แสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบ	4.54	.513	มาก	1
4. รักษาระเบียบ วินัย วัฒนธรรมขององค์กร	4.22	.566	มาก	6
5. มีความเสียสละ	4.22	.519	มาก	5
6. มีความเพียรพยายามมานะอดทน	4.26	.596	มาก	3
7. ละเว้นการส่งเสริมปกป้องผู้ประพฤติผิด	4.14	.628	มาก	8
8. ดำรงชีวิตอย่างเรียบง่ายไม่ฟุ้งเฟ้อ	4.18	.625	มาก	7
<b>รวม</b>	<b>4.28</b>	<b>.584</b>	มาก	

จากตารางที่ 4 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา จำแนกรายด้านประพฤตินอยู่ในศีลธรรม สอดคล้องกับค่านิยม วัฒนธรรม และกฎเกณฑ์ของสังคมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.28$  S.D. = .584) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือซื่อสัตย์สุจริต

ไม่แสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบ ( $\bar{x} = 4.54$  S.D. = .513) รองลงมาคือ ดำรงตนอยู่ในขอบเขตกฎหมายบ้านเมือง ( $\bar{x} = 4.43$  S.D. = .561) ข้อที่มีคะแนนน้อยสุดคือ ละเว้นการส่งเสริมปกป้องผู้ประพฤติผิด ( $\bar{x} = 4.14$  S.D. = .628) และรองลงมาคือ ดำรงชีวิตอย่างเรียบง่ายไม่ฟุ้งเฟ้อ ( $\bar{x} = 4.18$  S.D. = .625) ตามลำดับ

ตารางที่ 5 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษา จำแนกรายด้านและรายข้อ ด้านมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี (n=148)

ด้านมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม	ลำดับ
1. กระตือรือร้นให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการและ ผู้ร่วมงานอย่างเต็มความสามารถ	4.33	.576	มาก	3
2. ยกย่องให้เกียรติเคารพในศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน	4.47	.540	มาก	1
3. ยกย่องผู้มีความรู้ความสามารถและผู้ประพฤติดี	4.46	.551	มาก	2
4. สามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ดี	4.20	.677	มาก	4
5. มีความสามารถในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ	3.99	.660	มาก	6
6. ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น	4.01	.571	มาก	5
<b>รวม</b>	<b>4.24</b>	<b>.596</b>	<b>มาก</b>	

จากตารางที่ 5 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเยลา จำแนกรายด้านด้านมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดี อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.24$  S.D. = .596) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือ ยกย่องให้เกียรติเคารพในศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน  $\bar{x} = 4.47$  S.D. = .540) รองลงมาคือ ยกย่องผู้มี

ความรู้ความสามารถและผู้ประพฤติดี ( $\bar{x} = 4.46$  S.D. = .551) ข้อที่มีคะแนนน้อยสุดคือ มีความสามารถในการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ( $\bar{x} = 3.99$  S.D. = .660) และรองลงมาคือ ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น ( $\bar{x} = 4.01$  S.D. = .571) ตามลำดับ

ตารางที่ 6 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษา จำแนกรายด้านและรายข้อ ด้านแสดงความเป็นมิตรต่อผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป (n =148)

ด้านแสดงความเป็นมิตรต่อผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม	ลำดับ
1. ให้การต้อนรับด้วยอัธยาศัยอันดี	4.35	.533	มาก	2
2. สนใจรับฟังตอบข้อซักถามและอธิบายให้ผู้รับบริการทราบด้วยความเท่าเทียมกัน	4.35	.558	มาก	1
<b>รวม</b>	<b>4.35</b>	<b>.545</b>	<b>มาก</b>	

จากตารางที่ 6 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีเยลา จำแนกรายด้านด้านแสดงความเป็นมิตรต่อผู้รับบริการและประชาชนทั่วไปอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.35$  S.D. = .545) และเมื่อพิจารณารายข้อ

พบว่าข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือสนใจรับฟังตอบข้อซักถามและอธิบายให้ผู้รับบริการทราบด้วยความเท่าเทียมกัน ( $\bar{x} = 4.35$  S.D. = .558) รองลงมาคือ ให้การต้อนรับด้วยอัธยาศัยอันดี ( $\bar{x} = 4.35$  S.D. = .533)

ตารางที่ 7 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษา จำแนกรายด้านและรายข้อ ด้านให้บริการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรเต็มที่ (n=148)

ด้านให้บริการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรเต็มที่	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม	ลำดับ
1. ดูแลเอาใจใส่ห่วงใยผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอด้วยความเอื้ออาทรเต็มที่และเท่าเทียมกัน	4.38	.527	มาก	1
2. แสดงออกด้วยกิริยา วาจา น้ำเสียงและสัมผัสที่อ่อนโยนอย่างเหมาะสม	4.36	.524	มาก	2
รวม	4.37	.525	มาก	

จากตารางที่ 7 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีละจำแนกรายด้านด้านให้บริการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรเต็มที่ อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.37$  S.D. = .525) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มี

คะแนนมากที่สุดคือ ดูแลเอาใจใส่ห่วงใยผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอด้วยความเอื้ออาทรเต็มที่และเท่าเทียมกัน ( $\bar{x} = 4.38$  S.D. = .527) รองลงมาคือ แสดงออกด้วยกิริยา วาจา น้ำเสียงและสัมผัสที่อ่อนโยนอย่างเหมาะสม ( $\bar{x} = 4.36$  S.D. = .524)

ตารางที่ 8 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษา จำแนกรายด้านและรายข้อด้านรักษาสิทธิของผู้รับบริการ (n=148)

ด้านรักษาสิทธิของผู้รับบริการ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม	ลำดับ
1. ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการ	4.20	.521	มาก	3
2. ปกป้องสิทธิในความเป็นส่วนตัวและไม่เปิดเผยความลับของผู้รับบริการ	4.33	.564	มาก	2
3. เป็นตัวแทนผู้รับบริการที่สื่อความต้องการด้วยตนเองไม่ได้	4.07	.640	มาก	4
4. ไม่ละเมิดสิทธิของผู้รับบริการ	4.53	.501	มาก	1
รวม	4.28	.557	มาก	

จากตารางที่ 8 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีละจำแนกรายด้านด้านรักษาสิทธิของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.28$  S.D. = .557) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือ ไม่ละเมิดสิทธิของผู้รับบริการ ( $\bar{x} = 4.53$  S.D. = .501) รองลงมาคือ ปกป้องสิทธิในความเป็น

ส่วนตัวและไม่เปิดเผยความลับของผู้รับบริการ ( $\bar{x} = 4.33$  S.D. = .564) ข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ เป็นตัวแทนผู้รับบริการที่สื่อความต้องการด้วยตนเองไม่ได้ ( $\bar{x} = 4.07$  S.D. = .640) และรองลงมาคือ ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเป็นประโยชน์ต่อการตัดสินใจของผู้รับบริการ ( $\bar{x} = 4.20$  S.D. = .571) ตามลำดับ

ตารางที่ 9 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษา จำแนกรายด้านและรายข้อ ด้านมีความรับผิดชอบต่อตนเองผู้รับบริการและสังคม (n=148)

ด้านมีความรับผิดชอบต่อตนเองผู้รับบริการและสังคม	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม	ลำดับ
1. ตรงต่อเวลา	4.19	.610	มาก	3
2. ไม่ละทิ้งหน้าที่	4.42	.522	มาก	1
3. ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายได้สำเร็จครบถ้วน	4.36	.522	มาก	2
4. ช่วยเหลืองานนอกเหนือจากที่ได้รับมอบหมายตามโอกาสอันควร	4.18	.580	มาก	4
<b>รวม</b>	<b>4.28</b>	<b>.557</b>	<b>มาก</b>	

จากตารางที่ 9 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา จำแนกรายด้านด้านมีความรับผิดชอบต่อตนเองผู้รับบริการและสังคม ( $\bar{x} = 4.28$  S.D. = .557) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือไม่ละทิ้งหน้าที่ ( $\bar{x} = 4.42$  S.D. = .522) รองลงมาคือ ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายได้สำเร็จครบถ้วน ( $\bar{x} = 4.36$  S.D. = .522) ข้อที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือ ช่วยเหลืองานนอกเหนือจากที่ได้รับมอบหมายตามโอกาสอันควร ( $\bar{x} = 4.18$  S.D. = .580) และรองลงมาคือ ตรงต่อเวลา ( $\bar{x} = 4.19$  S.D. = .610) ตามลำดับ

ตารางที่ 10 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษา จำแนกรายด้านและรายข้อด้านให้บริการด้วยเทคนิคที่ถูกต้องตามขอบเขตและมาตรฐานวิชาชีพ (n=148)

ด้านให้บริการด้วยเทคนิคที่ถูกต้องตามขอบเขตและมาตรฐานวิชาชีพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. ปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องตามหลักการ วิธีการตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการ	4.20	.494	มาก
<b>รวม</b>	<b>4.20</b>	<b>.494</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 10 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา ด้านการให้บริการด้วยเทคนิคที่ถูกต้องตามขอบเขตและมาตรฐานวิชาชีพ คือการปฏิบัติการพยาบาลถูกต้องตามหลักการ วิธีการตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.20$  S.D. = .494)

ตารางที่ 11 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษา จำแนกรายด้านและรายข้อด้านมีการพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องเกี่ยวกับการดำรงตนในการประกอบวิชาชีพ (n=148)

ด้านมีการพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องเกี่ยวกับการดำรงตนในการประกอบวิชาชีพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. สนใจศึกษาค้นคว้าหาความรู้และทักษะด้านศาสตร์ทางวิชาชีพศาสตร์ทางจริยธรรมและศาสตร์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์กับการปฏิบัติวิชาชีพและการดำรงตนในสังคม	4.07	.561	มาก
<b>รวม</b>	<b>4.07</b>	<b>.561</b>	<b>มาก</b>

จากตารางที่ 11 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา ด้านมีการพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง เกี่ยวกับการดำรงตนในการประกอบวิชาชีพ คำถามสนใจศึกษาค้นคว้าหาความรู้และทักษะ

ด้านศาสตร์ทางวิชาชีพศาสตร์ทางจริยธรรมและศาสตร์อื่นๆที่เป็นประโยชน์กับการปฏิบัติวิชาชีพ และการดำรงตนในสังคม อยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.07$  S.D. = .561)

**ตารางที่ 12** พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษา จำแนกรายด้านและรายชื่อ ด้านมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรวิชาชีพ (n =148 )

ด้านมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรวิชาชีพ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม	ลำดับ
1. เป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรวิชาชีพ	4.17	.564	มาก	2
2. เข้าร่วมกิจกรรมในการพัฒนาวิชาชีพ	4.16	.603	มาก	3
3. ส่งเสริมสนับสนุน และเผยแพร่วิชาชีพ	4.16	.603	มาก	3
4. ปฏิบัติตามมาตรฐานจรรยาบรรณและกฎหมายวิชาชีพ	4.28	.560	มาก	1
5. ติดตามข่าวสารของวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ	4.14	.646	มาก	4
<b>รวม</b>	<b>4.18</b>	<b>.595</b>	<b>มาก</b>	

จากตารางที่ 12 พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา จำแนกรายด้าน มีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรวิชาชีพอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x} = 4.18$  S.D. = .595) และเมื่อพิจารณารายข้อพบว่าข้อที่มีคะแนนมากที่สุดคือปฏิบัติตามมาตรฐานจรรยาบรรณและกฎหมายวิชาชีพ ( $\bar{x} = 4.28$  S.D. = .560)

รองลงมาคือ เป็นสมาชิกที่ดีขององค์กรวิชาชีพ ( $\bar{x} = 4.17$  S.D. = .564) ข้อที่มีคะแนนน้อยสุดคือ ติดตามข่าวสารของวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ( $\bar{x} = 4.14$  S.D. = .646) และรองลงมาคือ เข้าร่วมกิจกรรมในการพัฒนาวิชาชีพ และ ส่งเสริมสนับสนุน และเผยแพร่วิชาชีพมีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ( $\bar{x} = 4.16$  S.D. = .603) ตามลำดับ

**ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสะท้อนคิดกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา**

**ตารางที่ 13** ความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมสะท้อนคิดกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา

ตัวแปร	พฤติกรรมสะท้อนคิด	
	Pearson correlation	p-value
พฤติกรรมเชิงจริยธรรม	0.565**	< 0.001

จากตารางที่ 13 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสะท้อนคิดกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลา

ชนนียะลา มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = 0.565$ , p-value < 0.001)

## อภิปรายผล

จากผลการวิจัยพฤติกรรมการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา และความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสะท้อนคิดกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลาผลการศึกษานำมาอภิปรายผลได้ ดังนี้

1. ระดับพฤติกรรมสะท้อนคิดของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ยะลา โดยรวมในระดับสูง ( $= 3.12, SD = 0.593$ ) สอดคล้องกับการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมล ชัยสา และ สายชล จันทร์วิจิตร (Pornpimol, C. and Saichol, J., 2020) ที่พบว่าจัดการเรียนการสอนโดยการส่งเสริมทักษะการสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมของนักศึกษาก่อนและหลังการเรียนการสอนโดยการส่งเสริมทักษะการสะท้อนคิด แตกต่างกันโดยพบว่าหลังการสอนมีคะแนนสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญที่ 0.05 การสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาล เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยคะแนนมากที่สุด คือ ข้อที่ 7 หากมีเรื่องที่ยากรู้ ฉันจะพยายามค้นหาคำตอบจากแหล่งที่น่าเชื่อถือ ( $= 3.25, SD = 0.533$ ) รองลงมา คือ ข้อที่ 13 เมื่อพบสถานการณ์ใหม่ฉันพยายามที่จะเรียนรู้จากมัน ( $= 3.18, SD = 0.580$ ) ตามลำดับ สอดคล้องกับพรพิมล ชัยสา และ สายชล จันทร์วิจิตร (Pornpimol, C. and Saichol, J., 2020) ผลของการจัดการเรียนการสอนโดยการส่งเสริมทักษะการสะท้อนคิดต่อพฤติกรรมการสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลหลังได้รับการจัดการเรียนการสอนโดยการส่งเสริมทักษะการสะท้อนคิด พบว่าคะแนนพฤติกรรมการสะท้อนคิดของ นักศึกษาหลังการเรียนการสอนโดยการส่งเสริมทักษะการสะท้อนคิดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนพฤติกรรมการสะท้อนคิดของนักศึกษาที่ได้รับการเรียนการสอนโดยการส่งเสริมทักษะการสะท้อนคิดสูงกว่านักศึกษาที่ได้รับการจัดการเรียนการสอนตามปกติอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( Pornpimol, C. and Saichol, J., 2020) มีการศึกษาผลการสอนแบบสะท้อนคิดในรายวิชาปฏิบัติหลักการและเทคนิคทางการพยาบาล มี

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาพยาบาลต่อการจัดการเรียนการสอนโดยวิธีสะท้อนคิด ผลการศึกษาความคิดเห็นของนักศึกษาที่มีต่อการจัดการเรียนการสอน พบว่า โดยรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=4.13, S.D.=0.71$ ) ความสอดคล้องของการจัดการเรียน การสอนกับรายวิชาอยู่ในระดับมากที่สุด ( $\bar{x}=4.23, S.D.=0.74$ ) นักศึกษามีความตระหนักรู้ในตนเองอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=4.18, S.D.=0.73$ ) นักศึกษามีการพัฒนาตนเองจากการบันทึก สะท้อนคิดอยู่ในระดับมาก ( $\bar{x}=4.09, S.D.=0.67$ ) ข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า กลุ่ม ตัวอย่างมีการสะท้อนการทำงานของตนเองในแต่ละวันทำให้มีการพัฒนาตนเองและเข้าใจ การให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยมากขึ้น ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในการจัดการเรียนการสอน โดยใช้ การเขียนบันทึกสะท้อนคิดจะส่งผลต่อการตระหนักรู้สู่การพัฒนาตนเองและผลลัพธ์การเรียนรู้ที่คาดหวัง โดยมีผลให้มีการพัฒนาทักษะด้านการปฏิบัติได้

อย่างไรก็ตามมีส่วนข้อที่มีพฤติกรรมที่มีคะแนนน้อยที่สุด คือ ข้อที่ 1 ฉันใช้เวลาทบทวนเหตุการณ์ที่พบในแต่ละวัน ( $= 3.02, SD = 0.644$ ) และ ข้อที่ 4 ฉันมักมีคำถามเกี่ยวกับเหตุการณ์ และพยายามหาคำตอบให้ได้ ( $= 3.02, SD = 0.649$ ) ซึ่งทั้ง 2 ข้อนี้เป็นกระบวนการที่สำคัญของการสะท้อนคิดตามแนวคิดของ Gibbs (Ausanee W., Chananan S. and Yosapon L., 2011) ที่ได้สรุปขั้นตอนการการสะท้อนคิดเริ่มต้นจากการที่ครูผู้สอนให้นักศึกษาระบายสถานการณ์ที่เกิดขึ้น โดยไม่มีการวิจารณ์ ตัดสิน แล้วถามสะท้อนความรู้สึกของ นักศึกษาต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และตามด้วยการประเมิน วิเคราะห์ว่าความรู้สึกเกี่ยวกับสถานการณ์นั้น เป็นไปใน ทางบวกหรือทางลบ และวิเคราะห์ สถานการณ์โดยภาพรวม โดยใช้ประสบการณ์เดิมว่าสถานการณ์นี้เป็นอย่างไร มีอะไรที่เป็นอุปสรรคหรืออะไรที่ทำให้สถานการณ์นั้นดี ขึ้น แล้วจึงสรุปแนวทางการแก้ไขปัญห โดย ใช้ ประสบการณ์เดิมมาช่วยก่อนที่จะวางแผนนำสิ่งที่ได้เรียนรู้ ไป ปฏิบัติ ในอนาคต ถ้าพบกับ สถานการณ์นั้นอีก ในความจริงแล้วกิจกรรม

เกี่ยวกับการทบทวนเหตุการณ์ที่พบและ การตั้งคำถามจะเป็นสิ่งสำคัญในกระบวนการสะท้อนคิดที่จะนำไปสู่การพัฒนาทักษะการสะท้อนคิด ส่วนผู้สอนก็ต้องมีความเข้าใจผู้เรียนและรูปแบบการเรียนเพื่อจัดการสอนได้เหมาะสมกับผู้เรียน ต้องมีลักษณะชอบเรียนรู้ด้วยตนเอง สนใจมีแรงจูงใจ ใฝ่เรียนรู้ มีความสงสัย และเห็นคุณค่าของประสบการณ์ที่ผ่าน มา และสุดท้ายคือกระบวนการจัดการเรียนการสอนที่เอื้อต่อการเรียนรู้และเกิดความคิดเชิงบวกให้กับผู้เรียนจะทำให้การเรียนแบบสะท้อนคิดเกิดความสำเร็จได้จากวิจัยแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการสะท้อนคิดเป็นวิธีที่ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีการคิด ทบทวนและตรวจสอบความคิด ความรู้สึกทัศนคติ ความเชื่อที่ซ่อนอยู่ภายในที่มีผลต่อการกระทำ ของตนเองในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อทำความเข้าใจความหมายและสรุปการเรียนรู้ที่ได้จากเหตุการณ์ต่างๆ ที่เผชิญ ที่สำคัญสะท้อนคิดเป็นกระบวนการที่ควรส่งเสริมให้นักศึกษาทำอย่างต่อเนื่อง ทั้งก่อนการฝึกปฏิบัติ ขณะปฏิบัติ และหลังการปฏิบัติงาน เพื่อนำไปใช้ในส่งผลต่อการพัฒนาผู้เรียนให้เกิดพฤติกรรมเชิงจริยธรรมที่ดีต่อไป ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการสะท้อนคิดประกอบด้วย ตัวครูผู้สอนที่มีบทบาทในการเป็นแบบอย่างและกระตุ้นผู้เรียน

2. พฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลาภาพรวมอยู่ในระดับมาก ( $= 4.26$  S.D.  $= .349$ ) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้านให้บริการพยาบาลด้วยความเอื้ออาทรเต็มใจ ( $= 4.37$  S.D.  $= .525$ ) รองลงมาคือด้าน แสดงความเป็นมิตรต่อผู้รับบริการและประชาชนทั่วไป ( $= 4.35$  S.D.  $= .545$ ) ด้านที่มีคะแนนน้อยที่สุดคือด้านมีการพัฒนาความรู้อย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องเกี่ยวกับการดำรงตนในการประกอบวิชาชีพ ( $= 4.07$  S.D.  $= .561$ ) รองลงมาคือด้านมีส่วนร่วมในการพัฒนาองค์กรวิชาชีพ ( $= 4.18$  S.D.  $= .595$ ) ตามลำดับ พฤติกรรมเชิงจริยธรรมและการปฏิบัติตามกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาลโดยรวมและรายด้านของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายการศึกษาที่พบว่าพฤติกรรมเชิงจริยธรรมโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง โดย คะแนน

เฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านการมีจริยธรรม ด้าน การรักษาลิทธิผู้ป่วย และจรรยาบรรณวิชาชีพ ส่วนการจัดการเรียนการสอนจริยธรรมทางการพยาบาลและกฎหมายมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมและการปฏิบัติตามกฎหมาย ในการปฏิบัติตามการพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทาง สถิติ ( $r=0.569$   $p < 0.001$ ) อาจเนื่องมาจากว่าในภาคทฤษฎีผู้สอน มีการจัดการเรียนการสอนวิชาจริยธรรมทางการพยาบาลและกฎหมายโดยเริ่มจากการกระตุ้นให้ นักศึกษาตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติ การพยาบาลโดยยึดหลักจริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ และการปฏิบัติตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาล มีการให้นักศึกษาอภิปราย ฝึกวิเคราะห์เกี่ยวกับประเด็นทางจริยธรรมและ ประเด็นทางกฎหมายจากกรณีศึกษา (Case study) ทุกหัวข้อ แล้วให้นักศึกษาสรุปสาระ สำคัญโดยการเขียนแผนผังความคิด (Concept mapping) รวมทั้งให้นักศึกษาวิเคราะห์ ข่าวสารจากการสืบค้นข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต หรือ ข่าวสารทางสื่อมวลชนเกี่ยวกับจริยธรรมและ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้นักศึกษามีการสะท้อนคิด และการคิดวิเคราะห์ ซึ่งจะทำให้นักศึกษามีความเข้าใจประเด็นปัญหา ทางจริยธรรมและปัญหาทางกฎหมายที่อาจเกิดขึ้น ได้จากการปฏิบัติงาน เป็นการเสริมสร้างหรือปลูก ฝังพฤติกรรมเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาล อยู่เสมอสำหรับการจัดการเรียนการสอน

ผลการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงผู้เรียนมีการพัฒนาพฤติกรรมเชิงจริยธรรมก็จะส่งผลต่อการดูแลผู้รับบริการที่ดีและตระหนักถึงความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย เพราะพฤติกรรมเชิงจริยธรรมสะท้อนความคิด การปฏิบัติที่มีรากฐานมาจากการให้คุณค่าภายในที่ส่งผลต่อการปฏิบัติ ถ้าสถาบันการศึกษาให้ความสำคัญในการที่จะให้ผู้เรียน มีการพัฒนาทักษะทางจริยธรรมก็ส่งผลให้บัณฑิตพยาบาลมีความสามารถสอดคล้องกับอัตลักษณ์บัณฑิต

3. ความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมสะท้อนคิดกับพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนียะลามี

ความสัมพันธ์ทางบวกในระดับมาก ( $r = 0.565$ ,  $p$ -value  $< 0.001$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับ Dujduean และคณะ (Dujduean K., Wareerat K., Poonsuk H and Saiphon V, (2013) กระบวนการสะท้อนคิดที่มีความสำคัญ และจำเป็นในการเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทางการพยาบาล ประกอบไปด้วยขั้นตอนสำคัญ 7 ขั้นตอน คือ การอธิบายสถานการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้น การอธิบายความรู้สึกต่อสถานการณ์การบอกแนวคิด/หลักการ/ความเชื่อที่สนับสนุนการกระทำ การเปิดใจรับฟังความคิดเห็น/ทางเลือกที่หลากหลาย การจัดลำดับความคิด/หาข้อสรุปร่วมอย่างเป็นเหตุเป็นผล การนำข้อสรุปไปปฏิบัติและการสะท้อนคิดการเรียนรู้/ ประสพการณ์ใหม่ที่แตกต่างจากเดิม ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าการสะท้อนคิดเป็นกระบวนการที่มีการคิดตรึงตรงใคร่ครวญอย่างลึกซึ้ง และค้นหาคำตอบโดยอาศัย เหตุผล และข้อมูลอ้างอิง ซึ่งเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมในการเสริมสร้างความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทางการพยาบาล เพราะการตัดสินใจทางการพยาบาลนั้นควรกระทำอย่างใคร่ครวญและระมัดระวัง คำนึงถึงองค์ประกอบด้านต่าง ๆ ของปัญหาอย่างรอบคอบ สอดคล้องกับโนวเลส, โคล และ เพรสวูด (Knowles, Cole and Presswood, 1994) ที่ กล่าวว่า การสะท้อนคิดเป็นการใช้

### การนำผลการวิจัยไปใช้

1. แนวทางในการนำกระบวนการสะท้อนคิดมาเป็นกลยุทธ์ในการพัฒนาการสอนคุณธรรมจริยธรรมในการศึกษาพยาบาล
2. ด้านการปฏิบัติทางการพยาบาลควรส่งเสริมพฤติกรรมสะท้อนคิดและพฤติกรรมเชิงจริยธรรมให้แก่นักศึกษาพยาบาลใช้ทั้งก่อนและหลังฝึกปฏิบัติวิชาทางการพยาบาลเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง
3. การจัดการเรียนการสอนโดยใช้สะท้อนคิดและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการสอน

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพหรือวิจัยและพัฒนาทักษะเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล โดยนำกระบวนการสะท้อนคิดมาใช้พัฒนาผู้เรียน

กระบวนการพินิจ พิจารณาที่ตั้งคำถามย้อนหลังกลับมายังสถานการณ์ แยกให้เห็นปัญหาที่เป็นเหตุผลในการปฏิบัติขณะนั้น ทำให้เกิดความเข้าใจอย่างถ่องแท้และส่งผลต่อการแก้ปัญหาที่เหมาะสม นักศึกษาพยาบาลที่ได้รับการเรียนรู้ตามรูปแบบการจัดการเรียนรู้แบบการสะท้อนคิดมีความสามารถในการตัดสินใจเชิง จริยธรรมทางการพยาบาลหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 อาจเป็นผลเนื่องมาจาก กระบวนการจัดการเรียนรู้ตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นได้นำ แนวคิดการสะท้อนคิดมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรม การเรียนรู้ให้ผู้เรียน ซึ่งทำให้ผู้เรียนเกิดการพัฒนาความสามารถในการตัดสินใจเชิงจริยธรรมทางการพยาบาล ดังนั้นการนำการเรียนรู้ผ่านการสะท้อนคิดมาใช้ในการเรียนการสอนทางการพยาบาล จะเป็นหนทางหนึ่งที่ช่วยให้พยาบาลสร้างและขยายความรู้ จากการปฏิบัติโดยเชื่อมโยงความรู้ที่มีอยู่เดิมไปสู่สถานการณ์ใหม่ พร้อมทั้งช่วยให้พยาบาลสามารถ ตัดสินใจเชิงจริยธรรมขณะปฏิบัติงานในสถานการณ์ที่มีความซับซ้อนหรือขัดแย้งได้อย่างเหมาะสม

จากที่กล่าวมาถ้านักศึกษาที่ได้รับการพัฒนาฝึกฝนให้มีการสะท้อนคิด เกิดการพัฒนาตนเอง ทำให้นักศึกษาไม่ละเลยประเด็นปัญหาที่เคยผิดพลาด นำมาเป็นประสบการณ์ ป้องกันการเกิดซ้ำได้

แบบสะท้อนคิด สามารถนำไปใช้ในรายวิชาต่างๆ ได้ โดยเป็นการสะท้อนให้ตนเองได้เห็นถึง ประสพการณ์ที่ ตนเองได้รับ ได้เรียนรู้ และได้แก้ปัญหา รวมทั้งการพัฒนาตนเอง กำหนดระยะเวลา ให้เหมาะตามบริบทของรายวิชาที่จะนำไปจัดการเรียนการสอนโดยนี้ถึงภาระงานของนักศึกษา โดยให้ผู้เรียนมีเวลาทบทวนตนเองมากขึ้น

2. การวิจัยเชิงเพื่อพัฒนาพฤติกรรมเชิงจริยธรรมของนักศึกษาพยาบาล

## References

- Arpanantikul. A., Prapaipanich.W., Senadisai. S., Orathai. P. (2014). Nursing Administrators' Perception of Thai. Registered Nurses Professional Ethics. Thai Journal of Nursing Council. 29(2): (5-20).
- Aussawapronwiput. W., (2016). Standards of Nursing Care: Nursing Process and professional ethics. Public Health & Health Laws Journal 2(3): 393-400.
- Ausanee W., Chananan S. and Yosapon L. (2011). Learning and teaching methods by using reflective thinking technique in nursing education. JOURNAL OF HEALTH SCIENCE RESEARCH 11(2), 105-115. . (in Thai)
- Boonyachatt, P., & Tongvichean, S. (2011). Factors related to ethical behaviors among nursing students, Faculty of Nursing, Bangkokthonburi University. *Thai Journal of Nursing*, 60(3): 45-52.
- Dujduean K., Wareerat K., Poonsuk H and Saiphon V. (2013) The Development of the Thought Reflection Learning Model to Enhance Ethical Decision-Making in Nursing for Student Nurses Journal of Education Nursesuan University. 15(4).
- Fry, S.T. (1994). *Ethics in nursing practice: a guide to ethical decision making*. Geneva: International. Council of Nurses.
- Gilbert, W. D., & Trudel, P. (2001). Learning to coach through experience: Reflection in model youth sport coaches. *Journal of Teaching in Physical Education*, 21(1), 16–34. [Crossref], [Web of Science®], [Google Scholar]
- Kember, D., McKay, J., Sinclair, K., & Wong, F. K. Y. (2008). A four-category scheme for coding and assessing the level of reflection in written work. *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 33(4), 369-379.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3) 607,-610.
- Knowles, J. G., Cole, A. L., & Presswood, C. S. (1994). *Through preservice teachers' eyes*. New York: Macmillan.
- Kolb, D. A. (2014). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. New Jersey: Pearson Education Ltd. [Google Scholar]
- Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing :What it is, and What it is not*. New York : Dover Publications, Inc.
- Office of the Higher Education Commission. (2017). *Higher Education Curriculum Criteria 2015 and Related Standards*. Wongsawang Publishing & Printing Company Limited:Bangkok. (in Thai).
- Pornpimol, C. and Saichol, J. (2020). The Effects of Reflective Thinking Skill Promoting based Learning and Instruction on Reflective Thinking Behaviors among Nursing Students. *Journal of Education Studies*. 48(1). 224-238. . (in Thai).
- Thailand Nursing and Midwifery Council. (2550). *Standards of Nursing Care: Nursing Process and professional ethics*
- Thongjam. R., Thongpan. S., & Leeka. J. (2021). THE DEVELOPMENT OF ETHICAL BEHAVIOR FOR PROFESSIONAL NURSE. *Journal of Graduate MCU KhonKaen Campus*. 8(4):201-213.
- Sobral, D. T. (2005). Medical students' mindset for reflective learning: a revalidation study of thereflection-in-learning scale. *Advance in Health Science Education*, 10(4), 303-314

# การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ด้วย Application Development of Home Isolation Care Application System for COVID-19 Patients

## นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: March 3, 2023

Revised: July 5, 2023

Accepted: Aug. 1, 2023

Published: Aug. 10, 2023

วัชรนันท์ ถิ่นน้อย<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดตรัง <sup>2</sup>โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง

Watcharanan Tinnaiton

<sup>1</sup>Trang Provincial Public Health Office & <sup>2</sup>Sikao Hospital

## บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ของโรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนาระบบ คือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน และ (2) กลุ่มที่ใช้ในการประเมินผลการพัฒนาระบบ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และประชาชน จำนวน 395 คน และแบบรายงานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 3,062 ราย สุ่มตัวอย่างแบบ Systematic sampling ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน 2564 – มกราคม 2566 เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากผู้มารับบริการ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังในแบบรายงานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึก แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน One Sample T-test, Independent-t-test, One-Way ANOVA และ Content analysis

ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 แบบ Home Isolation ด้วย Application โรงพยาบาลสิเกา ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษานี้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก 3S ได้แก่ (1) Service: การใช้ Application: ระบบ LINE Official Account, personal line และ ระบบ DOCTOR A to Z, ระบบติดตามทางโทรศัพท์ (2) Structure: Connection Patient – Hospital, Home based with referral system, Quality and Safety System และ (3) Staff: ทีมสหวิชาชีพที่มีคุณภาพ หลังพัฒนาระบบพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ได้รับยาอย่างเหมาะสม 3,062 คน (ร้อยละ 100) ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ได้รับการติดตามอาการ 3,062 คน (ร้อยละ 100) ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เข้าโรงพยาบาล 8 คน (ร้อยละ 0.26) ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม 3,062 คน (ร้อยละ 100) จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่เข้าระบบการรักษา คะแนนประเมินคุณภาพระบบการให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation โดยรวมในกลุ่มผู้ป่วย (4.11±0.56) และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ (4.25±0.66) อยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งหลังพัฒนาระบบพบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการ อายุ สถานภาพ ที่แตกต่างกัน คะแนนประเมินคุณภาพการให้บริการระบบฯ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p=0.046$ , และ 0.007 ตามลำดับ) และพบว่า คะแนนประเมินคุณภาพการบริการโดยรวม ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ( $p=0.261$ ) และสูงกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p<0.001$ ) ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษานี้ แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านด้วย Application ส่งผลให้เกิดประโยชน์กับผู้ป่วยที่มารับบริการและบุคลากรทางการแพทย์อย่างแท้จริง สามารถนำระบบนี้ไปประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อจากโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ของสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ ได้ตามบริบทพื้นที่

**คำสำคัญ:** การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย, ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19, การแยกกักตัวที่บ้าน, Application

**Corresponding author:** วัชรนันท์ ถิ่นน้อย E-mail: Watcharanan Tinnaiton

## Abstract

The objective of this Mixed Methods study was to develop a home isolation care application system for COVID-19 patients in Sikao hospital, Trang Province. The study was conducted between December 2021 and January 2023. Two groups of target samples, including: (1) 15 healthcare workers for model development process, and (2) 395 healthcare workers and patient participants, and 3,062 COVID-19 report forms for evaluation process were recruited. Systematic sampling method of participant recruitment was performed. Qualitative and quantitative data were collected by focus group discussions, observations, and in-depth interviews. Data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, One Sample T-test, Independent-t-test, One-Way ANOVA and Content analysis.

The study results revealed that the 3 main dimensions (3S) of the developed home isolation system for COVID-19 patients in this study were presented as follow: (1) Service: LINE Official Account, personal line, and DOCTOR A to Z applications, telephone, and patient's chart, (2) Structure: Connection Patient – Hospital, Home based with referral system, Quality and Safety, and (3) Staff: Multidisciplinary medical team. After the home isolation care system development, quality service assessment score for home isolation care system of patient participants (Mean=4.11±0.56) and healthcare worker participants (Mean=4.25±0.66) were observed at the high level. Statistical differences in quality service assessment scores among ages groups, and marital status were found at the significant level 0.05 (p=0.046, and 0.007, respectively). There was no difference in quality service assessment scores between patient participants and healthcare workers groups (p=0.261). In addition, Mean scores of quality service assessments were significantly higher than the target values. (p<0.001). These findings indicated that a home isolation care application system could truly benefit to patients and healthcare personnel. This home isolation system can be developed and applied to other target groups. However, the system can be expected to vary across regions due to differences in origin and cultural diversity.

**Key words:** Development, Care Application System, COVID-19 Patients, Home Isolation, Application

**Corresponding author:** Watcharanan Tinnaiton E-mail: Watcharanan Tinnaiton

## บทนำ

การระบาดของเชื้อโควิด-19 พบบรรเทาไปทั่วโลกและมีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก การติดต่อของโรค พบการแพร่ระบาดแบบฟอยละออง ร่วมกับการสัมผัส การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 เป็นตระกูลของไวรัสที่ก่อให้เกิดอาการป่วยตั้งแต่โรคไข้หวัดธรรมดาไปจนถึงโรคที่มีความรุนแรงมาก เช่น โรคระบบทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS-CoV) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรง (SARS-CoV) เป็นต้น โดยเชื้อไวรัสชนิดนี้พบครั้งแรกในการระบาดในเมืองอู่ฮั่น สาธารณรัฐประชาชนจีน ในเดือนธันวาคม ปี 2562 ต่อมาองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (กรมควบคุมโรค, 2565) สถานการณ์ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ทั่วโลก จากข้อมูล ณ วันที่ 7 มกราคม 2565 มีจำนวน 11,244,199 ราย พบผู้ติดเชื้อวันละ 1,874,033 ราย มีจำนวนประเทศที่มีรายงานพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 สายพันธุ์โอไมครอน จำนวน 141 ประเทศ ไทย มีจำนวนผู้ติดเชื้อรวม 495,630 ราย โดยจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลก เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ในประเทศไทยจำนวนผู้ป่วยสะสม 2,245,250 ราย เสียชีวิต 21,780 ราย (Emergency Operations Center, Department of disease control, 2022)

สำหรับการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศไทย มีการแพร่ระบาดหลายระลอก โดยในระลอกที่ 1 เกิดการแพร่ระบาดในสนามมวยและสถานบันเทิง มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินในทุกเขตท้องที่ทั่วราชอาณาจักร โดยทุกคนที่เดินทางเข้ามาประเทศไทยจะต้องถูกกักกันในสถานกักกันของรัฐซึ่งมีจำนวนไม่มากนักและสามารถควบคุมได้ ระลอกที่ 2 ช่วงกลางเดือนธันวาคม ปี 2563 ศูนย์กลางการระบาดอยู่ที่ตลาดกุ่ม จังหวัดสมุทรสาคร และได้เกิดการแพร่ระบาดไปยังโรงงานและชุมชนใกล้เคียงแต่ยังสามารถควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ ระลอกที่ 3 ช่วงปลายเดือนมีนาคม ปี 2564 พบการระบาดของเชื้อไวรัสสายพันธุ์ในประเทศอังกฤษ ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่มีความสามารถในการแพร่เชื้อสูงทำให้เกิดการแพร่กระจายได้ง่ายและรวดเร็วกว่า 2 ระลอกก่อนหน้านี้และขยายเป็นวงกว้างอย่างรวดเร็วเนื่องจากเกิดขึ้นในช่วง

การเดินทางกลับภูมิลำเนาและการท่องเที่ยวในเทศกาลสงกรานต์ ระลอกที่ 4 เกิดการแพร่ระบาดช่วงเดือนมกราคม 2565 ซึ่งเป็นช่วงเทศกาลปีใหม่ของประเทศไทย องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศชื่อโควิดสายพันธุ์ใหม่ B.1.1.529 โอไมครอน โดยการติดเชื้ออาจทำให้มีอาการรุนแรงและทำลายปอดได้ในผู้ที่ยังไม่ได้ฉีดวัคซีน หรือในผู้ที่เป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ และเด็กเล็ก (World Health Organization, 2022)

จากสถานการณ์การติดเชื้อ COVID-19 ได้มีการระบาดต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นในการระบาดแต่ละระลอกในประเทศไทย โดยการระบาดระลอกที่ 4 มีการแพร่เชื้อที่รวดเร็วและไม่สามารถควบคุมได้ โดยศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 รายงานยอดผู้ป่วยหน้าใหม่ของไทยประจำวันวันที่ 10 กรกฎาคม ปี 2565 จำนวน 9,326 ราย และมีผู้เสียชีวิตเพิ่มอีก 91 ราย เป็นตัวเลขที่สูงที่สุดตั้งแต่เกิดการระบาดของเชื้อโควิด-19 ทำให้เกิดผลกระทบอย่างรุนแรงในด้าน 1) จำนวนเตียงรักษาคนไข้ไม่เพียงพอ มีผู้ได้รับเชื้อโควิด-19 หลายรายที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีจนส่งผลให้เสียชีวิต 2) บุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นด่านหน้าต้องปฏิบัติงานท่ามกลางความเครียดสะสมตั้งแต่การเริ่มแพร่ระบาดของโรคและภาระงานที่เพิ่มมากขึ้นเมื่อเกิดการระบาดในระลอกใหม่ โดยที่บุคลากรทางการแพทย์ยังคงมีจำนวนเท่าเดิมในขณะที่ต้องดูแลผู้ได้รับเชื้อที่มีตัวเลขเพิ่มมากขึ้น ทางกระทรวงสาธารณสุขจึงได้นำการแนวทางการแยกตัวที่บ้าน (Home Isolation) เข้ามาใช้ในการดำเนินการรักษาผู้ป่วยในเดือนกรกฎาคม ปี 2564 (Department of disease control, 2022)

การรักษาแบบแยกตัวที่บ้านในระบบ (Home Isolation) เป็นแนวทางหลักในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ผู้ที่อยู่ในช่วงระยะที่แพร่เชื้อได้ จำเป็นต้องให้ผู้ป่วยแยกจากคนอื่นในบ้านตามคำแนะนำ สามารถปฏิบัติตัวได้ดังต่อไปนี้ 1) ผู้ป่วยโควิด-19 ที่วินิจฉัยใหม่ตามเกณฑ์ การวินิจฉัย และแพทย์เห็นว่าสามารถดูแลรักษาตนเองที่บ้านได้ 2) ผู้ป่วยโควิด-19 ที่ step down หลังเข้ารับการรักษาที่สถานที่รัฐจัดให้หรือ

โรงพยาบาล อย่างน้อย 7 วัน และจำหน่ายกลับบ้าน โดยวิธี Home Isolation ขณะอยู่ที่บ้านเป็นเวลาอย่างน้อย 10 วัน นับตั้งแต่วันที่เริ่มป่วย หรือตรวจพบเชื้อ หากครบ 10 วัน แล้วยังมีอาการควรแยกตัวจนกว่าอาการจะหายไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง เพื่อลดการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น ทั้งนี้สามารถปรึกษาแพทย์ได้หากไม่มั่นใจระยะเวลาที่เหมาะสมในการหยุดแยกตัว หลังจากนั้น ให้สวมหน้ากากอนามัย และระมัดระวังสุขอนามัยส่วนบุคคลต่อไปตามมาตรฐานวิธีใหม่ แต่ถ้าเป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำหรือมีอาการหนักในช่วงแรก อาจแพร่เชื้อได้นานถึง 20 วัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่ออาการดีขึ้นจนกลับบ้านได้แล้ว มักจะพ้นระยะแพร่เชื้อแล้วจึงไม่ต้องแยกตัว (Department of Medical Services, 2022)

การใช้ Application ช่วยในการบริหารจัดการกับผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อโควิด-19 ที่กักตัวที่บ้านพัก โดยผู้ป่วยที่เข้าข่ายในการทำ Home Isolation ตามแนวทางการวินิจฉัยของแพทย์ คือเป็นผู้ป่วยที่ได้รับเชื้อโควิดระหว่างรอเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และแพทย์วินิจฉัยแล้วว่าสามารถรักษาตัวที่บ้านก่อนได้ และผู้ป่วยที่จำหน่ายกลับบ้านหลังจากรักษาตัวที่โรงพยาบาลอย่างน้อย 10 วัน หน่วยให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นผู้ได้รับมอบหมายในการติดตามอาการของผู้ป่วยคอยตรวจสอบและติดตามสภาพความเป็นไปของผู้ป่วยอาการอย่างใกล้ชิดได้ตลอด 24 ชั่วโมง สามารถบริหารจัดการในด้านข้อมูล ประวัติในการติดตามอาการและคำสั่งของแพทย์ (Wirifai, S., & Luddangam, P., 2022)

ถึงแม้ว่าจังหวัดตรัง มีมาตรการในการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-19 ตามมาตรฐานที่กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุขกำหนดอย่างเคร่งครัด มีการประชุมของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องเพื่อติดตาม

### วัตถุประสงค์วิจัย

1) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน ด้วย Application โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง

สถานการณ์ของการระบาดของเชื้อโควิด-19 เพื่อเตรียมความพร้อมทางการรักษาและเผยแพร่ข้อมูลเพื่อสร้างการตระหนักรู้ทางด้านการดูแลตัวเองให้แก่ประชาชน สามารถรับมือกับการระบาดของเชื้อโควิด-19 ได้ แต่อย่างไรก็ตาม การระบาดในระลอกที่ 3 ส่งผลทำให้จังหวัดตรังเกิดการระบาดอย่างรุนแรงโดยเฉพาะการระบาดภายในโรงงาน ที่เป็นสถานที่แออัด และลุกลามไปแหล่งชุมชน ส่งผลให้โรงพยาบาลสิเกา อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง ต้องประกาศปิดโรงพยาบาลหลังตรวจพบผู้ติดเชื้อในผู้ป่วยและเปิดให้บริการเพียงแคแผนกผู้ป่วยฉุกเฉินเท่านั้น ในพื้นที่อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง มีข้อจำกัดทางด้านบุคลากรทางการแพทย์และจำนวนเตียงในการรองรับผู้ได้รับเชื้อโควิด-19 ไม่เพียงพอ โรงพยาบาลสิเกาจึงได้นำแนวทางการแยกกักตัวที่บ้าน มาดำเนินการในการรักษาผู้ป่วยผ่านระบบ Application ซึ่งเป็นช่องทางที่ผู้ป่วยรับบริการในพื้นที่อำเภอสิเกา คู่ขนานกับระบบนี้ เหมาะสม สามารถสื่อสารได้อย่างรวดเร็วเหมาะสมกับยุคปัจจุบัน

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการในการพัฒนาระบบการบริการจัดการที่เป็นระบบ ลดขั้นตอนการปฏิบัติงานและให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรับบริการการดูแลรักษาพยาบาลที่มีมาตรฐาน โดยนำผลของการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน ด้วย Application โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง มาวิเคราะห์และประเมินผลถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงานและความคิดเห็นในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนำผลการศึกษามาใช้พัฒนาระบบในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 และควบคุมป้องกันโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำในอนาคตให้มีประสิทธิภาพต่อไป

2) เพื่อประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID -19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน ด้วย Application โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2564 – มกราคม 2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังในแบบรายงาน ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ผ่านระบบ Application โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง ตั้งแต่ปี 2564 ถึงปัจจุบัน และเก็บข้อมูลจากผู้มารับบริการที่เป็นผู้ป่วยติดเชื้อ

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ (1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนาระบบ คือบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 คน และ (2) กลุ่มที่ใช้ในการประเมินผลการพัฒนาระบบ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และประชาชน จำนวน 395 คน และแบบรายงาน ข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 3,062 ราย สุ่มตัวอย่างแบบ Systematic sampling

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินผลการพัฒนาระบบ ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่างเชิง ปริมาณและเชิงคุณภาพ 1) กลุ่มตัวอย่างเชิง ปริมาณ ได้แก่ (1) แบบรายงานข้อมูลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ผ่านระบบ Application จำนวน 3,062 ราย (2) ผู้ป่วย ที่มารับบริการ Home Isolation ผ่านระบบ Application โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง จำนวน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้เครื่องมือ มาตรฐานของกรมการแพทย์ที่มีอยู่แล้วและสร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวกับแนวคิดในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 เนื้อหา ประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เป็น ข้อมูลที่เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ และเขตพื้นที่โรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่

ตอนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการ ประเมินผลการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation) ด้วย Application โรงพยาบาลสิเกา

โควิด-19 แบบ Home Isolation และจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง โดยศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วย ติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลสิเกา วางแผน ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน ที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสิเกา สังเกต ติดตามผลการใช้งานระบบ และถอดบทเรียน ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานจากผู้เกี่ยวข้อง

380 ราย กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยเปิด ตาราง Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970) ได้ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 341 คน และเพิ่มอีก 10 % ใช้ วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างมีระบบ โดยนำรายชื่อตำบล ของอำเภอสิเกา จังหวัดตรัง จำนวน 5 ตำบล สุ่ม หมู่บ้านได้ 1 หมู่บ้าน/ตำบล แล้วนำรายชื่อละ หมู่บ้านมาจับฉลาก ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 380 หลังคาเรือน (3) บุคลากรทางการแพทย์ เครือข่าย บริการสุขภาพ อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง ที่ได้รับ มอบหมายให้ดูแลและรักษาผู้ป่วยติดเชื้อโควิด- 19 จำนวน 15 คน และ 2) กลุ่มเป้าหมายเชิง คุณภาพ ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ และผู้มา รับบริการเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง ที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลและรักษา ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เก็บจนข้อมูลอิ่มตัว ได้ จำนวน 10 คน

จังหวัดตรัง ตามแนวทางการปฏิบัติของกรมการ แพทย์ โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง จำนวน ทั้งหมด 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) การได้รับยาอย่าง เหมาะสมในผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 2) การได้รับการติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 3) การส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เข้า โรงพยาบาล 4) การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวกับ ผู้ติดเชื้อ COVID-19 5) บันทึกผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ในระบบฯ 6) แบบบันทึกการดูแล ผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19

ตอนที่ 3 แบบประเมินคุณภาพระบบฯ จำนวน 12 ข้อ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด การ แปลผล แบ่งระดับความคิดเห็น เป็น 3 ระดับ

(Best, & John., 1977) ได้แก่ 1.00–2.33: น้อย  
2.34–3.66: ปานกลาง และ 3.67-5.00: มาก

ตอนที่ 4 แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง  
เป็นข้อคำถามแบบปลายเปิด ประกอบด้วยข้อ  
คำถามหลักคือปัญหาอุปสรรค และปัจจัยแห่ง  
ความสำเร็จ ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วย  
ติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านด้วย  
Application โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ตรวจสอบความตรง (Validity) โดยนำ  
เครื่องมือวิจัยนี้ ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มี  
ความเชี่ยวชาญด้าน สาธารณสุข และการแพทย์  
และด้านการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 จำนวน  
3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ในด้านความ  
ตรงตามเนื้อหา (Content validity) พิจารณาความ  
สอดคล้องของข้อคำถามเชิงลึกกับวัตถุประสงค์

#### วิธีการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการโดยศึกษาสถานการณ์การ  
ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ของโรงพยาบาลสิเกา  
วางแผนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาระบบการ  
ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยก  
กักตัวที่บ้านที่เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล  
สิเกา สังเกตติดตามผลการใช้งานระบบ และถอด  
บทเรียนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน  
ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ เดือนพฤศจิกายน  
2564 -มกราคม 2566 โดยเก็บรวบรวมข้อมูล  
ตั้งแต่ พฤศจิกายน 2565 -มกราคม 2566 เก็บ

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ  
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน One Sample  
T-test, Independent-t-test, One-Way ANOVA

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณา  
รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยใน  
มนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด  
ตรัง (เลขที่อนุมัติ P092/2565) ข้อมูลทั้งหมด

การวิจัย รวมถึงความถูกต้องเหมาะสม และ  
ปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำเครื่องมือที่ผ่านการ  
ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือไปทดลองใช้ใน  
อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง เครื่องมือวิจัยชุดนี้  
ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1.00

ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดย  
นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มี  
ความคล้ายคลึงกับกลุ่มเป้าหมายและเป็นกลุ่มที่  
ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายจริงในการวิจัยครั้งนี้ โดยทำ  
การทดสอบเครื่องมือกับ เจ้าหน้าที่ ประชาชน ผู้มี  
ส่วนเกี่ยวข้อง อำเภอย่านตาขาว จังหวัดตรัง  
จำนวน 30 คน โดย แล่นำมาวิเคราะห์หาค่าความ  
เชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือวิจัย ค่า  
Cronbach's alpha Coefficient ของเครื่องมือวิจัย  
นี้ เท่ากับ 0.95

ข้อมูลย้อนหลังในแบบรายงานข้อมูลการดูแล  
ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation  
ตั้งแต่ปี 2564 ถึงปัจจุบัน และเก็บข้อมูลจากผู้มา  
รับบริการที่เป็นผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ  
Home Isolation และจากบุคลากรทางการแพทย์  
โดยใช้เวลาประมาณ 30 - 45 นาที ต่อคน ถอด  
เทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล  
เชิงเนื้อหา ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของ  
ข้อมูล และตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า  
(Methodological Triangulation)

และ Content analysis กำหนดระดับนัยสำคัญทาง  
สถิติที่ 0.05

นำไปวิเคราะห์ในการศึกษาเท่านั้นและข้อมูล  
ทั้งหมดถูกเก็บเป็นความลับโดยไม่มีผลกระทบ  
หรือเกิดความเสียหายใดๆ กับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้  
ที่เกี่ยวข้อง

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป

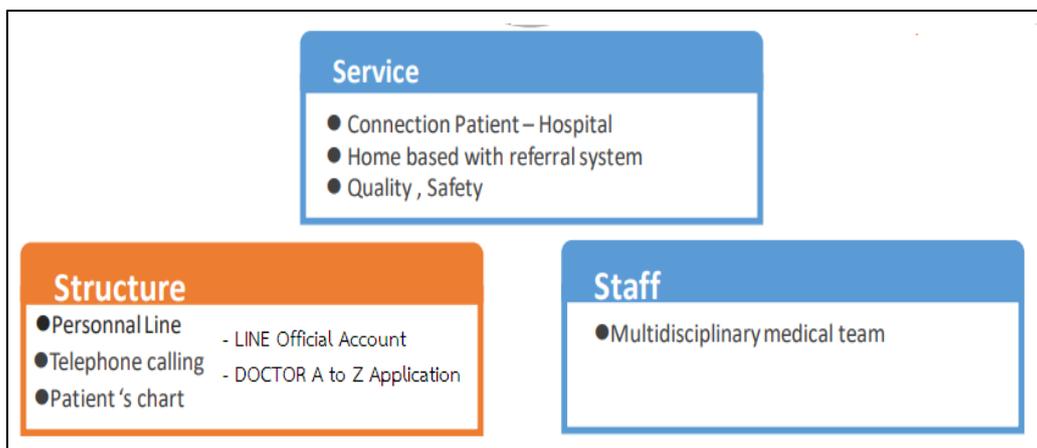
ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มาใช้บริการ Home Isolation ผ่านระบบ Application ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.8 ช่วงอายุที่มากที่สุด คือ 51 – 60 ปี ร้อยละ 24.7 ระดับการศึกษาสูงสุดอยู่ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 29.2 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 80.8 รายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60.8 สถานภาพสมรส ร้อยละ 71.8 ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 35.58 จำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4-6 คน ร้อยละ 55.3 จำนวนผู้ที่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ส่วนใหญ่ 1-3 คน ร้อยละ 74.5 และส่วนใหญ่ใช้สัญญาณโทรศัพท์ ระบบอินเทอร์เน็ตมือถือ ร้อยละ 81.1

ในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทางการแพทย์ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอลี้เกา จังหวัดตรัง ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเพศหญิงทั้งหมด จำนวน 15 คน มีกลุ่มอายุที่มากที่สุดเท่ากัน คือ อายุ 31 – 40 ปี และ 41 – 50 ปี จำนวน 6 คน ส่วนใหญ่ การศึกษาสูงสุดอยู่ระดับปริญญาตรี จำนวน 13 คน รายได้ส่วนใหญ่ 25,001 บาท ขึ้นไป จำนวน 11 คน สถานที่ปฏิบัติงานส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ใน รพ.สต.ศูนย์บริการสาธารณสุข จำนวน 8 คน ทุกคนรับราชการ จำนวน 15 ส่วนใหญ่มีตำแหน่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 13 คน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานส่วนใหญ่ 6 ปี 1 เดือน ขึ้นไป จำนวน 14 คน

### ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ด้วย Application ของโรงพยาบาลลี้เกา จังหวัดตรัง ที่พัฒนาขึ้น

ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ด้วย Application ของโรงพยาบาลลี้เกา จังหวัดตรัง ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก 3S ได้แก่ (1) Service: การใช้ Application: ระบบ LINE Official Account,

personal line และ ระบบ DOCTOR A to Z, ระบบติดตามทางโทรศัพท์ (2) Structure: Connection Patient – Hospital, Home based with referral system, ระบบ Quality และ Safety และ (3) Staff: ทีมสหวิชาชีพที่มีคุณภาพ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านด้วย Application โรงพยาบาลลี้เกา จังหวัดตรัง ที่พัฒนาขึ้น

รายละเอียด ดังต่อไปนี้

**1) Service** การให้บริการผู้ป่วย ผู้ป่วยที่รับบริการสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้อย่างทั่วถึง รวดเร็ว และมีความปลอดภัยในการ

ให้บริการ มีระบบการบริการผู้ป่วยหลายช่องทาง โดยใช้แอปพลิเคชัน ระบบ LINE Official Account, personal line และ ระบบ DOCTOR A to Z ระบบ

ติดตามทางโทรศัพท์ ระบบบันทึกข้อมูลการรักษาผู้ป่วยในเวชระเบียนผู้ป่วย

LINE Official Account Application โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง ใช้ติดตามอาการของผู้ป่วย ตรวจสอบและติดตามสภาพความเป็นไปของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดได้ตลอด 24 ชั่วโมง สามารถบริหารจัดการในด้านข้อมูล ประวัติในการติดตามอาการและคำสั่งของแพทย์ อย่าง

รวดเร็วและทันเวลา เมนูหลักในระบบ LINE Official Account Application ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้าน โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง ได้แก่ (1) ประเมินสุขภาพจิต (2) ติดตามอาการรายวัน (3) คู่มือการกักตัว (4) Hotline สายด่วน (5) ติดต่อฉุกเฉิน และ (6) บริการแพทย์ออนไลน์



ภาพที่ 2 ตัวอย่างระบบ LINE Official Account Application ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านโรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง

Doctor A to Z Application โรงพยาบาลสิเกาให้บริการปรึกษาแพทย์ผ่านแอปพลิเคชัน Doctor A to Z ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส COVID-19 แก่ผู้ป่วยที่มารับบริการหน่วย Home Isolation ของโรงพยาบาลสิเกา ให้บริการคำปรึกษาแก่ประชาชนผ่านระบบวิดีโอ Telemedicine ให้ความช่วยเหลือคนไข้ที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลและรักษาตัวที่บ้าน แบบแยกกักตัวที่บ้าน หรือคนไข้มีข้อจำกัดในการเข้ารับคำปรึกษาจากโรงพยาบาลในพื้นที่อำเภอสิเกา ระยะเวลาการปรึกษาเป็นไปตามดุลยพินิจของแพทย์ผู้ให้คำปรึกษา รองรับทั้งระบบ iOS และ Android

**2) Structure** ระบบโครงสร้างการทำงานที่มีการประสานกันเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลกับผู้ป่วยที่บ้าน มีระบบการส่งผู้ป่วยที่มีคุณภาพมาตรฐานทันเวลา มีความปลอดภัย (Connection Patient – Hospital, Home based with referral system, ระบบQuality และ Safety) โรงพยาบาลมีมาตรฐานด้านความพร้อมและการปฏิบัติงาน มี

คู่มือแนวทางปฏิบัติงาน ในหน่วย Home Isolation มีความพร้อมในการเฝ้าระวัง ตรวจสอบข่าวสาร แนวทางการปฏิบัติงานเพื่อสอบสวนและควบคุมโรคตามเกณฑ์ที่กำหนด มีฐานข้อมูลที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน มียานพาหนะที่สามารถออกปฏิบัติงานได้ทันที มีวัสดุอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ป้องกันตนเอง ที่จำเป็นต่อการสอบสวนและรักษาโรค ตามเกณฑ์ที่กำหนด และพร้อมใช้งาน มีการจัดงบประมาณที่เหมาะสม

**3) Staff** ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ ทันแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักวิชาการสาธารณสุข ทำงานตามบทบาทหน้าที่ของตัวเอง ทีมสหวิชาชีพ ทำงานเป็นทีม ทำงานประสานงานกัน ช่วยกันในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เจ้าหน้าที่มุมมองที่ดีในการทำงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 เข้าใจหน้าที่ของตนเองมากขึ้นกว่าก่อนพัฒนาระบบ ทีมสหวิชาชีพมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 มากขึ้น ทีมทำงานมีศักยภาพทางวิชาการ มีแผนงานโครงการพัฒนามูลค่ากร ทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับระบาดวิทยาและการปฏิบัติ

ด้านการเฝ้าระวังสอบสวนควบคุมโรคและสิ่งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และได้เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาบุคลากร การจัดการความรู้ ประชุมเชิง

ปฏิบัติการเพื่อฟื้นฟูความรู้ หรือสัมมนาวิชาการด้านการเฝ้าระวัง สอบสวนและควบคุมการระบาดภายใน 1 ปี

### ผลการประเมินความถูกต้อง ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ของระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านด้วย Application ที่พัฒนาขึ้น (โดยผู้ทรงคุณวุฒิ)

คะแนนคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบแยกกักตัวที่บ้านด้วย Application โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง ที่พัฒนาขึ้น โดยผู้ทรงคุณวุฒิโดยรวมอยู่ในระดับสูงมาก (4.70±0.47) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน

พบว่า ด้านที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ ด้านความเป็นประโยชน์ ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก (5.00±0.00) และรองลงมา ได้แก่ ด้านความถูกต้อง ด้านความเหมาะสม และด้านความเป็นไปได้ ซึ่งมีคะแนนอยู่ในระดับสูงมาก (4.60±0.55)

### ผลการประเมินหลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation

หลังพัฒนาระบบ พบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ได้รับยาอย่างเหมาะสม 3,062 คน (ร้อยละ 100) เจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด ร้อยละ 100 ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ได้รับการติดตามอาการอย่างเหมาะสมจากเจ้าหน้าที่ จำนวน 3,062 คน (ร้อยละ 100) มีการ

ส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 เข้าโรงพยาบาล 8 คน (ร้อยละ 0.26) ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ได้รับคำแนะนำการปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม 3,062 คน (ร้อยละ 100) จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ที่เข้าระบบการรักษา 3,062 คน (ร้อยละ 100) ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ผลการประเมินหลังพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ด้านการได้รับยาอย่างเหมาะสม การได้รับการติดตามอาการ การส่งต่อผู้ป่วย และจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่เข้าระบบฯ

การประเมินผลหลังการพัฒนาระบบ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การได้รับยาอย่างเหมาะสมสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19	3,062	100
การได้รับการติดตามอาการผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19	3,062	100
การส่งต่อผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 เข้าโรงพยาบาล	8	0.26
การให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวกับผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19	3,062	100
จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อ COVID-19 ที่เข้าระบบฯ	3,062	100

### คุณภาพการให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation

คะแนนประเมินคุณภาพการบริการโดยรวม ในกลุ่มผู้ป่วยผู้มารับบริการ และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ด้านกระบวนการขั้นตอนการบริการและการดูแลผู้ป่วย ( $p=0.096$ ) ด้าน

การให้บริการของเจ้าหน้าที่บุคลากรที่ให้บริการ ( $p=0.780$ ) ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ( $p=0.178$ ) และคะแนนประเมินคุณภาพโดยรวม ( $p=0.261$ ) ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคุณภาพการให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการ และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์

คุณภาพการบริการหลังพัฒนาระบบ	ผู้ป่วยที่มารับบริการ		บุคลากรทางการแพทย์		$p^*$
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ด้านกระบวนการขั้นตอนการบริการและการดูแลผู้ป่วย	4.08	0.58	4.33	0.64	0.096
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ	4.16	0.62	4.11	0.75	0.780
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.10	0.56	4.32	0.68	0.178
โดยรวม	4.11	0.56	4.27	0.66	0.261

หมายเหตุ: ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05, \*Independent-t-test

คะแนนการประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่มารับบริการ ในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ด้านกระบวนการขั้นตอนการบริการ และการดูแลผู้ป่วย ด้านการให้บริการของ

เจ้าหน้าที่บุคลากรที่ให้บริการ และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก สูงกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p < 0.001$ ) ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพการให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation โรงพยาบาลสิเกา จังหวัดตรัง ของกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ กับค่าเป้าหมาย

คุณภาพการบริการ	คะแนน		ค่าเป้าหมาย	P*
	Mean	S.D.		
<b>ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 (n=380)</b>				
ด้านกระบวนการขั้นตอนการบริการและการดูแลผู้ป่วย	4.08	0.58	3.67	<0.001
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ	4.16	0.62	3.67	<0.001
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.10	0.56	3.67	<0.001
<b>รวม</b>	<b>4.11</b>	<b>0.56</b>	<b>3.67</b>	<b>&lt;0.001</b>
<b>บุคลากรทางการแพทย์ (n=15)</b>				
ด้านกระบวนการขั้นตอนการบริการและการดูแลผู้ป่วย	4.33	0.64	3.67	<0.001
ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากรที่ให้บริการ	4.11	0.75	3.67	<0.001
ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก	4.32	0.68	3.67	<0.001
<b>รวม</b>	<b>4.27</b>	<b>0.66</b>	<b>3.67</b>	<b>&lt;0.001</b>

หมายเหตุ: ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05, \*One sample t-test

เมื่อเปรียบเทียบคุณภาพการให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ สถานภาพ อาชีพ และจำนวนผู้ดูแล ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 พบว่า อายุ สถานภาพ ที่แตกต่างกัน คะแนนคุณภาพการให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ของกลุ่มผู้ป่วย มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p=0.046$ , และ 0.007 ตามลำดับ) แต่ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ อาชีพ และจำนวนผู้ดูแล ที่แตกต่างกัน คะแนนคุณภาพการให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ดังตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** เปรียบเทียบคุณภาพการให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ สถานภาพ อาชีพ และจำนวนผู้ดูแล ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 (n=380)

ตัวแปร		Sum of Squares	df	Mean Square	F	P*
อายุ	ระหว่างกลุ่ม	23.05	138.00	0.17	1.20	0.046
	ภายในกลุ่ม	33.42	241.00	0.14		
	รวม	56.47	379.00			
ระดับการศึกษา	ระหว่างกลุ่ม	354.80	138.00	2.57	1.28	0.087
	ภายในกลุ่ม	482.79	241.00	2.00		
	รวม	837.59	379.00			
ศาสนา	ระหว่างกลุ่ม	448.65	138.00	3.25	1.22	0.309
	ภายในกลุ่ม	640.35	241.00	2.66		
	รวม	1089.00	379.00			

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคุณภาพการให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ สถานภาพ อาชีพ และจำนวนผู้ดูแล ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 (n=380) (ต่อ)

ตัวแปร		Sum of Squares	df	Mean Square	F	P*
รายได้	ระหว่างกลุ่ม	86.52	138.00	0.63	1.08	0.767
	ภายในกลุ่ม	140.42	241.00	0.58		
	รวม	226.94	379.00			
สถานภาพ	ระหว่างกลุ่ม	259.56	138.00	1.88	0.89	0.007
	ภายในกลุ่ม	507.39	241.00	2.11		
	รวม	766.95	379.00			
อาชีพ	ระหว่างกลุ่ม	46.33	138.00	0.34	1.44	0.518
	ภายในกลุ่ม	56.25	241.00	0.23		
	รวม	102.58	379.00			
จำนวนผู้ดูแล	ระหว่างกลุ่ม	470.95	138.00	3.41	1.22	0.400
	ภายในกลุ่ม	675.53	241.00	2.80		
	รวม	1146.48	379.00			

หมายเหตุ: ทดสอบที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05, \*One-Way ANOVA

### ปัจจัยแห่งความสำเร็จในพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ของโรงพยาบาลสิเกา

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ของโรงพยาบาลสิเกา ได้แก่ การมีผู้นำที่เข้มแข็ง มีทีมสหวิชาชีพที่ทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็ง การบริหารจัดการที่เข้าถึงความต้องการของผู้ปฏิบัติและเข้าใจภาระงานที่ต้องดำเนินการ มีระบบเทคโนโลยีที่เอื้อต่อการทำงาน มีภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง มีความพร้อมของทีมงานในการทำงานภายใต้สถานการณ์ฉุกเฉินต่างๆด้วยความร่วมมือร่วมใจ ประชาชนให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างเคร่งครัด และการได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

*“เจ้าหน้าที่และคนไข้ ให้ความร่วมมือทำงานแบบเป็นกันเอง สามารถทำงานได้ง่าย”* (เจ้าหน้าที่ ก)

#### อภิปรายผล

ระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ผ่านระบบ Application ที่พัฒนาขึ้นมาในการศึกษานี้ มีคะแนนประเมินระบบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านความถูกต้อง ด้านความเหมาะสม ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเป็นประโยชน์ และคุณภาพโดยรวม อยู่ในระดับสูงมาก ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ระบบ Home Isolation

*“เจ้าหน้าที่ตั้งใจทำงาน ใส่ใจคนไข้ ใส่ใจทำงาน คอยถามอาการคนไข้ตลอด ว่าดีขึ้นหรือมีย มีอาการแทรกซ้อน อะไรมัย”* (ผู้มารับบริการ ข)

*“ช่วงการระบาดโควิดหนัก เจ้าหน้าที่ทำงานกันอย่างหนัก หน่วงงานก็หนัก ทำงานไม่เว้นวันหยุด การทุ่มเทของเจ้าหน้าที่ทำให้การควบคุมโควิดผ่านไปได้ดี ที่ผ่านมามีความตั้งใจเพื่อประชาชนจริงๆ”* (ผู้มารับบริการ ค)

*“ที่สำคัญคือโรงพยาบาลได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ต่างๆจากทั้งภาครัฐ เอกชน และของบริจาคอุปกรณ์จากประชาชน ทำให้เจ้าหน้าที่ทำงานคล่องตัวมากขึ้น (เจ้าหน้าที่ ง)”*

องค์ประกอบหลัก 3 มิติ 3S (Service, Structure และ Staff) มีคุณลักษณะที่บ่งชี้ถึงความน่าเชื่อถือของระบบ ครอบคลุม ครบถ้วนตามความต้องการของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลสิเกา ได้อย่างแท้จริง ระบบที่พัฒนาขึ้นมาเหมาะสมและคำนึงถึงบทบาทเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับบริบทพื้นที่และสภาพความเป็นจริง

ของอำเภอสิเกา มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง ก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 และเป็นประโยชน์ สามารถตอบสนองต่อความต้องการของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลสิเกาอย่างแท้จริง อีกทั้งรูปแบบที่พัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจน คือ ออกแบบและพัฒนาขึ้นมาเพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดการประเมินและตรวจสอบระบบสอดคล้องกับการศึกษาของ Kumprasit, U., (2021) และ Earp, J. A., & Ennett, S.T., (1991)

คุณภาพระบบการให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่มารับบริการ Home Isolation ผ่านระบบ Application โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่ได้รับการประเมินสูงที่สุด ได้แก่ ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่บุคลากรที่ให้บริการ เมื่อนำมาวิเคราะห์แยก แต่ละด้านพบว่าด้านกระบวนการขั้นตอนการบริการและการดูแลผู้ป่วย ข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ การได้รับคำแนะนำข้อมูลรายละเอียดชัดเจนและเข้าใจง่าย ด้านการให้บริการ ของเจ้าหน้าที่บุคลากรที่ให้บริการ ข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความสุภาพ เป็นมิตร เอาใจใส่ และเต็มใจให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ มีช่องทางในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ ผ่านไลน์ เบอร์โทรศัพท์ เนื่องมาจากการใช้ระบบ LINE Official Account สามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้อย่างทั่วถึง ผ่านการกรอกข้อมูลผ่าน LINE Official Account ในระบบตอบรับอัตโนมัติ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วย ข้อมูลอาการและสัญญาณชีพในแต่ละวัน คู่มือการดูแลตนเอง การติดต่อภาวะฉุกเฉินผ่าน 1669 และการสอบถามข้อมูลอื่น ๆ โดยการโต้ตอบแบบตัวต่อ กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจมากในเรื่อง สื่อ ความรู้ การนำไปปฏิบัติได้ เนื่องจากสื่อผ่าน Line มีความสะดวกสามารถเข้าถึงได้ทุกเวลา เปิดอ่านได้ตลอดเวลา สื่อยังมีรูปแบบที่สวยงาม เข้าใจง่าย สามารถกระตุ้นให้ปฏิบัติได้โดยเฉพาะเป็นการสื่อสาร 2 ทางที่มีการถามตอบในปัญหาที่กลุ่มเป้าหมายพบ และ

เนื่องจากสมาชิกกลุ่มเป็นโรคกลุ่มเดียวกัน จึงมีความเข้าใจและมีปัญหาคล้ายๆ กัน ทำให้ Line กลุ่มมีการพูดคุยกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Srina, S. (2021) และ Matatratip, C., Pissawongprakan, P., Nonsrirach, T., (2021)

คุณภาพระบบการให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ของกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอสิเกา จังหวัดตรัง โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่ได้รับการประเมินสูงที่สุด ได้แก่ ด้านกระบวนการขั้นตอนการบริการและการดูแลผู้ป่วย เมื่อนำมาวิเคราะห์แยกแต่ละด้านพบว่า ด้านกระบวนการขั้นตอนการบริการและการดูแลผู้ป่วย ข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือมีการให้บริการเป็นไปตามลำดับก่อน หลัง อย่างเสมอภาค ภายใน 24 ชั่วโมงหลังทราบผลการติดเชื้อโควิด-19 ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ให้บริการ ข้อที่มีคะแนนสูงสุดคือ ความพึงพอใจจากการให้บริการโดยรวม ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก ข้อที่มีคะแนนสูงสุด คือ มีช่องทางในการสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ ผ่านไลน์, เบอร์โทรศัพท์ จะเห็นได้ว่า การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีมาช่วยโดยการ ใช้ LINE Official Account และเป็น การสร้างช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยสามารถลดระยะเวลาในการสื่อสาร สามารถสื่อสารพร้อมกันได้ครั้งละหลายรายผู้ป่วย และมีความถูกต้องของข้อมูล ความแม่นยำของข้อมูลเพิ่มขึ้น รวมถึงลดการกรอกข้อมูลด้วยมือ ในระบบเวชระเบียนของโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ Matatratip, C., Pissawongprakan, P., Nonsrirach, T., (2021)

ในกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 และบุคลากรทางการแพทย์ได้ประเมินระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation โดยมีคะแนนด้านกระบวนการขั้นตอนการบริการและการดูแลผู้ป่วย ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่บุคลากรที่ให้บริการ และด้านสิ่งอำนวยความสะดวก สูงกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งให้เห็นได้ว่าการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ที่กักตัวที่บ้านของโรงพยาบาลสิเกามีการนำเทคโนโลยีเข้ามา

ประยุกต์ใช้ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงาน ตามหลักการ Digital transformation ของกระทรวงสาธารณสุข ในการใช้เทคโนโลยีเพื่อการบริการ โดยเป็นการใช้ LINE Official Accounts เป็นช่องทางสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ Sungkasrisombut, K., Machara, A., Promsri, M., Panit N. (2022)

คุณภาพการบริการ ด้านกระบวนการขั้นตอนการบริการและการดูแลผู้ป่วย ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่บุคลากรที่ให้บริการ ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และคะแนนประเมินคุณภาพโดยรวม ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ไม่แตกต่างกันที่นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นถึงผลการประเมินคุณภาพการให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ระหว่างกลุ่มผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ไม่มีความแตกต่างกันที่ผลการประเมิน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วย โควิด-19 แบบ Home Isolation ผ่าน Application มีการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยคำนึงถึงความปลอดภัยและคุณภาพของการดูแลรักษา โดยเฉพาะระบบการส่งตัวผู้ป่วยเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลงและจำเป็นต้องรับไว้ดูแลแบบผู้ป่วยใน ซึ่งในช่วงแรกของการดูแลผู้ป่วยโควิด-19แบบ home isolation ใช้การสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข โดยการโทรศัพท์ การเชื่อมต่อ Line contact ส่วนบุคคล และการบันทึกข้อมูลลงเวชระเบียนแบบกระดาษ เพื่อเป็นการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขแต่เมื่อมีจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น การสื่อสารดังกล่าวทำได้ยุ่งยากขึ้น ใช้เวลาเพิ่มขึ้น การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีมาช่วยโดยการ ใช้ LINE Official Account และ Doctor A to Z เป็นการสร้างช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยสามารถลดระยะเวลาในการสื่อสารสามารถสื่อสารพร้อมกันได้ครั้งละหลายรายผู้ป่วย และมีความถูกต้องของข้อมูล ความแม่นยำของข้อมูลเพิ่มขึ้น รวมถึงลดการกรอกข้อมูลด้วยมือในเวชระเบียน สามารถรักษาเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 แบบ Home isolation ผ่าน

ระบบ LINE Official Account คือ การดูแลรักษาที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย มีผู้ป่วยร่วมใช้ LINE Official Account สามารถลดจำนวนบุคลากรสาธารณสุข และมีความพึงพอใจของผู้ป่วยและบุคลากรสาธารณสุข ผ่านกระบวนการทำงานในรูปแบบ LINE Official Account สอดคล้องกับการศึกษาของ Jarungjit, Th (2021); Kumprasit, U., (2021) และ Arungjit, T. (2022)

การที่อายุแตกต่างกันทำให้คุณภาพของการให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation แตกต่างกันนั้น อาจเนื่องด้วยเมื่อกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุเพิ่มมากขึ้นการใช้เทคโนโลยีโทรศัพท์มือถือต่าง ๆ อาจไม่คล่องทำให้การสื่อสาร หรือความเข้าใจยากเพิ่มมากขึ้น และสถานภาพแตกต่างกันทำให้คุณภาพของการให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation แตกต่างกันนั้น อาจเนื่องด้วยหากมีสถานะสมรส ก็อาจมีบุคคลภายในครอบครัวที่สามารถสอบถามเกี่ยวกับการใช้งานของระบบ LINE Official Account ได้ แต่ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ อาชีพ และจำนวนผู้ดูแลที่แตกต่างกัน คะแนนคุณภาพการให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เนื่องจาก ระดับการศึกษา ศาสนา รายได้ อาชีพ และจำนวนผู้ดูแลที่แตกต่างกัน อาจไม่ส่งผลต่อการประเมิน และความพึงพอใจในการให้บริการระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการศึกษานี้ให้มากยิ่งขึ้น และเพื่อเป็นการยืนยันประสิทธิภาพของระบบ Home Isolation ที่พัฒนาขึ้นมา ควรมีการติดตามผลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ควรใช้วิธีอื่นประเมินร่วมด้วย ตัวอย่าง เช่น การประเมินภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการเชื้อ COVID-19 และศึกษาการเกิดภาวะ Long COVID เป็นต้น

ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ สามารถนำระบบการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 แบบ Home Isolation ที่พัฒนาขึ้นมาจากการศึกษานี้ ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำที่จะ

เกิดขึ้นในอนาคต แบบเชิงรุก ของพื้นที่เครือข่าย  
บริการสุขภาพ ในจังหวัดตรัง หรือจังหวัด  
ใกล้เคียง ซึ่งเกิดประโยชน์กับประชาชน ส่งผลให้  
ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี และผลจากการวิจัย  
ครั้งนี้สามารถใช้เป็นข้อมูลในการนำเสนอต่อ

ผู้บริหารในจังหวัดตรังเพื่อพัฒนาระบบการ  
บริหารจัดการการรับมือการแพร่ระบาดของโรค  
ติดเชื้อโควิด-19 หรือเชื้ออุบัติใหม่หรืออุบัติซ้ำ  
ผ่านระบบ Application อื่นๆในอนาคตต่อไป

## References

- Arungjit, T. (2022). Effectiveness of nursing care for Coronavirus disease 2019 patients in the Home Isolation System, Wang Chao Hospital, Tak Province. *Journal of Public Health, Tak Province*, 2(2), 1-14. (in Thai)
- Best, J., & John, W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Department of disease control, (2022). Guidelines for surveillance, prevention and control of Corona virus infection 2019. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Department of Medical Services. (2022). Guidelines for medical personnel for providing patient advice and home isolation services for COVID-19 patients. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Earp, J.A., & Ennett, S.,T. (1991). Conceptual models for health education research and practice. *Health Education Research*, 6(2), 163–171.
- Emergency Operations Center, Department of disease control, (2022). Coronavirus 2019 Disease Situation Report. Department of disease control. Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Jarungjit, Th., (2021). Effectiveness of nursing care for coronavirus disease 2019 patients in the Home Isolation System, Wang Chao Hospital, Tak Province. Wang Chao Hospital Wang Chao District, Tak Province. (in Thai)
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Kumprasit, U. (2021). Development of Nursing Model during the COVID-19 Outbreaks: In-Patient Department, Nonthai Hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(1), 30-44. (in Thai)
- Matatratip, C., Pissawongprakan, P., Nonsrirach, T., (2021). Factors Affecting Access to the Health Promotion Service System through LINE Official Account of Regional Health Promotion Center 7 Khon Kaen: Good health is Rewardsed of the People in the Responsible Area. *Regional Health Promotion Center 7 Journal Khon Kaen*, 14(2), 14-33. (in Thai)
- Srina, S. (2021). Development of Care Model for Diabetic Type 2 by Line Application. *Journal of Research and Health Innovative Development*, 2(1), 123-133. (in Thai)
- Sungkasrisombut, K., Machara, A., Promsri, M., Panit N. (2022). Development of Health Education and Health Counseling Model Using LINE Official Account Application for Mothers in Caring for Infants with Premature Births. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. 16(2), 623-641. (in Thai)
- Wirifai, S., & Luddangam, P. (2022). Home Isolation: Guidance for Patients with COVID-19 Infection. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*, 16(2), 597-611. (in Thai)
- World Health Organization. (2022). Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers (general). Geneva, Switzerland. Retrieved 19 May 2022 from <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus>.

## การประเมินผลการดำเนินงานโครงการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงด้วย“ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี” จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้ CIPP Model

### Evaluation of the Implementation of the Surveillance, Prevention, Control, Diabetes and Hypertension with Vichai 7 Colors Model Singburi Province by CIPP Model

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: June 8,2023

Revised: July 5,2023

Accepted: Aug. 27,20223

Published: Aug.30, 2023

ก่อกศักดิ์ จันทรวิจิตร  
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี  
Korsak Chuntaravichit  
Singburi Health Office

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงประเมินผล ( Evaluation Research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการและกำหนดแนวทางการพัฒนากระบวนการทำงาน เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย“ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี”จังหวัดสิงห์บุรี (Vichai 7 Color Model) ของ ศ.พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร โดยใช้แบบจำลองซีป (CIPP Model) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถาม และข้อมูลทุติยภูมิจาก Health Data Center, Chronic Link Program วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนธันวาคม 2565 – เดือนพฤษภาคม 2566

ผลการวิจัยพบว่า จังหวัดสิงห์บุรีดำเนินงานโครงการฯและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2555 จนถึงปัจจุบัน จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร และสอบถามความคิดเห็นผู้ปฏิบัติงาน เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน ด้านบริบท มีการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการประจำปี จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับหน่วยงานในสังกัด มีระบบติดตามประเมินผล ชัดเจน ด้านปัจจัยนำเข้า เครื่องมือบริการสุขภาพ สนับสนุน บุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างเพียงพอ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง ด้านกระบวนการ กำหนดเป้าหมายคัดกรองโรคในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 90 พัฒนาศักยภาพบุคลากร พัฒนาระบบบริการโดยคณะกรรมการ Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ เชื่อมโยงกับระบบบริการ 3 หมอ บูรณาการงานกับภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ด้านผลลัพธ์ อัตราอุบัติการณ์ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มลดลง อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและควบคุมความดันโลหิตได้ดี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และสัดส่วนการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพิ่มมากขึ้น แนวทางพัฒนากระบวนการทำงาน คือ สร้างและพัฒนาศักยภาพบุคลากรรุ่นใหม่ เพิ่มการรับรู้ให้กับประชาชน นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการและระบบฐานข้อมูล สร้างชุมชนต้นแบบและขยายผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น

**คำสำคัญ** ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี,โรคเบาหวาน,โรคความดันโลหิตสูง,CIPP Model

**Corresponding author:** ก่อกศักดิ์ จันทรวิจิตร Email: chsak1971@gmail.com

## Abstract

This evaluation research aims to evaluate results of the project and determine guidelines for developing work processes, surveillance, prevention, and control of diabetes and high blood pressure with the Vichai 7 Color Model of Prof. Vichai Teinthavorn, M.D., PhD by the CIPP model. The sample group was administrators and health professions at the provincial, district, and sub-district levels. The tools used were interview forms, questionnaires, and secondary data from the Health Data Center and the Chronic Link Program. The data analyzed using descriptive statistics and content analysis Data were collected during December 2022- May 2023.

The results showed that Sing Buri Province has been launched the project since 2012. Interviewing for executives and health professions' opinions to evaluate the project performance, including Context: determine strategy, action plan, memorandum of understanding, monitoring, and evaluation system, Input: personnel, budgets, materials, and equipment supported by the contracted unit for primary care and local government organizations, and Process: screening 90 percent of people aged 15 years and over; training personnel potential; developing the service system by the Service Plan Committee (non-communicable diseases) and linking it to the service system of the Three Doctor Policy, integrating with network partners. Outcomes are incidence rates of diabetes and high blood pressure tend to decrease, the good control rate of diabetes and high blood pressure patients tends to increase, and the proportion of patients treated at Tambon Health Promotion Hospitals increases. We suggested that the development of the potential of the new generation of personnel, increasing perceptions of people, and applying information technology to management and database systems, and building community models and expanding to local governmental organizations.

**Key Words :** Vichai 7 Color Model, Diabetes, Hypertension, CIPP Model

**Corresponding author:** Korsak Chuntaravichit. Email:chsak1971@gmail.com

## บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อ (Non-communicable diseases; NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวมจากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก(WHO)พบประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 38 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก ในปีพ.ศ.2555 เป็น 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก ในปีพ.ศ.2559 โดยกลุ่มโรคNCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุดได้แก่โรคหัวใจและหลอดเลือด 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมาคือ โรคมะเร็ง 9.0 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ22 โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 3.8 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 9 และโรคเบาหวาน 1.6 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 4 ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรคNCDs ในกลุ่มอายุ 30-69ปี หรือเรียกว่า“การเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร”มากถึง15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง (WHO,2020) จากรายงานสถิติสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2555 พบว่าอัตราผู้ป่วยในต่อแสนประชากรด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองใหญ่ หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต และโรคเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545-2553 แต่ในปี พ.ศ. 2554 อัตราผู้ป่วยในด้วยโรคดังกล่าวลดลงทุกโรคและกลับมาเพิ่มอีกครั้งในปี พ.ศ. 2555 (Bureau of Policy & Strategy Ministry of Health,2012)

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดสิงห์บุรี ในปี 2555 ดำเนินการคัดกรองโรคในประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป คัดกรองโรคเบาหวานได้ร้อยละ 61.12 คัดกรองโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 70.15 มีอัตราอุบัติการณ์โรคเบาหวาน 931.60 ต่อประชากรแสนคน อัตราอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูง 1.801.16 ต่อประชากรแสนคน และผู้ป่วยโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ร้อยละ 17.06 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ควบคุมความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 40.11 (Singburi Health Office,2012) การคัดกรองโรคดำเนินการได้น้อย ในขณะที่อัตราการอุบัติการณ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และการควบคุมโรคได้ดียังอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวทางการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ของจังหวัดสิงห์บุรี (Bauriboon,2559) ที่พบว่า การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของจังหวัดสิงห์บุรี ที่ผ่านมา ระบบการบริหารจัดการยังไม่มีชัดเจนตั้งแต่การคัดกรอง การรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการฟื้นฟูสภาพ ไม่เป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากในช่วงแรกๆ ของนโยบายการจัดการสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังถูกดำเนินการในหลายหน่วยงาน ทำให้หน่วยงานที่เป็นผู้ปฏิบัติเกิดความสับสน และไม่ชัดเจนในแนวทางปฏิบัติ ต่อมาในเดือนมีนาคม 2555 ศาสตราจารย์พิเศษ ดร. นพ. วิชัย เทียนถาวร ได้นำโครงการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ปิงปองจรรยาจรชีวิต 7 สี” (Vichai 7 Color Model) (Tienthavorn,2013) มาดำเนินการในจังหวัดสิงห์บุรี โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการลดอัตราอุบัติการณ์ลดภาวะแทรกซ้อน ของโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โดยดำเนินการในพื้นที่ต้นแบบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 6 แห่งๆละ 1 หมู่บ้าน ดำเนินการคัดกรองโรคในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ประชาชนให้ความร่วมมือ ผู้นำชุมชนให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี ต่อมาในเดือนสิงหาคม 2555 จึงได้ขยายพื้นที่ครอบคลุมทุกหมู่บ้านของจังหวัดสิงห์บุรี จนถึงปัจจุบัน รวมระยะเวลา 10 ปี การขับเคลื่อนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ปิงปองจรรยาจรชีวิต 7 สี” ของจังหวัดสิงห์บุรีตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาวิจัยเชิงประเมินผลการดำเนินงานทั้งระบบในภาพรวม ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับการจัดบริการด้านการรักษาพยาบาลตามแนวคิดการ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ปิงปองจรรยาจรชีวิต 7 สี” ซึ่งพบว่าทำให้คุณภาพชีวิตประชาชนจังหวัดสิงห์บุรีดีขึ้น ลดความแออัดใน

โรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรัง (กลุ่มโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง) ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอเมือง จังหวัดสิงห์บุรี (Sadtrakulwatana,2018) พบว่า การจัดบริการคลินิกโรคเรื้อรังที่หน่วยบริการปฐมภูมิให้ได้มาตรฐาน คลินิก NCD คุณภาพ โดยใช้แนวคิด ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี ทำให้ลดความแออัดในโรงพยาบาลทั่วไปได้ ร้อยละ 25 ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการประเมินผลการดำเนินงานโครงการ เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วย”ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” จังหวัดสิงห์บุรี ในภาพรวม โดยใช้แบบจำลองซิป CIPP Model (Stufflebeam,1971) ซึ่งเป็นรูปแบบ

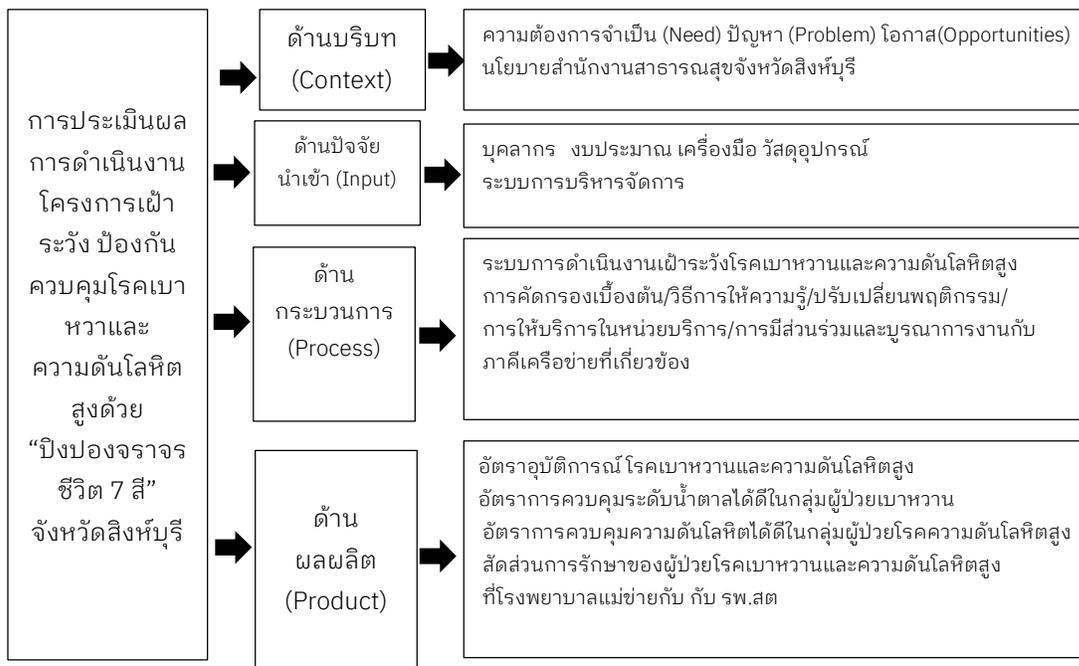
การประเมินผลที่เป็นกระบวนการต่อเนื่อง และเป็นกระบวนการของการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ โดยมีจุดเน้นสำคัญเพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจบริหารโครงการและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้บริหารได้ทราบจุดเด่นและจุดด้อยเพื่อจะได้เสริมจุดเด่น และแก้ปัญหาคือจุดด้อย กำหนดให้มีการประเมินทั้งระบบใน 4 ด้าน คือ Context(บริบท หรือสภาวะแวดล้อม) Input (ปัจจัยเบื้องต้น) Process (กระบวนการ) และ Product (ผลผลิต) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา เพื่อกำหนดรูปแบบ แนวทางพัฒนาการดำเนินงานที่สำคัญ ของจังหวัดสิงห์บุรี ให้ก้าวไปข้างหน้าอย่างยั่งยืน ต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลโครงการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้แบบจำลองซิป (CIPP Model)

2. เพื่อกำหนดแนวทางการพัฒนากระบวนการทำงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” จังหวัดสิงห์บุรี ให้เกิดประสิทธิภาพ

### กรอบแนวคิดการวิจัย



## ระเบียบวิธีวิจัย

**รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2565 ถึง เดือนพฤษภาคม 2566 โดยใช้แบบจำลองชิป CIPP Model ตามกรอบแนวคิดของ ของ Daniel L. Stufflebeam ประกอบด้วย บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรสาธารณสุข ระดับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน ระดับจังหวัด อำเภอและตำบล กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้บริหาร ระดับจังหวัด จำนวน 3 คน ระดับอำเภอ จำนวน 3 คน และระดับตำบล จำนวน 6 คน กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล จำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง กำหนดเกณฑ์คัดเข้า(Inclusion criteria) คือ บุคลากรสาธารณสุขระดับผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงาน ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ที่บริหารงาน/ปฏิบัติงาน โครงการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุม โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ด้วย “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” ของจังหวัดสิงห์บุรี อย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน ระยะเวลาไม่น้อยกว่า 5 ปี เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบแนวทางการวิจัย และมีประสบการณ์ตรง ในการดำเนินงาน เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ไม่สมัครใจเข้าร่วมวิจัย หรือเข้าร่วมการวิจัยไม่ตลอดระยะเวลาการศึกษา

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ สำหรับการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้บริหารระดับจังหวัด อำเภอและตำบล เป็นการสัมภาษณ์รายบุคคล ประเด็นคำถามด้านบริบท ประกอบด้วย สอบถามความต้องการจำเป็น (Need) ปัญหา (Problem) โอกาส (Opportunities) การขับเคลื่อนการดำเนินงานโครงการฯ และนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ประเด็นคำถามด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย

การบริหารจัดการบุคลากร งบประมาณ เครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ ระบบการบริหารจัดการ สำหรับการดำเนินงานโครงการฯ ประเด็นคำถามด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การดำเนินงาน คัดกรอง การให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสร้างการมีส่วนร่วมฯ

2. แบบสอบถามความคิดเห็น สอบถามผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เพื่อประเมินผลด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า และด้านกระบวนการ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และการสอบถามความคิดเห็นลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและคำถามปลายเปิด มีเกณฑ์การให้คะแนนตามแนวคิดของลิเคอรัท (Best, Kahn, 1993) คือ 5 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด 4 หมายถึง เห็นด้วยมาก 3 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง 2 หมายถึง เห็นด้วยน้อย และ 1 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

3. แบบรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ การดำเนินงานโครงการฯ จากระบบรายงาน Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข และ โปรแกรมคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง Chronic Link Program ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

แบบสอบถามความคิดเห็น สอบถามผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล เครื่องมือได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ผลการตรวจสอบทุกข้อมีค่ามากกว่า 0.6 (มีค่าอยู่ระหว่าง 0.6-1) ได้ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ ตรวจสอบความถูกต้องแล้วนำไปทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุขที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟา (Coefficient alpha) ของแบบสอบถามความคิดเห็นผู้ปฏิบัติงาน ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารระดับจังหวัด อำเภอและตำบล เป็นการสัมภาษณ์รายบุคคล ข้อมูลเชิงปริมาณ รวบรวมข้อมูลด้าน

บริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ จากผู้ปฏิบัติงาน ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ด้วยแบบสอบถาม ความคิดเห็นฯ และด้านผลผลิต รวบรวมข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข และ โปรแกรมคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง Chronic Link Program ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร นำมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) และตรวจสอบข้อมูลแบบการตรวจสอบสามเส้าด้านข้อมูล (Data Triangulate)

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ระดับความคิดเห็น ผู้ปฏิบัติงาน ด้วยเกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย (Srisaat,2010) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง เห็นด้วยมากที่สุด คะแนนเฉลี่ย

### ผลการศึกษา

การประเมินผลโครงการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้แบบจำลองชิป (CIPP Model) ด้วยการสัมภาษณ์ผู้บริหาร และสอบถามความคิดเห็นผู้ปฏิบัติงาน ระดับจังหวัด อำเภอและตำบล ผลการศึกษาตอบตามวัตถุประสงค์การศึกษาได้ดังนี้

ผลการประเมินผลโครงการเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุม โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้ แบบ จำลอง ชิป (CIPP Model) ผลการศึกษาพบว่า

**1. ด้านบริบท (Context)** จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร พบว่า จังหวัดสิงห์บุรี ดำเนินงานโครงการฯ ตั้งแต่ปี 2555 จนถึงปัจจุบัน เหตุผลความจำเป็นในการดำเนินงาน คือ การป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของจังหวัดสิงห์บุรี ที่ผ่านมา ระบบการจัดการยังไม่มีชัดเจนตั้งแต่ การคัดกรอง การรักษา การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการฟื้นฟูสภาพ ไม่เป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข อัตราอุบัติการณ์โรคเบาหวานและ

3.51-4.50 หมายถึง เห็นด้วยมาก คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง เห็นด้วยปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อย คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง เห็นด้วยน้อยที่สุด

### จริยธรรมการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้วิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ เพื่อขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธ การเข้าร่วมในการวิจัยโดยจะไม่ได้รับผลกระทบใดๆ คำตอบและข้อมูลทุกอย่างถือเป็นความลับนำเสนอในภาพรวมและใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น และดำเนินการหลังจากโครงสร้างการวิจัย ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี เลขที่ SEC 15/2565

ความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้น อัตราการควบคุมน้ำตาลได้ดีของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และอัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับที่น้อยมาก ดังนั้นจังหวัดสิงห์บุรี จึงมีความจำเป็นต้องปรับรูปแบบการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค ในขณะเดียวกัน ศาสตราจารย์พิเศษ ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร ได้นำโครงการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” มาทดลองใช้ในจังหวัดสิงห์บุรี เป็นพื้นที่ต้นแบบการดำเนินงาน โดยเริ่มต้นด้วยการสร้างความเข้าใจกับผู้บริหาร สื่อสารทำความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ และ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านในพื้นที่ แต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด เริ่มดำเนินการในพื้นที่นำร่อง เดือนมีนาคม 2555 อำเภอละ 1 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละ 1 หมู่บ้าน เดือนมิถุนายน 2555 ขยายผลดำเนินงานครอบคลุมพื้นที่ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละ 1 หมู่บ้าน และเมื่อในวันที่ 12 สิงหาคม 2555 ดำเนินงานครอบคลุมพื้นที่ทั้งหมดของจังหวัดสิงห์บุรี 365 หมู่บ้าน 14 ชุมชน จนถึงปัจจุบัน กลยุทธ์การขับเคลื่อนที่

สำคัญ คือ จังหวัดสิงห์บุรี กำหนดการดำเนินงาน เพื่าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” ไว้ในข้อตกลงความร่วมมือของส่วนราชการในจังหวัด สิงห์บุรี ยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรี และแผนปฏิบัติการประจำปี และกำหนดตัวชี้วัด การลดอัตราการอุบัติการณ์ โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง อัตราการ ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีและควบคุมความดัน โลหิตได้ดี ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูง และการเพิ่มสัดส่วน การรักษา โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ไว้ในคำรับรองการปฏิบัติ ราชการระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด สิงห์บุรีกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ มาอย่าง ต่อเนื่อง ทำให้จังหวัดสิงห์บุรี มีการขับเคลื่อนและ พัฒนาดำเนินงานเพื่าระวัง ป้องกันควบคุม โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ปิงปอง จราจรชีวิต 7 สี” อย่างชัดเจน ต่อเนื่อง ผลจาก การสอบถามความคิดเห็นผู้ปฏิบัติงาน ระดับ จังหวัด อำเภอและตำบล มีความสอดคล้องกันผล จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร คือ จังหวัดสิงห์บุรี มี นโยบายชัดเจน สอดคล้องกับนโยบายของ หน่วยงาน ความต้องการของประชาชน การเพื่ าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูงด้วย “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” สอดคล้อง กับรูปแบบการทำงานที่ทำ มีความเหมาะสมและม ีความจำเป็น สำหรับการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ และสามารถแก้ปัญหาสุขภาพประชาชนได้ แนวทางปฏิบัติทำได้จริง ทำให้คุณภาพชีวิต ประชาชนดีขึ้น โดยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความ คิดเห็นผู้ปฏิบัติงาน อยู่ในระดับ เห็นด้วยมากที่สุด ในทุกประเด็นการประเมิน

**2. ด้านปัจจัยนำเข้า (Input)** จากการ สัมภาษณ์ผู้บริหาร พบว่า เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP: Contracted Unit for Primary care) ของ จังหวัดสิงห์บุรี ทั้ง 6 แห่ง เป็นผู้สนับสนุน ปัจจัย นำเข้า (Input) ประกอบด้วยบุคลากรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ (ยา เวชภัณฑ์ สมุดประจำตัวผู้ป่วย) ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่าง เพียงพอ อีกทั้งทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล จะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่อง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี และ เครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP: Contracted Unit for Primary care) มีการพัฒนาศักยภาพ บุคลากรอย่างต่อเนื่อง จัดให้มี Case manager Chronic diseases ครอบคลุมในทุกหน่วยบริการ และ Systems Manager ระดับจังหวัด และอำเภอ และยังพบว่า และในปี 2558 จังหวัดสิงห์บุรี เริ่มมี การพัฒนาการดำเนินงานโดยนำระบบเทคโนโลยี สารสนเทศ เข้ามาใช้งาน จากเดิมในระยะเริ่มต้น ใช้โปรแกรม Excel จัดการฐานข้อมูล ต่อมาข้อมูล มีมาก ฐานข้อมูลใหญ่ขึ้น ได้มีการจัดซื้อโปรแกรม ระบบคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Link Program) ซึ่งเป็นเครื่องมือสนับสนุน การดำเนินงานเชื่อมโยงข้อมูลของหน่วยบริการ รวบรวมวิเคราะห์ โดยเครือข่ายบริการสุขภาพ (CUP: Contracted Unit for Primary care) สนับสนุนงบประมาณในการติดตั้งระบบให้กับทุก หน่วยบริการ โปรแกรมระบบคลังข้อมูลโรคไม่ ติดต่อเรื้อรัง (Chronic Link Program) แสดง รายละเอียดได้ถึงรายบุคคล ทั้งในด้านการคัด กรอง กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย จำแนกตามแนวคิด “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” เป็นโปรแกรมที่ไม่เพิ่ม ภาระงานของบุคลากร ใช้ระบบฐานข้อมูลจาก การบันทึกให้บริการของหน่วยบริการโปรแกรม Hosxp ซึ่งทุกสถานบริการของจังหวัดสิงห์บุรีใช้ โปรแกรม Hosxp เหมือนกันทั้งจังหวัด อยู่แล้ว ต่อมา ในปี 2563 จังหวัดสิงห์บุรี ได้มีนโยบายการ ใช้สมุดประจำตัวผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดัน โลหิตสูงแบบเดียวกันทั้งจังหวัด โดยเครือข่าย บริการสุขภาพ (CUP: Contracted Unit for Primary care) สนับสนุนงบประมาณในการ จัดพิมพ์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการใช้ บริการ ส่งต่อผู้ป่วยข้ามหน่วยบริการเป็นอย่างดี ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง สามารถทำ ให้เกิดการประสานงานระหว่างหน่วยบริการได้ดี ปี 2565 เริ่มมีการจัดตั้ง Health Station ที่มี เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องตรวจน้ำตาล วัดรอบเอว แบบเชื่อมต่อ ฐานข้อมูล เข้ามาใช้ เผยแพร่สื่อความรู้ทางสังคม ออนไลน์ เริ่มมีการวางแผนการจัดทำ PHR :Personal Health Records เพื่อประชาชนสามารถ เข้าถึง ข้อมูลตนเองได้ เพื่อการรับรู้และ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน และผลจากการสอบถามความคิดเห็นผู้ปฏิบัติงาน ระดับจังหวัด อำเภอและตำบล มีความสอดคล้องกันผลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร คือ ผู้บริหารให้การสนับสนุน มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบ ชัดเจน บุคลากรเพียงพอ งบประมาณเพียงพอ วัสดุ อุปกรณ์ เครื่องมือ เพียงพอ ระบบบริหารจัดการที่ดี บุคลากรมีความรู้และความเข้าใจ โดยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นผู้ปฏิบัติงาน อยู่ในระดับ เห็นด้วยมากที่สุด ในทุกประเด็นการประเมิน

**3. ด้านกระบวนการ (Process)** จากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร พบว่า จุดเริ่มต้นการดำเนินงาน คือการ คัดกรองโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป กำหนดเป้าหมายการดำเนินงานให้ได้ ร้อยละ 90 และจำแนกระดับกลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ตามแนวคิด “ป้องกันจรรยาจรชีวิต 7 สี” การขับเคลื่อนการดำเนินงานระดับจังหวัด ด้วยคณะกรรมการควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จังหวัดสิงห์บุรี (NCD Board) ซึ่งมีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรีเป็นประธาน หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ เป็นเลขานุการ ต่อมาได้มีการปรับระบบการดำเนินงาน โดยแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านการรักษาพยาบาลโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการ (Service plan) สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระบบการรักษาพยาบาลจะมีแพทย์และทีมสหวิชาชีพ ประจำทั้ง NPCU (Network of Primary Care Unit) และ PCU (Primary Care Unit) ออกตรวจผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในผู้ป่วยกลุ่มสีเขียวเข้ม กลุ่มสีเหลือง กลุ่มสีส้ม ทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกเดือนๆละ 1-2 ครั้ง ตามปริมาณผู้ป่วย โดยผู้ป่วยกลุ่มสีแดงและกลุ่มสีดำ จะได้รับการตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาล และมีทีมเยี่ยมบ้านในผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี หรือควบคุมระดับความดันโลหิตได้ไม่ดี โดยทีมสหวิชาชีพ เชื่อมโยงกับ ระบบ 3 หมอ 2) ด้านการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ขับเคลื่อนโดยคณะกรรมการ CPPO (Chief Health Promotion Prevention and Protection Officer ) แต่ทั้งสองส่วนจะใช้แนวคิดและระบบบริหารจัดการ ด้วย “ป้องกันจรรยาจรชีวิต 7 สี” เหมือนกัน และยังใช้

“ป้องกันจรรยาจรชีวิต 7 สี” สื่อสารระหว่างแพทย์และทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กับผู้ป่วย เพื่อการดูแลสุขภาพ อีกด้วยการดำเนินงานระดับอำเภอและตำบล ดำเนินการโดย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) และ คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของบุคลากรชัดเจน มีการทบทวนขั้นตอนการทำงานและถ่ายทอดกลวิธีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สำหรับการติดตามประเมินผลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี มีการนิเทศงานคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ(คปสอ.) เพื่อติดตามการดำเนินงานสม่ำเสมออย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง/คปสอ. และสุ่มติดตามงานของหน่วยบริการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งยังมีติดตามผลลัพธ์การดำเนินงานของหน่วยบริการ ผ่านระบบกำกับติดตามประเมินผลงานตามตัวชี้วัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี (Cockpit) อย่างต่อเนื่อง ในที่ประชุมคณะกรรมการวางแผนประเมินผลสาธารณสุขสำหรับการนิเทศงานหน่วยบริการ ในโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.)มีการนิเทศงานหน่วยบริการอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ตั้งแต่เริ่มต้นโครงการจนถึงปัจจุบัน ผู้บริหาร ระดับจังหวัด อำเภอและตำบล และได้มีการบูรณาการงาน สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มีการนำเสนอข้อมูลผลลัพธ์การดำเนินงานดำเนินงานเพื่อระวังป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ป้องกันจรรยาจรชีวิต 7 สี” ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชนสังคม ภาคประชาชน มาอย่างต่อเนื่อง อาทิเช่น ในปี 2563 ได้เกิดต้นแบบผลลัพธ์เชิงรูปธรรมที่ชัดเจนในพื้นที่ คือ “รัฐกรุดโมเดล” ซึ่งเกิดจากการที่สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทร์ราชินี บ้านทุ่งกลับน้อย ตำบลพักทัน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มีการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคด้วย “ป้องกันจรรยาจรชีวิต 7 สี” ในชุมชนหมู่ที่ 8 (รัฐ

กรด) ต่าบลพักกัน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ที่พบว่ามี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มมากขึ้นในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ทำให้ชุมชนได้รับรู้ปัญหา เกิดความตระหนัก ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ เพื่อแก้ไขปัญหา ด้วยตนเอง โดยการใช้มาตรการ 3 อ 3 ลด จนประสบความสำเร็จ ลดจำนวนกลุ่มเสี่ยงได้ ผู้ป่วยรายใหม่น้อยลง กลุ่มป่วยควบคุมน้ำตาลได้ดี และขยายผลไปสู่ องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (HLO) บ้านรั้วกรด ในปัจจุบัน รวมทั้งยังมีการขยายผลไปยังหมู่บ้านข้างเคียงอีกด้วย และผลจากการสอบถามความคิดเห็นผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัด อำเภอและตำบล มีความสอดคล้องกันผลจากการสัมภาษณ์ผู้บริหาร คือ มีการขับเคลื่อนแผนงานการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย“ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี”ไปสู่การปฏิบัติ โดยมีการมอบหมายหน้าที่ชัดเจน ให้ความรู้ชี้แจง สื่อสาร กำหนดรายละเอียดขั้นตอนการดำเนินงาน สร้างการรับรู้ให้กับประชาชน จัดคลินิกให้บริการ ตามแนวทางเวชปฏิบัติ นิเทศติดตามกำกับ และประเมินผลลัพธ์ โดยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความ

คิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ในทุกประเด็นการประเมิน

**4. ด้านผลผลิต (Product)** จากการรวบรวมข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข และ โปรแกรมคลังข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง Chronic Link Program ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ปี 2557 – 2565 พบว่า อัตราอุบัติการณ์โรคเบาหวาน ลดลง จาก 935.40 ต่อประชากรแสนคน เป็น 854.17 ต่อประชากรแสนคน และ อัตราอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูง ลดลงจาก 1,732.93 ต่อประชากรแสนคน เป็น 1,578.28 ต่อประชากรแสนคน มีแนวโน้มลดลง อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18.94 เป็น ร้อยละ 36.87 อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 40.33 เป็นร้อยละ 51.77 และสัดส่วนการรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จาก 57.12 : 42.18 ปัจจุบันเท่ากับ 66.12 : 33.88 (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ผลผลิต (Product) การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย“ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” จังหวัดสิงห์บุรี ปีงบประมาณ 2557-2565

ปี	ผลการดำเนินงาน				
	อัตราอุบัติการณ์โรคเบาหวาน (ต่อประชากรแสนคน)	อัตราอุบัติการณ์โรคความดันโลหิตสูง (ต่อประชากรแสนคน)	อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี (ร้อยละ)	อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี (ร้อยละ)	สัดส่วนการรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง รพ.สต.เปรียบเทียบกับ รพ.แม่ข่าย
2557	935.40	1,732.93	18.94	40.33	57.82 : 42.18
2558	976.16	1,796.70	31.93	42.77	58.03 : 41.97
2559	966.64	1,757.75	34.85	43.51	63.88 : 36.12
2560	887.04	1,715.67	33.56	48.27	64.88 : 35.12
2561	861.54	1,737.84	34.24	51.89	67.46 : 32.54
2562	897.73	1,719.41	34.10	50.36	66.98 : 33.02
2563	860.65	1,708.36	35.35	51.92	66.07 : 33.93
2564	845.08	1,590.59	37.50	50.99	66.51 : 33.49
2565	854.17	1,578.28	36.87	51.77	66.12 : 33.88

2. แนวทางการพัฒนากระบวนการทำงานการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย“ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี”ของจังหวัดสิงห์บุรี จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและการสอบถามผู้ปฏิบัติด้วยแบบสอบถามความคิดเห็นฯ และวิเคราะห์โดยผู้วิจัย สรุปแนวทางการพัฒนากระบวนการทำงานฯของจังหวัดสิงห์บุรีในภาพรวมได้ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ **1) สร้างและพัฒนาศักยภาพบุคลากรรุ่นใหม่** ทุกสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล และ สหวิชาชีพ ให้รับรู้แนวคิดดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย“ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี”เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เนื่องจากบุคลากรของจังหวัดสิงห์บุรี มีการบรรจุเข้าทำงานใหม่ และหมุนเวียนปรับเปลี่ยนหน้าที่ปฏิบัติงาน เพื่อให้การขับเคลื่อนงานเกิดความต่อเนื่อง อาทิเช่น กำหนดไว้ในหลักสูตรการปฐมนิเทศข้าราชการและเจ้าหน้าที่บรรจุใหม่ของจังหวัดสิงห์บุรี การสร้างคลินิกให้คำปรึกษาการทำงานสำหรับเจ้าหน้าที่ที่บรรจุเข้าทำงานใหม่ และเจ้าหน้าที่ที่หมุนเวียนปรับเปลี่ยนหน้าที่ปฏิบัติงาน **2) เพิ่มการรับรู้“ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี”ให้กับประชาชน** โดยใช้โมเดล V กระบวนการสร้างการรับรู้ 6 ชั้น

### อภิปรายผลและสรุปผล

**ผลการประเมินผลโครงการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” จังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้แบบจำลองซีป (CIPP Model)**

จากผลการศึกษาพบว่า ดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย“ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” ของจังหวัดสิงห์บุรี เป็นการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จได้ผลลัพธ์ดี เกิดประโยชน์ต่อประชาชนอย่างมาก ผู้วิจัยพบว่า จังหวัดสิงห์บุรีมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานตลอดระยะเวลา 10 ปี แบ่งได้ 3 ระยะในการทำงานระยะที่ 1 ระยะบุกเบิกและพัฒนา(ปี 2555-2559) จังหวัดสิงห์บุรีใช้กลยุทธ์การขับเคลื่อนการดำเนินงาน ด้วยกลยุทธ์ 7S McKinsey (Michalski,2011) เมื่อพิจารณารายด้าน CIPP Model จะมองเห็นภาพชัดเจนขึ้น **ด้านบริบท** จังหวัดสิงห์บุรี 1) มีการกำหนดยุทธศาสตร์

(Pengchan,Thanasukarn,2018) ประกอบด้วย เข้าถึง,เข้าใจ,ตอบโต้ ชักถาม แลกเปลี่ยน, ตัดสินใจ,ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม,บอกต่อ เป็นต้นแบบในการสร้างการรับรู้เนื่องจากเป็นรูปแบบที่ประสบความสำเร็จในการสร้างการรับรู้ที่ชัดเจน มีประสิทธิภาพ **3) พัฒนาระบบก้าวหน้าเทคโนโลยี** โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการและระบบฐานข้อมูล อาทิเช่น PHR :Personal Health Records ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลตนเองได้เพื่อการรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน การทำให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเอง ตามแนวคิด “ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” เป็นการส่งสื่อที่ดี เข้าใจง่าย สื่อสารได้ตรงเป้าหมาย ย่อมจะทำให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดี **4) สร้างชุมชนต้นแบบและขยายผล** ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น จาก การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย“ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี”ที่ประสบความสำเร็จ “ริ้วกรูดโมเดล” ที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคืนข้อมูลประชาชน ประชาชนแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง จนเกิดความยั่งยืนและต่อยอดได้ จึงสมควรที่จะนำรูปแบบดังกล่าวไปใช้ในพื้นที่อื่นๆต่อไป

ในการทำงาน (Strategy) ประกอบด้วย ข้อตกลงความร่วมมือของส่วนราชการในจังหวัดสิงห์บุรี จัดทำยุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุข แผนปฏิบัติการราชการประจำปี และกำหนดตัวชี้วัดในคำรับรองการปฏิบัติราชการ 2) วางโครงสร้างการทำงานชัดเจน(Structure) ขับเคลื่อนการทำงานด้วยคณะกรรมการ NCD Board คณะกรรมการ Service Plan คณะกรรมการ CPPO (Chief Health Promotion Prevention and Protection Officer ) **ด้านปัจจัยนำเข้า** 3) สร้างทีมงานที่มีศักยภาพในทุกกระดับ (Staff) ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ทีมสหวิชาชีพ Case manager Chronic diseases 4) กำหนดรูปแบบการบริหารจัดการปัจจัยนำเข้า (Styles) ที่ชัดเจน โดยให้เครือข่ายบริการสุขภาพ ( CUP: Contracted Unit for Primary care) สนับสนุน ปัจจัยนำเข้า (Input) บุคลากรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ (ยา เวชภัณฑ์ สมุด

ประจำตัวผู้ป่วย)ให้กับ NPCU (Network of Primary Care Unit) และPCU (Primary Care Unit) 5) วางระบบการทำงาน(System) โดยกำหนดแนวทางเวชปฏิบัติที่ชัดเจน แบ่งเป็น กลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย ใช้ 7 สี ในการแบ่งกลุ่มชัดเจน **ด้านกระบวนการ** 6) พัฒนาศักยภาพ (Skill) ให้กับบุคลากรอย่างต่อเนื่อง จัดอบรมให้ความรู้ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสารทำความเข้าใจ ครอบครัวในทุกหน่วยบริการ และมีSystems Manager Chronic diseases ในระดับจังหวัดและอำเภอ **ด้านผลผลิต** ความสำเร็จที่เกิดขึ้นมีผลลัพธ์ที่ดี เกิดจากการสร้างและมี 7) ค่านิยมองค์กร (Share Value) “ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” เป็นแนวคิดที่เจ้าหน้าที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประชาชน จังหวัดสิงห์บุรี รับรู้ เข้าใจ และมีความคิดเห็นที่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกัน ศรีธา เชื่อมั่นว่าทำให้ประชาชนมีสุขภาพดีขึ้น จนเกิดผลลัพธ์ที่ดี อัตราอุบัติการณ์โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ลดลง อัตราการควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อัตราการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี เพิ่มขึ้น สัดส่วนการรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลแม่ข่าย เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาปัญหาและสภาพการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชุมพร (Chokprasombut,2023) ที่พบว่า การนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัดตามกรอบ 7’S ทำให้บุคลากรมีความพึงพอใจโดยรวมระดับสูง ส่งผลให้ผลงานตามตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์มากกว่าปีที่ผ่านมา และผู้วิจัยยังพบว่า หลังจากปี 2559 แล้วการดำเนินงานเริ่มคงที่เข้าสู่

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนา (ปี 2560-2564) จังหวัดสิงห์บุรี มีการใช้กระบวนการ PDCA ของ Edwards W. Deming ( Deming,1986) มาดำเนินงานเพื่อระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย“ป้องกันจรรยาชีวิต 7 สี” ของจังหวัดสิงห์บุรี โดยใช้พัฒนาเป็นวงรอบการพัฒนา หมุนเวียน อย่างต่อเนื่อง จนเกิดความมั่นคง ยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาผลการส่งเสริมสุขภาพช่องปากโดยใช้วัฏจักรเดมมิ่ง ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เทศบาลตำบลโพธิ์ชัย อำเภอ

พนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด (Sontong,Kunrattanapruk,2011) ที่พบว่า การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยใช้วัฏจักรเดมมิ่ง PDCA ของ Edwards W. Deming ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทำให้ผู้ปกครองของเด็กวัยก่อนเรียนมีคะแนนความรู้ด้านการดูแลสุขภาพช่องปากสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p<0.01$ ) เด็กก่อนวัยเรียนมีการแปรงฟันเพิ่มขึ้น ค่าเฉลี่ยปริมาณคราบฟันลดลง ความถี่การบริโภคอาหารว่างที่เสี่ยงต่อฟันผุมีค่าเฉลี่ยลดลง และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านสุขภาพช่องปากของกรมอนามัยด้วย

ระยะที่ 3 ระยะก้าวทันเทคโนโลยี (2565 เป็นต้นมา) เริ่มมีการนำอุปกรณ์เทคโนโลยีสมัยใหม่ เช่น การจัดตั้ง Health Station ที่มีเครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องตรวจน้ำตาลวัดรอบเอว แบบเชื่อมต่อฐานข้อมูล เข้ามาใช้เผยแพร่สื่อความรู้ทางสังคมออนไลน์ วางแผนการจัดทำ PHR :Personal Health Records เพื่อประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลตนเองได้ เพื่อสร้างการรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเทคโนโลยีสารสนเทศกับสาธารณสุขท้องถิ่น (Jamnongrat,2021) พบว่า ภาระงานของบุคลากร จากการเพิ่มขึ้นของภาวะโรคต่างๆที่มีความซับซ้อน เช่น NCDs โรคมะเร็ง โรคระบาดต่าง ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและควบคุมได้ยาก จึงมีความจำเป็นที่ต้องใช้เทคโนโลยี เข้ามาช่วยในระบบบริการประจำวัน รวมถึงการจัดการข้อมูลต่างๆ ที่จะทำให้เกิดความคล่องตัวในการปฏิบัติงานประจำวัน และมีความถูกต้องในการวินิจฉัยและรักษาโรคต่างๆ มากขึ้น ระบบเทคโนโลยีดิจิทัล ในปัจจุบันจะเป็นผู้ช่วยทางการแพทย์ได้เป็นอย่างดี ถ้าหากได้รับการส่งเสริมให้มีการนำไปใช้ประโยชน์และพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกระดับการบริการ และสอดคล้องกับการศึกษาโอกาสในการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานด้านการแพทย์และสาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี (Phuvasunti,Suwanawong, 2021) ที่พบว่า โอกาสพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศด้าน

สาธารณสุขของจังหวัดสระบุรี คือ กำหนดนโยบายและจัดทำแผนการพัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศระดับจังหวัดและองค์กรพัฒนาศักยภาพ บุคลากรด้านเทคโนโลยีสารสนเทศอย่างต่อเนื่อง พัฒนาคุณภาพระบบ

เทคโนโลยีสารสนเทศสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพทันสมัยเป็นปัจจุบัน สนับสนุนการใช้ประโยชน์จากสารสนเทศในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข และเปิดโอกาสให้ประชาชนมีส่วนร่วม

### แนวทางการพัฒนาระบบการทำงานการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี” ของจังหวัดสิงห์บุรี

ผู้วิจัยได้สรุปแนวทางการพัฒนาระบบการทำงานฯของจังหวัดสิงห์บุรีในภาพรวมได้ 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) สร้างและพัฒนาศักยภาพบุคลากรรุ่นใหม่ ทุกสาขาวิชาชีพ แพทย์ พยาบาล และ สหวิชาชีพ ให้รับรู้แนวคิดดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี” 2) เพิ่มการรับรู้ “ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี” ให้กับประชาชน โดยใช้โมเดล V กระบวนการสร้างการรับรู้ 6 ชั้น 3) พัฒนาระบบให้ก้าวทันเทคโนโลยี โดยใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการบริหารจัดการและระบบฐานข้อมูล 4) สร้างชุมชนต้นแบบและขยายผลให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น แนวทางการพัฒนาทั้ง 4 ประเด็นที่ผู้วิจัยเสนอโดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการวิจัย มีความสอดคล้องและเป็นได้ในทางปฏิบัติ จากการศึกษา ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูล สรุปเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย “ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี” ของจังหวัดสิงห์บุรี คือ 1) “ปิงปองจรรยาชีวิต 7 สี” สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ในพื้นที่ทุกระดับ. 2) นโยบายชัดเจน มีกระบวนการขับเคลื่อนนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 3) ผู้บริหารให้ความสำคัญ ทีมงานทุกระดับ มีความมุ่งมั่น ตั้งใจ และเข้มแข็ง ในการดำเนินงาน 4) ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย 5) การมีส่วนร่วมของชุมชน และ 6) ระบบติดตามประเมินผล ระบบรายงานผลการดำเนินงาน ที่ชัดเจน มีการ

ดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ของทีมหมอครอบครัว ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี (Arsasana et al., 2023) ที่พบว่า ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตามงบประมาณเพียงพอ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดกาฬสินธุ์ (Jongmeesi et al., 2023) ที่พบว่า การเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดี เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ และผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูล สรุปปัจจัยที่ให้เกิดความยั่งยืนดำเนินงานมาได้มากกว่า 10 ปีต่อเนื่อง คือ 1) ผู้บริหารระดับจังหวัด ผู้ว่าราชการจังหวัดสิงห์บุรี นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ทุกคนที่มาปฏิบัติราชการที่จังหวัดสิงห์บุรี ให้ความสำคัญ สนับสนุน ผลักดันการดำเนินงาน 2) ความเป็นเอกภาพของระบบผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับ มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เป็นทีมงาน ที่เข้มแข็ง และที่สำคัญคือ 3) ประชาชนให้ความสำคัญ ร่วมมือ มีส่วนร่วมในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้ประโยชน์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ควรถอดบทเรียนเกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย“ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” ที่ประสบความสำเร็จ เช่น การใช้ 7S McKinsey และ

กระบวนการ PDCA ขับเคลื่อนการดำเนินงานไปใช้ในกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค โดยเฉพาะโรคที่ยังเป็นปัญหาสำคัญของจังหวัดสิงห์บุรี เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดหัวใจ เป็นต้น

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

ผลจากการศึกษาผู้วิจัยขอเสนอแนวทางการพัฒนา ดังนี้ 1.การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย“ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี” ในระบบ PHR :Personal Health Records และ 2.การพัฒนา

รูปแบบการสอนการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงด้วย“ปิงปองจราจรชีวิต 7 สี”สำหรับบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์พิเศษ ดร. นายแพทย์วิชัย เกียนถาวร ที่เป็นผู้ให้แนวคิด เป็นที่ปรึกษา และสนับสนุน ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ที่สนับสนุนการดำเนินงานศึกษาวิจัยครั้งนี้อย่างต่อเนื่อง และหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสิงห์บุรี ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลและช่องทางสำหรับให้ผู้วิจัย ได้สื่อสารประสานงาน กับผู้เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่าง ขอขอบคุณ ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ผู้ให้ข้อมูลจนการศึกษาครั้งนี้ประสบความสำเร็จได้ด้วยดี

## References

- Arsasana,J.,Bouphan,P.,Jutarosaga,M., Prompinij,T. (2023). *Administrative Factors and Key Success Factor Affecting The Performance of Family Care Team in Maung District Udonthani Province*. *KKU Research Journal (Graduate Studies)*,23(2),184-197.(In Thai)
- Bauriboon,V. (2012). *A Guideline of Development for Prevention and Control of Diabetes and Hypertension in Singburi Province*. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*,6(01),17-28. (In Thai)
- Best, J.,& Kahn, J. V. (1993). *Research in Education*. 7 th ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Bureau of Policy & Strategy Ministry of Health (2012). *Public Health statistic 2012*.Nontaburi. WVO officer of Printing Mill. (In Thai)
- Chokprasombut,T.(2023). *The problems and conditions of health supervisors at the provincial level in Chumphon Provincial Health Office*.*Journal of Community Public Health*,9(02),119-129.(In Thai)
- Deming, W. Edwards (1986). *Out of the Crisis*. MIT Press.
- Jamnongrat,N.(2021).*Information Technology and Local Public Health*. *Journal of Human societies*,11 (02),17-28.(In Thai)
- Jongmeesi,S.,Prasit,N.,Phimha,S.,Senahad,N.,Kongsrima,S.,Thammawongsa,P.,et al.(2023). *Administrative Factors and Key Success Factors Affecting Tuberculosis Control Performance of Health Personnel at Sub-District Health Promoting Hospitals in Kalasin Province*.*Regional Health Promotion Center 9 Journal*,7(3),994-1010. (In Thai)
- Michalski, A. (2011). *The McKinsey 7-S Framework. Invented in the 1980s and Still a Possibility for Success Today*. Munich: GRIN.
- Pengchan,W. and Thanasukarn,C.(2018).*Concepts and principles of well-rounded organizations in health*. Nonthaburi: Department of Health 4.0 Driving Project Office, Department of Health, Ministry of Public Health.(In Thai)
- Phuvasunti,S.,Suwannawong,Y.(2021).*The Study of Opportunities for Development in Health Information Technology System to Support the Public Health and Medical Operation of Saraburi Province*. Institute for Urban Disease Control and *Prevention Journal*, 6(01),125-151.(In Thai)
- Sadtrakulwatana,V.(2018). *The Development of A Chronic Diseases Clinic Model (Diabetes, Hypertension) in Primary Health Care Units, Mueang District, Sing Buri Province*. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*,8(01),24-36. (In Thai)
- Singburi Health Office. (2012). *Documents for the 2nd round of government inspection 2012*, Sing Buri Province (photocopy) (In Thai)
- Sontong,N.,Kunaratnapruk,K. (2011). *Effect of Oral Health Promotion by using the Deming Cycle at Child Development Center,Pochai Municipality, Phaom Phrai District,Roiet Province*.*Mahasakham Hospital Journal*,7 (3),18-23.(In Thai)
- Srisaat,S. (2010). *Preliminary research principles*. Bangkok: Suwiryiyasas. (In Thai)
- Stufflebeam, D.L., et al. (1971) *Educational Evaluation and Decision – Making*, Illinois; Peacock Publishers., Inc.
- Tienthavorn,V.(2013). *Surveillance, control and prevention system of DM and HT in Thailand: Policy to action*.3th ed.*Nonthaburi Province*:The Ministry of Public Health (In Thai)
- World Health Organization (2020). *Global action plan for the prevention and control of non-communicable disease 2013-2020*. Geneva: WHO.

## ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของ ของโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

### Correlation between Health Literacy and Health Behaviors to Epidemic of COVID-19 among Village Health Volunteers

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Feb. 11, 2022

Revised: July 5, 2023

Accepted: Aug. 27, 20223

Published: Aug. 29, 2023

วรัญญา จิตรบรรทัด\*<sup>1</sup> พิมพรรณ เรืองพุทธ<sup>1</sup> รัถยานภิศ รัชตะวรรณ<sup>1</sup> อับดุลกอเดซ จิตรบรรทัด<sup>2</sup>

<sup>1</sup>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

<sup>2</sup>โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปลักปลา นครศรีธรรมราช

Waranya Jitbantad\*<sup>1</sup> Pimpawan Ruangput<sup>1</sup> Ratthayanaphit Ratchatawan<sup>1</sup> Abdolgordaj Jitbuntut<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

<sup>2</sup>Ban Plak Pla Health Promoting Hospital Nakhon Si Thammarat

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) และ 2) ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของอสม. ในจังหวัดนครศรีธรรมราช กลุ่มตัวอย่างเป็นอสม. จำนวน 383 คน จาก 23 อำเภอของจังหวัดนครศรีธรรมราช คำนวณจากการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรตามโซนพื้นที่ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลเดือนมกราคม-มีนาคม 2565 โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ร้อยละ เติร์ด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีร้อยละของทักษะความรู้ด้านสุขภาพในระดับมากที่สุด ได้แก่ การจัดการตนเอง 94.26 (mean 4.94 , S.D. 0.23) ความรู้ความเข้าใจ 72.06 (mean 4.67 , S.D. 0.57) การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 69.19 (mean 4.69 , S.D. 0.46) การตัดสินใจ 60.57 (mean 4.58 , S.D. 0.53) การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพ 56.66 (mean 4.55 , S.D. 0.52) การรู้เท่าทันสื่อทางสุขภาพ 54.05 (mean 4.51 , S.D. 0.56) ตามลำดับ ระดับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 93.73 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 กับความรู้ทางสุขภาพ พบว่า ทักษะด้านการจัดการตนเอง การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลทางบริการทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และไม่สัมพันธ์กับทักษะความรู้ความเข้าใจ ดังนั้นสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ ควรส่งเสริมและพัฒนาทักษะด้านการจัดการตนเอง การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อทางสุขภาพให้กับ อสม. เพื่อนำไปใช้ในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชนในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ทางสุขภาพ พฤติกรรมป้องกันการโควิด-19 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Corresponding author: วรัญญา จิตรบรรทัด Email : waranya@bcnnakhon.ac.th

## Abstract

The objectives of this research were to study 1) the level of health literacy and health behaviors to epidemic of COVID-19 of village health volunteers (VHVs) and 2) association between health literacy and health behaviors to epidemic of COVID-19. The subjects consisted of 383 VHVs from 23 districts in Nakhon Si Thammarat Province. They were calculated by estimating the proportion of the population by area zone using a systematic random sampling method. Data were collected using questionnaire interviews during January and March 2022. Data were analyzed using statistics, percentage, average, standard deviation, and Pearson's correlation coefficients statistics.

The results showed the subjects had the highest percentage of health literacy skills, including self-management skills for 94.26 (mean 4.94, S.D. 0.23), cognitive skills for 72.06 (mean 4.67, S.D. 0.57), communication skills for 69.19 (mean 4.69, S.D. 0.46), decision skills for 60.57 (mean 4.58, S.D. 0.53), accessibility skills for 56.66 (mean 4.55, S.D. 0.52) and media literacy skills for 54.05 (mean 4.51, S.D. 0.56), respectively. Level of preventive behavior against the spread of COVID-19 at the highest level of 93.73%. The association between preventive behavior against the spread of COVID-19 and health literacy showed self-management skills, health information communication, decision making, and health media literacy with a statistically significant correlation at the .01. Accessibility skills in health services was statistical significance at .05. There were not correlated with cognitive skills. Therefore, the provincial/district health office should promote and develop self-management skills in communicating health information, decision-making and health media literacy for VHVs to use in self-care, family and community in preventing the spread of COVID-19.

**Keywords:** Health literacy, preventive behaviors, COVID-19, village health volunteers

**Corresponding author:** Waranya Jitbantad Email : waranya@bcnnakhon.ac.th

## บทนำ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ที่แพร่กระจายไปทั่วโลก ทำให้มีผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตจำนวนมาก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศเมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 ให้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern: PHEIC) (WHO, 2020) จากรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 พบผู้ป่วยติดเชื้อยืนยันทั่วโลก จำนวน 14,205,416 ราย เสียชีวิต 599,716 ราย โดยประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยยืนยัน 5 อันดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา (3,770,138 ราย) บราซิล (2,048,697 ราย) อินเดีย (1,040,948 ราย) รัสเซีย (765,437 ราย) และเปรู (345,537 ราย) (WHO, 2020, p 2) สำหรับประเทศไทย ผลของการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการตามนิยามเฝ้าระวังโรครายใหม่ เมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2563 พบผู้ป่วย 346,628 ราย เป็นผู้ป่วยติดเชื้อยืนยันสะสม 3,246 ราย (จากภายในประเทศ 2,444 ราย และจากต่างประเทศ 802 ราย) ในจำนวนนี้หายป่วย 3,095 ราย อยู่ระหว่างการรักษา 93 ราย และเสียชีวิต 58 ราย (Department of Disease Control, 2020) หลังจากรัฐบาลประกาศราชกิจจานุเบกษาให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) (Royal Thai Government, 2020) เพื่อสื่อสารกับประชาชน และประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินทั่วราชอาณาจักร (พรบ.ฉุกเฉิน) พร้อมแนวทางปฏิบัติต่างๆ เพื่อบริหารสถานการณ์โรคระบาดโควิด-19 ควบคุมสถานการณ์โรคระบาด ครอบคลุมทั้งประเทศ ทั้งการปิดสถานที่เสี่ยง การควบคุมการออกนอกเคหสถานในเวลาที่กำหนด ควบคุมจำนวนผู้รวมกิจกรรมไม่ให้แออัดหรือการเว้นระยะห่าง (Ratchakitcha, 2020) จากมาตรการควบคุมสถานการณ์โรคระบาดของรัฐบาล ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมทั้งทางตรงและทางอ้อมทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยเฉพาะ

กลุ่มใช้แรงงาน กลุ่มลูกจ้าง กลุ่มอาชีพเกษตรกรรม ค่าขาย ประมง เป็นกลุ่มที่ถูกระทบมากที่สุด (ILO, 2020; Lekfuangfu, 2020) ผลจากรายได้ที่ลดลงอันเนื่องมาจากการว่างงานหรือการถูกลดเงินเดือน ทำให้รายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพขั้นพื้นฐานในสังคม รายจ่ายที่มากขึ้นรวมทั้งหนี้สินของครัวเรือน ก่อให้เกิดความเครียด วิตกกังวล ความไม่แน่นอน ส่งผลกระทบระยะยาวในชุมชน ครอบครัว และบุคคล (IASC, 2020; Department of Mental Health, 2020) อย่างไรก็ตาม รัฐบาลได้มุ่งแก้ปัญหาระยะสั้น โดยออกมาตรการเยียวยาคนละ 5,000 บาท/เดือน เป็นระยะเวลา 3 เดือน มาตรการช่วยเหลือด้านการเงิน การเยียวยาแรงงาน การช่วยเหลือธุรกิจ การบรรเทาภาระค่าธรรมเนียมของส่วนงานราชการรัฐวิสาหกิจ และอีกหลายมาตรการตามมา นอกจากนี้รัฐยังทุ่มงบประมาณด้านสาธารณสุขให้มีความเข้มแข็งใน 3 ด้านหลัก ได้แก่ 1) โครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขที่เน้นระบบสุขภาพชุมชน สาธารณสุขมูลฐาน และบริการปฐมภูมิ ในการกำหนดมาตรการป้องกันการนำเชื้อก่อโรคเข้าประเทศไทย การคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการตามนิยามของโรค 2) ความรู้และบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลรักษา ควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในพื้นที่ต่างๆ รวมถึงระบบการดูแลสุขภาพครอบครัวของอสม. 3) ความครอบคลุมของสวัสดิการรักษายาบาล ได้แก่ สิทธิข้าราชการ ประกันสังคม และบัตรประกันสุขภาพ ครอบคลุมประชากรทั้งหมด ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้ง่ายขึ้น (Jantapong, 2020; Thairat online, 2020) อีกทั้งการยกระดับปฏิบัติการที่รวดเร็วและการสื่อสารเชิงรุกของศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) มีส่วนสำคัญทำให้ประชาชนมีความตื่นรู้ ตื่นตัวในการปฏิบัติตามคำแนะนำ การปรับตัวและความร่วมมือของทุกภาคส่วนส่งผลให้สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ในประเทศไทยไม่พบการติดเชื้อในประเทศติดต่อกัน 54 วัน ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก ประเทศไทย (WHO Thailand) ได้

แสดงความชื่นชมการรับมือภาวะวิกฤติโควิด-19 ของประเทศไทยที่มีรายงานผู้ติดเชื้อลดลง ส่วนหนึ่งมาจาก อาสาสมัครสาธารณสุข ของไทย จำนวน 1,040,000 คน ที่ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ให้ความรู้เรื่องสาธารณสุข การใช้ยา และการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 รวมถึงทำรายงานถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Village Health Volunteers, 2020)

อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นตัวแทนประชาชนผู้มีจิตอาสาภาคประชาชนที่เสียสละเข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติหน้าที่เป็นตัวแทนของหน่วยบริการในการจัดกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพ และดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อให้ประชาชนลดการพึ่งพาโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาโรงพยาบาล ช่วยลดความแออัดของโรงพยาบาล และช่วยผู้ป่วยลดภาวะแทรกซ้อน นอกจากนี้ อาสาสมัครสาธารณสุขยังเป็นกลไกขับเคลื่อนหลักในการควบคุมป้องกันการเกิดโรคระบาดในพื้นที่ เนื่องจาก อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นคนในพื้นที่ชุมชน มีความเข้าใจในบริบทของพื้นที่ จึงมีส่วนสำคัญในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดการดูแลสุขภาพของคนในชุมชน ดังนั้นในปี พ.ศ. 2562 รัฐบาลจึงมีนโยบายในการพัฒนาและยกระดับ อาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีความรอบรู้ทางสุขภาพ เพื่อเพิ่มศักยภาพการเป็นผู้นำทำหน้าที่เป็นจุดสกัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพของภาคประชาชนในพื้นที่คูขนานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญ คือ 1) เฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไม่ให้เกิดโรคในพื้นที่ 2) ส่งเสริมสุขภาพ ลดโรคเรื้อรัง ปัญหาสุขภาพจิต ยาเสพติดและอุบัติเหตุ 2) ถ่ายทอดความรู้ภูมิปัญญาไทย สมุนไพร และการใช้กัญชาทางการแพทย์ 3) การใช้เครื่องมือสื่อสารและแอปพลิเคชัน การคัดกรองประเมินสุขภาพ ร่วมทีมหมอครอบครัว (Telemedicine) 4) เป็นแกนนำเครือข่ายดูแลสุขภาพและจัดการปัญหาสุขภาพในครอบครัว ชุมชน รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย 5) เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลสุขภาพในพื้นที่ วางแผน แก้ไขปัญหา และรายงานผล (Department of Health Service Support, 2019) ทั้งนี้จากการดำเนินงานของกรมสนับสนุนบริการ

สุขภาพที่ผ่านมา ได้มีการประเมินความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุข ในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การป้องกันวันโรค การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ซึ่งได้มีการประเมินความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมแก่ อาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งนี้ยังขาดการประเมินความรอบรู้ของ อาสาสมัครสาธารณสุขในเรื่องการป้องกันการแพร่ระบาดของโควิด 19 ซึ่งเป็นโรคระบาดอุบัติใหม่ การประเมินความรอบรู้ในประเด็นดังกล่าวจึงมีความสำคัญ เพราะสามารถเชื่อมโยงไปถึงพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทั้งของอาสาสมัครสาธารณสุขเองของประชาชนในความรับผิดชอบของอาสาสมัครสาธารณสุข จากการศึกษาของจรนารถ ชูใจ ชลธิชา บุญศิริและ กมลพร แพทย์ชีพพบว่าทีมสุขภาพควรมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ ขยายผลในประชากรกลุ่มอื่นโดยประยุกต์ใช้โปรแกรมให้สอดคล้องกับความต้องการในบริบทด้านสุขภาพของ กลุ่มเป้าหมาย เช่น กลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอรวมทั้งผู้สูงอายุระดับการศึกษาต่ำและรายได้น้อย โดยสื่อสารข้อมูลทางสุขภาพด้วยภาษาที่เข้าถึงและเข้าใจง่าย พร้อมสร้างแรงจูงใจสู่การตัดสินใจทางสุขภาพที่เหมาะสมจนนำไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี (Choojai R, Chonticha Boonsiri Ch, and Patchep K., 2021)

จังหวัดนครศรีธรรมราช ประกอบด้วย 23 อำเภอ แบ่งออกเป็น 6 เขตบริการสุขภาพ มีอาสาสมัครสาธารณสุข 27,944 คน ในช่วงมีการระบาดของโรคโควิด-19 อาสาสมัครสาธารณสุขในเขตพื้นที่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้รับการมอบหมายให้เป็นเจ้าหน้าที่ควบคุมการระบาดโรคโดยจัดอัตรากำลังช่วยคัดกรองประชาชนในชุมชน ไปเยี่ยมประชาชนที่มีการเคลื่อนย้ายเข้ามาในพื้นที่ จัดทีมเยี่ยมผู้ป่วยโรคเรื้อรังและรับยาไปให้ผู้ป่วยที่บ้าน (Village Health Volunteers, 2020) ซึ่งการดำเนินกิจกรรมกิจกรรมต่างๆเหล่านี้ อาสาสมัครสาธารณสุขต้องมีความรอบรู้ทางสุขภาพ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อจากการสัมผัส

เชื้อโรคที่เหมาะสม ทั้งนี้ในภาวะการระบาดของโรคที่ยังคงดำเนินอยู่ ผู้วิจัยจึงเห็นความจำเป็นที่ต้องศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคระบาดโรคโควิด-19 ของ

อาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อปรับเปลี่ยนกระบวนการทัศนคติของ อาสาสมัครสาธารณสุขในการรับมือสถานการณ์การระบาดของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของ อาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดนครศรีธรรมราช

### การทบทวนวรรณกรรม

โรคโควิด -19 เป็นเชื้อไวรัสที่มีการกลายพันธุ์มาจากเชื้อไวรัสโคโรนา ที่กระเจ้านอกเป็นไขมัน จึงต้องอาศัยอยู่ในเซลล์เนื้อเยื่อหรือมีเมือกคลุมอยู่ ไม่สามารถอยู่เป็นอิสระ เช่น เสมหะ น้ำมูก น้ำลาย อุจจาระ ปัสสาวะ นอกจากนี้ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อหรืออาจจะสัมผัสกับเชื้อที่ออกมาจากสิ่งคัดหลั่งจากระบบหายใจของผู้ป่วยแล้วอาจจะนำเข้าสู่ร่างกายทางปาก จมูก ตา (อวัยวะที่มีเยื่อเมือก) โดยได้อยู่ในชุมชนที่มีผู้ป่วยอยู่ด้วยโดยไม่ระมัดระวังเพียงพอ หากมีการสัมผัสดังกล่าว ก็อาจเกิดการติดเชื้อตามมาและเป็นแหล่งแพร่เชื้อต่อไปได้ ผู้ติดเชื้อที่มีอาการน้อยคล้ายไข้หวัดใหญ่จะสามารถหายได้เองหลัง

พักฟื้น และดูแลตามอาการเพียงพอ ส่วนผู้ที่มีการรุนแรงมักเป็นผู้สูงอายุและผู้มีโรคหัวใจ โรคปอด เบาหวาน ภูมิต้านทานต่ำ หรือโรคประจำตัวอื่น ๆ ระยะฟักตัวของโรคตั้งแต่ 1-14 วัน (WHO, 2020)

ในช่วงสถานการณ์ระบาดของโควิด -19 อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) มีบทบาทอย่างมากในการรณรงค์การแพร่ระบาดตามแต่ละพื้นที่ต่างๆ แต่ด้วยโควิด -19 เป็นโรคอุบัติใหม่ อสม.จะต้องเตรียมความพร้อมในการให้บริการด้านสาธารณสุขตามบ้านแต่ละหลังในพื้นที่ที่ตนเองได้รับมอบหมาย

### ความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุข

ความรอบรู้ทางสุขภาพ คือ ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อประกอบการวิเคราะห์ ประเมิน และปฏิบัติการจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัวและชุมชน เพื่อสุขภาพดีองค์ประกอบของความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Education Division, 2018) ได้แก่

1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ (Access skill) หมายถึง การใช้ความสามารถในการเลือกแหล่งข้อมูล รู้วิธีการในการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน และตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งจนข้อมูลมีความน่าเชื่อถือ

2) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive skill) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับ แนวทางการปฏิบัติ

3) ทักษะการสื่อสาร (Communication skill) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารโดยการพูด อ่าน เขียน รวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจและยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตน

4) ทักษะการจัดการตนเอง (Self-management skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนด เป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติพร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติตามเป้าหมาย เพื่อมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง

5) ทักษะการตัดสินใจ (Decision skill) หมายถึง ความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/ หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติ โดยมีการใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการ

ปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง พร้อมแสดงทางเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

6) การรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) หมายถึง ความสามารถในการตรวจสอบความถูกต้อง ความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่สื่อ

### พฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด -19

แนวทางการปฏิบัติด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แนวทางการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อป้องกันและลดการแพร่เชื้อโควิด-19 ด้วย แนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุข เพื่อการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด-19 ในข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) ใช้หลักการ “ลด เสี่ยง ดูแล” ได้แก่

#### 1. ลดสัมผัส

1.1 ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่และน้ำ หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหาร หลังใช้ส้วม หรือหลังจากไอ จาม หรือหลังสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้ใช้งานร่วมกันในที่สาธารณะ เช่น กลอนหรือลูกบิดประตู ราวจับหรือราวบันได เป็นต้น

1.2 ลดการปนเปื้อนและแพร่กระจายเชื้อโรค โดยเฉพาะเมื่อไอหรือจาม ควรใช้ผ้า หรือกระดาษทิชชูปิดปาก จมูก แล้วนำไปทิ้งในถังขยะที่มีฝาปิด หากไม่มี ให้จามใส่ข้อศอก โดยยกแขนข้างใดข้างหนึ่งมาจับไหล่ตัวเองฝั่งตรงข้าม และยกมุมข้อศอกปิดปากและจมูกตนเองก่อน ไอ จามทุกครั้งเมื่อเจ็บป่วยให้ใช้หน้ากากอนามัย

#### 2. เลี่ยงจุดเสี่ยง

2.1 หลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เด็กและสตรีตั้งครรภ์หากจำเป็นให้ใส่หน้ากากตามความเหมาะสม เช่น หน้ากากผ้า

2.2 หลีกเลี่ยง หรืออยู่ห่างจากผู้ที่มีการไอ จาม และมีความเสี่ยงที่จะติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ อย่างน้อย 1-2 เมตร

2.3 หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูก โดยไม่จำเป็น

นำเสนอ และสามารถเปรียบเทียบวิธีการเลือกรับสื่อเพื่อหลีกเลี่ยงความเสี่ยงที่ อาจเกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการประเมินข้อดีข้อเสียเพื่อชี้แนะแนวทางให้กับชุมชนและสังคม

2.4 ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 70 ปี ผู้มีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคหัวใจโรคความดันโลหิตสูง โรคปอด และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้เสี่ยงการออกนอกบ้าน เว้นแต่จำเป็น ให้ออกนอกบ้านน้อยที่สุด ในระยะเวลาสั้นที่สุด

#### 3. ดูแลสุขภาพตนเองและสังคม

3.1 ดูแลตัวเองด้วยการเลือกทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ๆ ออกกำลังกายสม่ำเสมอและพักผ่อนให้เพียงพอ

3.2 หากเดินทางกลับจากประเทศหรือพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ควรกักตัวเองที่บ้าน 14 วัน และปฏิบัติตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข

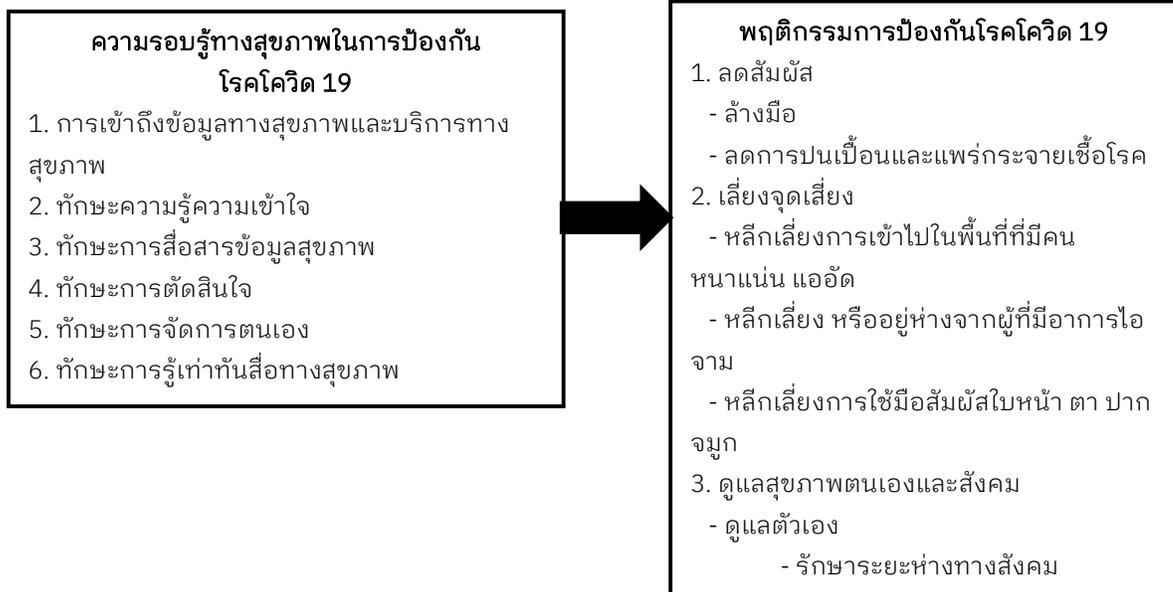
3.3 รักษาระยะห่างทางสังคม ด้วยการอยู่ที่บ้านหรือเลือกทำงานที่บ้าน หากออกนอกบ้านให้รักษาระยะห่างระหว่างบุคคลไม่น้อยกว่า 1 - 2 เมตร ในทุกที่ทุกเวลา

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ขอความร่วมมือประชาชนเคร่งครัดมาตรการ D-M-H-T-T-A อย่างต่อเนื่อง โดยเน้นสวมหน้ากาก 100% ล้างมือบ่อยๆ และเว้นระยะห่าง รวมถึงหลีกเลี่ยงการสัมผัสจุดเสี่ยงที่สัมผัสร่วมกันบ่อยๆ หากสัมผัสแล้วควรล้างมือด้วยน้ำ และสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์โดยเร็ว เพื่อป้องกันโรคโควิด 19 และเมื่อกลับถึงบ้านต้องทำความสะอาดร่างกายทันที เพื่อลดโอกาสการนำเชื้อเข้ามาติดต่อกับผู้อื่นในครอบครัว สำหรับมาตรการ D-M-H-T-T-A ได้แก่ D : Distancing เว้นระยะห่างระหว่างบุคคล หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น M : Mask wearing สวมหน้ากากผ้า หรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา H : Hand washing ล้างมือบ่อยๆ จัดให้มีจุดบริการเจล ล้างมืออย่างทั่วถึงเพียงพอ T : Temperature ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายก่อนเข้าใช้บริการ เพื่อคัด

กรองผู้ใช้บริการที่อาจไม่สบาย T : Testing  
ตรวจหาเชื้อโควิด 19 และ A : Application  
ติดตั้งและใช้แอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” และ

“หมอชนะ” ก่อนเข้า-ออกสถานที่ทุกครั้ง (Royal  
Thai Government, 2020)

### กรอบแนวคิดการวิจัย



### วิธีการดำเนินการวิจัย

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง** ประชากรคือ อาสาสมัครสาธารณสุข จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 23 อำเภอ รวมทั้งสิ้น 27,944 คน กลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์คัดเข้า เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ที่ขึ้นทะเบียน จังหวัดนครศรีธรรมราช และผ่านการอบรมตามหลักเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข มีความสมัครใจที่จะตอบแบบสอบถาม เกณฑ์คัดออกตอบแบบสอบถามไม่ครบทุกข้อ คำนวณขนาดตัวอย่างจากการใช้ตารางสำเร็จรูปของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างถึงใน The Public Health Region 11) ประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% และระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 383 คน ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple sampling) ตามโซน ดังนี้ โซนที่ 1 จำนวน อาสาสมัครสาธารณสุข 5,265 คน จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 73

คน โซนที่ 2 จำนวน อาสาสมัครสาธารณสุข 4,871 คน จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 66 คน โซนที่ 3 จำนวน อาสาสมัครสาธารณสุข 5,336 คน จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 74 คน โซนที่ 4 จำนวน อาสาสมัครสาธารณสุข 3,285 คน จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 45 คน โซนที่ 5 จำนวน อาสาสมัครสาธารณสุข 5,366 คน จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 73 คน และ โซนที่ 6 จำนวน อาสาสมัครสาธารณสุข 3,821 คน จำนวน กลุ่มตัวอย่าง 52 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 383 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1. ลักษณะส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อาสาสมัครสาธารณสุข ประสบการณ์ผ่านการอบรม เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ

2. แบบประเมินระดับความรอบรู้ทางสุขภาพตามบทบาทและสมรรถนะ อาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามมาจากหลักสูตรการฝึกอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขหมอบประจำบ้าน ปี พ.ศ. 2562 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health Service Support, 2020) ประกอบด้วย 6 ด้าน ด้านละ 6 ข้อวัดโดยใช้แบบประมาณค่า (rating scale) ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพ 2) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 3) ทักษะการตัดสินใจ 4) ทักษะการจัดการตนเอง และ 5) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อทางสุขภาพ

เกณฑ์การแปลความหมาย (Boonchom Srisaard, 2017)

- 1-6 คะแนน ความรอบรู้ในระดับน้อยที่สุด
- 7-12 คะแนน ความรอบรู้ในระดับน้อย
- 13-18 คะแนน ความรอบรู้ในระดับปานกลาง
- 19-24 คะแนน ความรอบรู้ในระดับมาก
- 25-30 คะแนน ความรอบรู้ในระดับมากที่สุด

สำหรับความรอบรู้ที่ 6) ทักษะความรู้ความเข้าใจ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบจำนวน 15 ข้อ โดยเลือกข้อที่เห็นว่าถูกต้องที่สุดเพียงข้อเดียว เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิด ไม่มีคะแนน

เกณฑ์การแปลความหมาย

- 0-3 คะแนน ความรู้ความเข้าใจในระดับน้อยที่สุด
- 4-6 คะแนน ความรู้ความเข้าใจในระดับน้อย
- 7-9 คะแนน ความรู้ความเข้าใจในระดับปานกลาง
- 10-12 คะแนน ความรู้ความเข้าใจในระดับมาก
- 13-15 คะแนน ความรู้ความเข้าใจในระดับมากที่สุด

3. แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข มีข้อคำถาม 15 ข้อ วัดโดยใช้แบบประมาณค่า (rating scale) มี 5 ระดับ

เกณฑ์การแปลความหมาย (Boonchom Srisaard, 2017)

- 1-25 คะแนน พฤติกรรมการป้องกันในระดับน้อยที่สุด
- 26-30 คะแนน พฤติกรรมการป้องกันในระดับน้อย
- 31-45 คะแนน พฤติกรรมการป้องกันในระดับปานกลาง
- 46-60 คะแนน พฤติกรรมการป้องกันในระดับมาก
- 61-75 คะแนน พฤติกรรมการป้องกันในระดับมากที่สุด

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปตรวจสอบความตรงของเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญการพยาบาลอนามัยชุมชน 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 ท่าน โดยตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาและการใช้ภาษาของเครื่องมือ

1.1 แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ด้าน จำนวน 30 ข้อ ประยุกต์แบบสอบถามมาจากหลักสูตรการฝึกอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขหมอบประจำบ้าน ปี พ.ศ. 2562 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health Service Support, 2020) ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .80

1.2 ความรอบรู้ด้านที่ 6 ทักษะความรู้ความเข้าใจ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบถูกผิดจำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยสร้างเองได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม (IOC : Index of item objective congruence) เท่ากับ .78

1.3 แบบประเมินพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยสร้างเองได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .86

2. การหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือการวิจัย (Reliability) ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบ จากผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ในการเก็บข้อมูลในกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงตัวอย่างจำนวน 30 คน

2.1. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 5 ด้าน จำนวน 30 ข้อ คำนวณค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .80

2.2 ความรอบรู้ด้านที่ 6 ทักษะความรู้ความเข้าใจ เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบถูกผิด จำนวน 15 ข้อ ความเชื่อมั่นแบบทดสอบ (KR-20) เท่ากับ .80

2.3 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 15 ข้อ คำนวณค่า สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .82

### ผลการวิจัย

1. อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.92 อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 39.18 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 79.64 สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.53 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. ร้อยละ 57.44 ประกอบอาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 46.52 รายได้อยู่ในช่วง 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 47.87 ระยะเวลาที่เป็นอสม. 11-20 ปี ร้อยละ 46.74 และเคยอบรมเรื่องโควิด-19 1-5 ครั้ง ร้อยละ 74.26

2. กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ทางด้านสุขภาพในแต่ละด้านโดยส่วนใหญ่ ดังนี้

3. เตรียมผู้ช่วยวิจัย ได้แก่ พยาบาล รพ.สต. เพื่อให้เข้าใจถึงแนวคิดของการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

**การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** การวิจัยครั้งนี้ผ่านการอนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัย โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช โครงการวิจัยที่ Ect-10/2564

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล** เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม ซึ่งเก็บโดยผู้ช่วยวิจัย คือ พยาบาลประจำ รพ.สต. ที่ผ่านการเตรียมการมาแล้ว ระยะเวลาในการทำวิจัย ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ - กันยายน 2564

**การวิเคราะห์ข้อมูล** นำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เนื่องจากความรอบรู้ทางสุขภาพถูกแบ่งเป็นระดับ มาตรฐานวัดตัวแปรเป็นกลุ่ม การวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ทักษะการจัดการตนเอง อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 94.26 ทักษะความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 72.06 ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 69.19 ทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 60.57 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 56.66 และทักษะการรู้เท่าทันสื่อทางสุขภาพ อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 54.05 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะความรู้ทางด้านสุขภาพ (n=383)

ระดับทักษะ	ปานกลาง		มาก		มากที่สุด		Mean	SD
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การจัดการตนเอง	0	0	22	5.74	361	94.26	4.94	.23
ความรู้ความเข้าใจ	14	3.66	93	24.28	276	72.06	4.68	.57
การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	0	0	118	30.81	265	69.19	4.69	.46
การตัดสินใจ	9	2.35	142	37.08	232	60.57	4.58	.54
การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและ	4	1.04	162	42.30	217	56.66	4.56	.52
บริการทางสุขภาพ								
การรู้เท่าทันสื่อทางสุขภาพ	12	3.13	164	42.82	207	54.05	4.51	.56

3. พฤติกรรมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 93.73 และมีพฤติกรรมในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระดับมาก ร้อยละ 6.27 โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.94 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานคือ .24

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 (n=383)

ระดับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	ความถี่	ร้อยละ
มาก	24	6.27
มากที่สุด	359	93.73
	Mean 4.94	S.D. .24

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพทั้ง 6 ด้าน กับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า ความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลทางบริการทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ความรู้ทางสุขภาพ ด้านทักษะความรู้ความเข้าใจ ไม่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

**ตารางที่ 3** แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

พฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาด	r	P
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลทางบริการทางสุขภาพ	.111*	.029
ทักษะความรู้ความเข้าใจ	.061	.236
ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	.224**	.000
ทักษะการตัดสินใจ	.219**	.000
ทักษะการจัดการตนเอง	.399**	.000
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อทางสุขภาพ	.197**	.000

\* = P-value  $p < .05$  \*\* = P-value  $p < .01$

**การอภิปรายผลการวิจัย**

**1. ระดับความรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข**

อสม. เป็นจิตอาสาทางสุขภาพที่เชื่อมระบบบริการสุขภาพกับคนในชุมชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้กำหนดความรู้ทางด้านสุขภาพของอสม.ไว้ 6 ทักษะด้วยกัน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อทางสุขภาพการจัดการตนเอง ซึ่งเป็นสมรรถนะที่อสม.จำเป็นต้องมีในการดูแลสุขภาพของชุมชน ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นโรคอุบัติใหม่และอสม.เป็นกลไกหลักในการเข้าถึงชุมชน เมื่อศึกษาระดับความรู้ทางสุขภาพ พบว่า โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากที่สุดในทุกทักษะ และระดับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุด (93.7) แสดงให้เห็นว่าความรู้ทางสุขภาพส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของอสม. สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ Bashirian S, Barati M, Jenabi E, Khazaei S, Karimi-Shahanjarini A, Zareian S, et al. (2020). พบว่า ความรู้เป็นการทำนายพฤติกรรมการป้องกัน COVID-19 ( $P < 0.001$ ) ของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของ Konsnan W, & Poum A., (2020) พบว่า อสม. ที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นจะทำให้

เกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ที่ระดับความรู้ต่ำที่มักแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพได้มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Almohammed OA, Aldwihi LA, Alragas AM, Almoteer AI, Gopalakrishnan S, & Alqahtani NM., (2021) และ Jitbantad W, Rueangphut P, Songlead D, Yok-in J, Rueangphut R, Thaicharoen W, et al., (2021) พบว่าความรู้และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันการแพร่เชื้อ หากละเลย อาจเป็นอันตรายต่อชีวิตของตนเอง และเป็นพาหะให้ผู้อื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Srisupak R, Ngampriam P, Loachai S, & Srisawangwong P., (2021) พบว่า ระดับความรู้ทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีส่งผลให้มีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปฏิบัติเป็นประจำ

**2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุข**

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ในและทักษะ พบว่า ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .01 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลทางบริการทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาจกล่าวได้ว่าเป็นทักษะที่สม.สามารถกระทำได้โดยง่ายด้วยตัวเอง และบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบต่อการดูแลสมาชิกในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Thianthavorn V, & Chitiang N., (2021) พบว่าทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ หรือการบอกต่อ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด 19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สอดคล้องกับการศึกษาของ Tuicharoen J, Wongprakhob N, Munsraket Kr,

### สรุป

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอสม.มี 6 ทักษะ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ การจัดการตนเอง และการรู้เท่าทันสื่อทางสุขภาพการจัดการตนเอง ผลจากการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างมีทักษะด้านต่างๆอยู่ในระดับมากที่สุด และมีทักษะด้านความรู้ความเข้าใจ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ และการตัดสินใจ สูงเป็น 3 ลำดับแรก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมากที่สุด ถึงร้อยละ 93.7 เมื่อนำมาหาค่า

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/อำเภอ ควรส่งเสริมและพัฒนาทักษะด้านการจัดการตนเอง การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อทางสุขภาพให้กับอสม. เพื่อนำไปใช้ในการดูแลตนเอง ครอบครัว

& Nimkratoke T. (2020). พบว่า การสร้างความเข้าใจ ช่วยป้องกันช่วยดูแลคนในชุมชน เป็นสิ่งสำคัญในการชะลอการแพร่ระบาดของโรคเพื่อป้องกันการระบาด การแพร่ระบาด และการยับยั้ง การแพร่เชื้อไวรัสโคโรนาในงานสาธารณสุขมูลฐาน ผู้ที่มีบทบาทสำคัญในชุมชนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน คนในชุมชน ที่มีในทุกพื้นที่จะเป็นกำลังสำคัญที่จะช่วยป้องกันการแพร่ระบาด การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ จะสามารถทำงานได้เร็วขึ้นส่งผลดีต่อระบบบริการสุขภาพ การบริการทางสังคม และทางเศรษฐกิจได้ดีขึ้น

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า มีความสัมพันธ์ดังนี้ ทักษะด้านการจัดการตนเอง การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และทักษะความรู้ความเข้าใจไม่สัมพันธ์กับรอบรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

และชุมชนในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

2. รพ.สต. ควรบูรณาการการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับลักษณะงานที่สม.รับผิดชอบในทุกมิติ เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการปฏิบัติงาน

### ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

ควรมีการพัฒนาชุดความรู้เกี่ยวกับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบวัดความรอบรู้ ด้านสุขภาพในประเด็นสุขภาพต่างๆ ที่

ตอบสนองการส่งเสริมสุขภาพในทุกมิติ และ นำมาใช้กับอสม. เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะใน การทำงาน

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้เก็บข้อมูลในช่วงการ ระบาดของโควิด-19 ซึ่งมีความยากในการเข้าถึง กลุ่มตัวอย่างทั้งจังหวัด ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณ ผู้ช่วยเก็บข้อมูลวิจัยในพื้นที่ที่เป็นพยาบาล วิชาชีพในรพ.สต.ทุกท่านที่เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ งานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี ขอขอบคุณสม.ที่ เสียสละเวลาตอบแบบสอบถาม หวังเป็นอย่าง

ยิ่งว่าผลของงานวิจัยจะเป็นข้อเสนอแนะในการ ส่งเสริมและพัฒนาความรู้ในการป้องกันการ แพร่ระบาดของโรคโควิด-19ของท่าน และ ขอขอบคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครศรีธรรมราช ที่ให้การสนับสนุนในการทำ วิจัย

## References

- Almohammed OA, Aldwihi LA, Alragas AM, Almoteer AI, Gopalakrishnan S, Alqahtani NM. (2021). Knowledge, Attitude, and Practices Associated With COVID-19 Among Healthcare Workers in Hospitals: A Cross-Sectional Study in Saudi Arabia. *Front Public Health*. 2021 Jul 23;9:643053. doi: 10.3389/fpubh.2021.643053. eCollection 2021.
- Bashirian S, Barati M, Jenabi E, Khazaei S, Karimi-Shahanjarini A, Zareian S, et al. (2020). Factors Associated with preventive behavior of COVID-19 among hospital staff in iran in 2020; an application of the protection motivation theory. *J Hosp Infect* 2020;105: 430-3. doi: 10.1016/j.jhin.2020.04.035. Epub 2020 Apr 28.
- Boonchom Srisaard. (2017). Preliminary research. (10th reprint). Bangkok: Suweeriyasasan.
- Choojai R, Chonticha Boonsiri Ch, and Patcheep K. (2021). Effects of a Health Literacy Enhancement Program for COVID-19 Prevention on Health Literacy and Prevention Behavior of COVID-19 among Village Health Volunteers in Don Tako Sub-district, Mueang District, Ratchaburi Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*. 2021; 8(1), 250-262
- Department of Disease Control. (2020). Situation and Supporting on COVID-19 Outbreak , Emergency Operation Center Department of Disease Control. Ministry of Public Health. Retrieved July 10, 2020, from <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/situation/situationno187080763>. pdf. (in Thai)
- Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2019). Manual for Staff at For Raising the Village Health Volunteers to be the Village Health Doctor. Nontaburi: Department of Health Service Support. (in Thai)
- Department of Health Service Support. (2017). Enhancement of knowledge in health from VHVs to VHVs, Bangkok: O-Wit (Thailand).
- Department of Mental Health. (2020). Online course: Taking care of the mind in COVID-19 crisis. Retrieved July 8, 2020, from <https://www.dmh.go.th/covid19/audio/> (in Thai)
- Health Education Division, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. (2018). Promoting Health Literacy and Health Behaviors. Nontaburi: Department of Health Service Support. (in Thai)
- Inter-Agency Standing Committee. (2020). Interim Briefing Note: ADDRESSING MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF COVID-19 OUTBREAK. Version 1.5. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. February. Retrieved July 10, 2020, from [https://interagencystandingcommittee.org/system/files/202003/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS\\_0.pdf](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/202003/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS_0.pdf).
- International Labour Organization. (2020). ILO Brief: COVID-19 employment and Labour market impact in Thailand. Retrieved July 10, 2020, from <http://www.un.or.th/wpcontent/uploads/2020/06/Impact-Assessment-of-COVID-19-on-employment-and-labour-market-in-Thailand-.pdf>.

- Jantapong, S., Tonghue T., Sukrueang, K. (2020). The COVID-19 Crisis and the Health Economics Perspective BANK of Thailand. Retrieved July 10, 2020, from [https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/articles/Pages/Article\\_07Jul2020.aspx#](https://www.bot.or.th/Thai/ResearchAndPublications/articles/Pages/Article_07Jul2020.aspx#) (in Thai)
- Jitbantad W, Rueangphut P, Songlead D, Yok-in J, Rueangphut R, Thaicharoen W, et al. (2021). Policy Recommendation for Primary Care Management among COVID-19 in the Public Health Region 11. Final report. Health Systems Research Institute (HSRI); Report No.: hs2752.
- Konsnan W, Poum A. (2020). Health Literacy Associated with Preventing and Controlling Behavior of Dengue Hemorrhagic Fever among Village Health Volunteers in Nong Yai Sub-district, Prasat District, Surin Province. *Journal of Health Science and Community Public Health* Vol. 3 No 1, January – June 2020. (in Thai)
- Lekfuangfu, N., Piyapromdee, S., Porapukham. P., & Vasee., N. (2020). When COVID-19 closes the city: the impact on Thai workers in dimensions supply-side. 7 April 2020: (pp1-12) Retrieved July 10, 2020, from [https://www.pier.or.th/wpcontent/uploads/2020/04/aBRIDGED\\_2020\\_007.pdf](https://www.pier.or.th/wpcontent/uploads/2020/04/aBRIDGED_2020_007.pdf). (in Thai)
- Ratchakitcha. (2020). Emergency situation announcement: According to the Emergency Management Act. Retrieved July 8, 2020, from [http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/A/024/T\\_0001.PDF](http://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2563/A/024/T_0001.PDF). (in Thai)
- Royal Thai Government. (2020). Announcements and stage order. Retrieved July 8, 2020, from <http://www.thaigov.go.th/news/contents/details/27963>. (in Thai)
- Srisupak R, Ngampriam P, Loachai S, Srisawangwong P. (2021). The Relationship between Health Literacy and Practice Prevention from COVID-19 of Elderly Case Study: Waeng Nang Sub-District, Maha Sarakham Province. *KKU Journal for Public Health Research, Vol.14* No.3 July–September 2021. (in Thai)
- Thairath Online. (2020). Anutin pushes the compensation of the VHV's. Compresses the hospital budget to enhance public health services. News: 1 June 2020. Retrieved July 10, 2020 from <https://www.thairath.co.th/news/local/1859074>. (in Thai)
- Thianthavorn V, Chitiang N. (2021). Relationship between Health Literacy and Behaviors to Prevent COVID-19 among University Students. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS. Vol.4*(3), 126-137. (in Thai)
- The Public Health Region 11. Calculate the sample size (Krejcie & Morgan). <https://hpc11.go.th/me-working-age/krejcie-morgan/index>
- Tuicharoen J, Wongprakhob N, Munsraket Kr, & Nimkratoke T. (2020). Management of the COVID-19 in Primary Health Care Settings. *Health Science Journal Boromarajonani College of Nursing Sanpasitthiprasong. 4*(3): 1-20. (in Thai)
- Village Health Volunteers. (2020). Volunteer powers. Ants work at the front line to fight covid, even WHO. Still can't help but appreciate it. NEWS VHV 15 April 2020. Retrieved July 7, 2020 from <http://www.xn--y3cri.com/contents/view/779>. (in Thai)
- World Health Organization1. (2020). Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. Retrieved July 11, 2020, from [https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/situationreports/20200711-COVID-19-sitrep173.pdf?sfvrsn=949920b4\\_2](https://www.who.int/docs/defaultsource/coronaviruse/situationreports/20200711-COVID-19-sitrep173.pdf?sfvrsn=949920b4_2). (in Thai)

## 11 แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการคว้าทุนอุดหนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกสถาบัน 11 Best Practices for Grabbing Research Grants from External Funding Sources

ประกฤต ประภาอินทรา<sup>1</sup> สมตระกูล ราศิริ<sup>1</sup> และพยงค์ เทพอักษร<sup>2</sup>

<sup>1</sup>วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์  
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

<sup>2</sup>วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์  
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Prakrit Prapha-inthara<sup>1</sup>, Somtakup Rasiri<sup>1</sup> and Phayong Thepakorn<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,  
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

<sup>2</sup> Sirindhorn College of Public Health, Trang Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences,  
Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

### บทนำ

มหาวิทยาลัยเป็นสถาบันอุดมศึกษาที่มีภารกิจและหน้าที่สำคัญประการหนึ่งนอกเหนือจากการผลิตบัณฑิต การบริการวิชาการ การทะนุบำรุงศิลปะและวัฒนธรรม คือการศึกษาวิจัย ซึ่งต้องสอดคล้องกับความต้องการและความจำเป็นของประเทศ เพื่อนำไปใช้ในการพัฒนาและแก้ปัญหาของประเทศได้อย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้เกิดความเจริญก้าวหน้าทางด้านเศรษฐกิจ สังคมของประเทศ และความเจริญงอกงามทางวิชาการ (Higher Education Act B.E. 2562, 2019) พระราชบัญญัติการอุดมศึกษา พ.ศ. 2562 ได้มีการกำหนดเจตนารมณ์ให้มหาวิทยาลัยเป็นกำลังสำคัญในการบุกเบิก แสวงหาความรู้ใหม่ วิจัยและพัฒนาสู่การสร้างนวัตกรรม ตลอดจนการนำผลงานวิจัยและนวัตกรรมของอาจารย์และนักวิจัยในมหาวิทยาลัยไปใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์ การพัฒนานโยบาย สังคม และชุมชน (Office of the Council of State, 2019) และที่สำคัญ คณะกรรมการการอุดมศึกษาได้กำหนดมาตรฐานตัวบ่งชี้ที่ 5.1 ข้อที่ 5 การกำกับติดตาม ส่งเสริม สนับสนุนให้ทุกหน่วยงานในสถาบันมีการจัดการความรู้ตามระบบ โดยสถาบันต้องมีการจัดการความรู้ (Knowledge Management: KM) ด้านการวิจัย และตัวบ่งชี้ที่ 2.1 ระบบและกลไก การพัฒนางานวิจัย สถาบันต้องมีการบริหารจัดการงานวิจัยที่มีคุณภาพ โดยมีแนวทางการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและมีกลไกส่งเสริมสนับสนุนอย่างครบถ้วน รวมถึงการสนับสนุนในการจัดหาทุนอุดหนุนการวิจัย (Office of the Higher Education Commission, 2017)

จากการบ่งชี้ความรู้ในกระบวนการจัดการความรู้ (KM Process) ภายใต้การกลั่นกรองและรับรองโดยคณะกรรมการบริหารคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก (สบช.) คณะทำงานการจัดการความรู้ระดับคณะและคณาจารย์ในสังกัดคณะได้ร่วมกันวิเคราะห์ระบุส่วนขาดของความรู้ที่ต้องการจำเป็นและสรุปมติว่า อาจารย์ในสังกัดคณะต้องมีแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการหาทุนอุดหนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกสถาบัน เพื่อให้อาจารย์ภายในคณะสามารถนำความรู้ที่ได้จาก KM ไปใช้เป็นประโยชน์แล้วก่อให้เกิดประสิทธิผลยิ่งขึ้นในการทำงาน นอกจากนี้ แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศเป็นสิ่งสนับสนุนที่สำคัญอย่างยิ่งแก่อาจารย์และนักวิจัยให้ทำงานแล้วสามารถประสบความสำเร็จซ้ำ ๆ (Kahn, Barczak, Nicholas, Ledwith, & Perks, 2012)

ในบทความนี้ ผู้เขียนจึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการคว้าทุนอุดหนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกสถาบัน โดยผู้เขียนได้พัฒนาความรู้ต่อยอดจากผลงานของตนเอง Prapha-inthara & Rasiri (2021) ที่ได้มาจาก KM ในระยะแรก พ.ศ. 2564 เรื่อง “10 แนวปฏิบัติที่ดีในการหาทุนอุดหนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกสถาบัน” อาจารย์ในมหาวิทยาลัย นักวิจัย และนวัตกรรมจะได้รับประโยชน์จากงานเขียนนี้ เกิดความเชื่อใจ การประสบความสำเร็จจากการทำงานว่า ตน (อาจารย์/นักวิจัย/นวัตกรรม) สามารถขอรับทุนสนับสนุนโครงการวิจัยและนวัตกรรมจากผู้ให้ทุนได้เป็นผลสำเร็จ และนำไปสู่การช่วยปรับกระบวนการทัศน์แก่นักวิจัยและนวัตกรรมต่อไป

## แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการคว่ำทุนอุดหนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกสถาบัน

แนวปฏิบัติที่เป็นเลิศได้มีการให้ความหมายว่า เทคนิค วิธีการ ขั้นตอนการทำงาน หรือกิจกรรมที่สามารถก่อให้เกิดประสิทธิผลมากกว่าเทคนิค วิธีการ ขั้นตอนการทำงาน หรือกิจกรรมอื่น ๆ ซึ่งทำให้องค์กรประสบความสำเร็จแล้วนำไปสู่ความเป็นเลิศตามเป้าหมายขององค์กร เป็นที่ยอมรับในวงวิชาการหรือวิชาชีพ และมีหลักฐานของความสำเร็จที่ปรากฏอย่างชัดเจน โดยมีการสรุปวิธีปฏิบัติหรือขั้นตอนการปฏิบัติ ตลอดจนความรู้และประสบการณ์ที่ได้บันทึกเป็นเอกสาร และเผยแพร่ให้หน่วยงานภายในหรือภายนอกสามารถนำไปใช้ประโยชน์ (Learning Research Institute, 2019; American Productivity and Quality Center, 1999; Camp, 1989)

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สบข. โดยคณะทำงานการจัดการความรู้ ได้ดำเนินการจัดการความรู้ โดยการใช้ KM process ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน (Wettayaprasit, 2020) ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การบ่งชี้ความรู้ ขั้นตอนที่ 2 การสร้างและแสวงหาความรู้ ด้วยวิธีการค้นคว้า แสวงหา เทียบเคียง และปรับปรุงความรู้ โดยนำเข้าความรู้ (Input Knowledge) เพื่อการปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สบข. และเพื่อการพัฒนาต่อยอดความรู้ ประกอบด้วย 1) รายงานการจัดการความรู้ ระดับ คณะ ของ Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat University (2018) เรื่อง การขออนุมนับสนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอก 2) บทสัมภาษณ์นักวิจัย 5 อันดับแรกที่ได้รับทุนสนับสนุนโครงการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอก มหาวิทยาลัยในวงเงินที่มากที่สุดของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ปี 2562 (Mae Fah Luang University, 2019) และ 3) บทความพิกัดเรื่อง “10 แนวปฏิบัติที่ดีในการหาทุนอุดหนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกสถาบัน” (Prapha-inthara & Rasiri, 2021) สู่การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดความรู้ระหว่างผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ผู้ทรงคุณวุฒิภายในคณะฯ ซึ่งมีทักษะและสั่งสม

ประสบการณ์ตรง อาจารย์และบุคลากรภายในคณะฯ เมื่อวันที่ 26-27 พฤษภาคม 2565 ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก (วสส.พิษณุโลก) และผ่านการประชุมวิดีโอทางไกลด้วยแอปพลิเคชัน Google Meet (Sirindhorn College of Public Health of Phitsanulok Province, 2022a, 2022b, 2022c) ขั้นตอนที่ 3 การจัดการความรู้ให้เป็นระบบ โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ซึ่งดำรงตำแหน่ง รองศาสตราจารย์ และมีคุณวุฒิปริญญาเอก จำนวน 1 คน และอาจารย์ในคณะฯ ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 2 คน ร่วมกันในการจัดหมวดหมู่ของความรู้ที่ได้จากขั้นตอนที่สองข้างต้นให้เป็นระบบ เมื่อวันที่ 26-27 พฤษภาคม 2565 ณ วสส.พิษณุโลก และผ่านการประชุมวิดีโอทางไกลด้วย แอปพลิเคชัน Google Meet (Sirindhorn College of Public Health of Phitsanulok Province, 2022a, 2022b, 2022c) ต่อจากนั้น คณะทำงานการจัดการความรู้ได้บรรจุความรู้ทั้งหมดที่ได้จากการจัดการความรู้ไว้ใน “คลังการจัดการความรู้ (KM Tank)” (Sirindhorn College of Public Health of Phitsanulok Province, 2022d) ขั้นตอนที่ 4 การประมวลและกลั่นกรองความรู้ โดยคณะกรรมการจัดการความรู้ อาจารย์และบุคลากรภายในคณะฯ ได้ประชุมร่วมกันประมวลแล้วกลั่นกรองความรู้ที่ได้จากขั้นตอนที่สองและสามข้างต้น เมื่อวันที่ 27 พฤษภาคม 2565 ณ วสส.พิษณุโลก และผ่านการประชุมวิดีโอทางไกลด้วยแอปพลิเคชัน Google Meet (Sirindhorn College of Public Health of Phitsanulok Province, 2022c) ขั้นตอนที่ 5 การเข้าถึงความรู้ ขั้นตอนที่ 6 การแบ่งปันแลกเปลี่ยนความรู้ และขั้นตอนสุดท้ายที่ 7 การเรียนรู้

ในส่วนของการक्रमความรู้แนวปฏิบัติของคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สบข. เป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศหรือไม่? คณะฯ ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนในการक्रमความรู้ คือ ผลการประเมินเชิงเปรียบเทียบ แนวปฏิบัติในการคว่ำทุนอุดหนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอก ระหว่างคณะสาธารณสุขศาสตร์ต่าง

มหาวิทยาลัยซึ่งถูกจัดอันดับ Top 2 ที่ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยในวงเงินที่มากที่สุดระดับประเทศ กับคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สบช. ผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก ซึ่งดำรงตำแหน่ง รองศาสตราจารย์ และมีคุณวุฒิปริญญาเอกโดยการ ใช้แบบประเมินแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศของ Learning Research Institute (2019) เมื่อวันที่ 26-27 พฤษภาคม 2565 พบว่าคะแนนรวมที่ได้จากการประเมินแนวปฏิบัติของคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สบช. เรื่องการคว่ำทุนอุดหนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอก มีค่าเท่ากับร้อยละ

86.36 ซึ่งคะแนนที่ได้มีค่าอยู่ในช่วงร้อยละ 81.82 ถึง 86.36 (ช่วงค่าคะแนนนี้ถูกอ้างอิงจากผลการประเมินแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศของคณะสาธารณสุขศาสตร์ต่างมหาวิทยาลัย ซึ่งถูกจัดอันดับ Top 2 ที่ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยในวงเงินที่มากที่สุดระดับประเทศ) ดังนั้น คณะทำงานการจัดการความรู้จึงได้สรุปว่า แนวปฏิบัติของคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สบช. เป็นแนวปฏิบัติที่เป็นเลิศในการคว่ำทุนอุดหนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกสถาบัน มีรายละเอียดดังนี้

### หาให้เจอ

1. สิ่งแรกที่อาจารย์และนักวิจัยต้องทำคือการหาแหล่งทุนวิจัยภายนอกสถาบัน ศึกษาประกาศ ข้อกำหนด ช่วงเวลาที่กำหนดส่งข้อเสนอรูปแบบการเขียนและแบบฟอร์มในการเสนอขอทุนตามที่แหล่งทุนวิจัยนั้น ๆ กำหนด

แหล่งที่ให้เงินทุนสำหรับการวิจัยมีอยู่เป็นจำนวนมากภายในประเทศ เช่น สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ซึ่งให้ทุนสนับสนุนในการทำวิจัย จำแนกตามประเภท คือทุนสนับสนุนงานพื้นฐาน (Fundamental Fund) และทุนสนับสนุนงานเชิงกลยุทธ์ (Strategic Fund) สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) สำนักงานพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (สวทช.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษา (สกอ.) สถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ มูลนิธิจิตเวชศาสตร์สงเคราะห์ มูลนิธิเทโรเพื่อการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ ประเทศไทย (Thailand

### เสนออัตลักษณ์ ประจักษ์แจ่มแจ้ง

2. อาจารย์และนักวิจัยจำเป็นต้องสมัครเป็นสมาชิกผู้ใช้งานเว็บไซต์ของแหล่งทุนวิจัย และที่สำคัญอย่างยิ่ง อาจารย์และนักวิจัยต้องลงทะเบียนและบันทึกข้อมูลประวัติของนักวิจัย (Researcher Profile) รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับประสบการณ์ที่สั่งสมและผลงานวิจัยที่ได้ทำ

Toray Science Foundation: TTFS) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานพัฒนาการวิจัยการเกษตร (องค์การมหาชน) (สวก.) ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา กรมควบคุมมลพิษ เครือข่ายองค์กรบริหารงานวิจัยแห่งชาติ (คอบช.) เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีแหล่งทุนวิจัยภายใต้ความร่วมมือทางวิชาการระหว่างประเทศไทยกับต่างประเทศอีกด้วย เช่น ทุนวิจัยภายใต้โครงการความร่วมมือไทย-เยอรมัน (NRCT-DFG) ทุนประเภทภาครัฐร่วมภาคเอกชน ภายใต้โครงการความร่วมมือทางวิชาการระหว่างไทย-ญี่ปุ่น (NRCT-JSPS) แหล่งทุนวิจัยเหล่านี้จะประกาศให้ทุนวิจัย โดยมีวัตถุประสงค์ที่สำคัญแตกต่างกันออกไป แต่การให้ทุนอยู่ในขอบเขตที่แหล่งทุนนั้นรับผิดชอบ แหล่งทุนวิจัยแต่ละแห่งจะประกาศแจ้งแก่นักวิจัยทราบในช่วงระยะเวลาที่ไม่ตรงกัน ฉะนั้น อาจารย์และนักวิจัยจำเป็นต้องติดตามความเคลื่อนไหวของข่าวประกาศเกี่ยวกับการเปิดรับข้อเสนอโครงการวิจัยบนเว็บไซต์ของแหล่งทุนวิจัยอย่างสม่ำเสมอ

สำเร็จในสาขาที่ผู้ให้ทุนต้องการอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ และเป็นปัจจุบันไว้ในฐานข้อมูลสารสนเทศดิจิทัลของแหล่งทุนวิจัย โดยเฉพาะฐานข้อมูลนักวิจัยที่สำคัญในประเทศไทย คือระบบข้อมูลสารสนเทศวิจัยและนวัตกรรมแห่งชาติ (National Research and Innovation

Information System: NRIIS) นอกจากนี้ อาจารย์และนักวิจัยน่าจะสร้าง Researcher profile ผ่าน Google Scholar และฐานข้อมูลนักวิจัยบนเว็บไซต์อื่น ๆ ที่อาจารย์และนักวิจัยตั้งเป้าหมายที่จะดึงดูดเงินงบประมาณมาเป็นทุนจากแหล่งทุนนั้น ๆ การสร้าง Researcher profile เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในการบ่งบอกถึงอัตลักษณ์นักวิจัย (Researcher Identity) ที่บ่งชี้ถึงความเชี่ยวชาญในศาสตร์ ประเภทของการวิจัย และประเด็นการวิจัยที่ตัวอาจารย์และนักวิจัยเองสนใจให้ปรากฏเป็นประจักษ์ และเป็นที่ยอมรับในวงกว้าง ไม่เพียงแต่ผลงานวิจัยเรื่องใหม่ เรื่องที่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์หรือมีความเป็น Originality ของ

### ติโจทย์วิจัย ให้รู้กระจ่าง

3. อาจารย์และนักวิจัยควรวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบระหว่างโครงการวิจัยของคนอื่นที่ได้รับทุนไปแล้ว กับโครงการวิจัยของอาจารย์และนักวิจัยเองที่จะเสนอขอทุนว่า ซ้ำกันหรือไม่ ส่งผลกระทบต่อวงวิชาการและสังคมวงกว้าง หรือสร้างความรู้ใหม่ซึ่งผู้ให้ทุนต้องการหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อทำ

### เลือกที่ใช้

4. อาจารย์และนักวิจัยจำเป็นต้องไตร่ตรองอย่างรอบคอบแล้วตัดสินใจเลือกแหล่งทุนวิจัยที่ตนเองจะขอ ทั้งนี้การเลือกแหล่งทุนขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ให้ทุนและความปรารถนาของตัวอาจารย์และนักวิจัยเอง ไม่ว่าจะในเรื่องคุณค่าของผลงานวิจัยกับวงเงินทุนที่ได้รับหรือความเป็นไปได้ในการทำวิจัยให้ประสบความสำเร็จ ตอบโจทย์วิจัยที่ผู้ให้ทุนต้องการได้

### มีที่ปรึกษา หาพันธมิตร

5. อาจารย์ที่มีประสบการณ์เคยได้รับทุนวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกและนักวิจัยรุ่นใหม่ควรมีที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญ และที่สำคัญอาจารย์ซึ่งเป็นนักวิจัยรุ่นใหม่จำเป็นต้องมีพี่เลี้ยงที่มีประสบการณ์ในการขอทุนจากแหล่งทุนวิจัยภายนอก นักวิจัยรุ่นใหม่จะมีโอกาสในการเรียนรู้จากนักวิจัยต้นแบบ โดยนักวิจัยต้นแบบจะถ่ายทอดประสบการณ์และคอยช่วยเหลือให้การสนับสนุนทุนวิจัย

6. อาจารย์และนักวิจัยจำเป็นต้องหานักวิจัยอื่นมาเป็นพันธมิตร (Research Alliance)

อาจารย์และนักวิจัยเองถูกเผยแพร่และนำไปใช้ประโยชน์ต่อวงวิชาการเท่านั้น ผู้ให้ทุนวิจัยยังสามารถเข้าถึงข้อมูล Researcher profile ของอาจารย์และนักวิจัยเพื่อการตรวจสอบคุณสมบัติคุณวุฒิปริญญาเอก ตำแหน่งทางวิชาการ (ประกอบด้วย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์) ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านของผู้ที่ขอทุนในกระบวนการพิจารณาจัดสรรทุนอีกด้วย ผลพลอยได้จากการสร้าง Researcher profile ที่มีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันสมัย คือ อาจารย์และนักวิจัยจะมีพันธมิตรเข้ามาสมทบเป็นสมาชิกใหม่ในทีมนักวิจัยและเครือข่ายนักวิจัย

ความเข้าใจให้ได้อย่างถ่องแท้ว่า ผู้ให้ทุนวิจัยนั้นต้องการคำตอบอะไร และเพื่อตัวอาจารย์และนักวิจัยเอง จะได้ประเมินตนเอง (Self-Assessment) ว่า จะสามารถทำวิจัยตอบโจทย์การวิจัยได้เป็นผลสำเร็จหรือไม่

ตรงตามกำหนด หากอาจารย์และนักวิจัยต้องการสร้างและพัฒนาตนเองให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา นำผลงานวิจัยไปใช้ในการประกอบงานเขียนตำรา หนังสือวิชาการ และยื่นขอตำแหน่งทางวิชาการ อาจารย์และนักวิจัยควรเขียนเป็นชุดโครงการวิจัย (Research Program) และขอทุนจากแหล่งทุนอื่นเข้ามาสมทบ

และสร้างเครือข่ายหรือทีมวิจัย (Researchers Network or Team) ที่ชำนาญในศาสตร์ที่ตนเองสนใจ และ/หรือมุ่งสร้างความเชี่ยวชาญในสาขาเฉพาะ โดยควรมีสมาชิกของทีมวิจัยเป็นนักวิจัยที่มีชื่อเสียงในสาขาที่จะขอทุน ตลอดทั้งมีคุณวุฒิเป็น ดร. และ/หรือดำรงตำแหน่งศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ผลพลอยได้จากการมีเครือข่ายแล้วจับมือรวมกลุ่มกันเป็นทีมทำงานวิจัย คือนักวิจัยที่เชี่ยวชาญสามารถวิจารณ์โครงการวิจัยและให้คำแนะนำในการปรับปรุงแก้ไขโครงการวิจัย ก่อนจะส่งไปขอทุน

กับแหล่งทุนภายนอกสถาบัน และที่สำคัญ สมาชิกภายในที่มนักวิจัยจะดึงดูดงบประมาณเป็นทุนเพื่อสนับสนุนในการวิจัย ไม่ว่าจะทุนอุดหนุนวิจัยจากหน่วยงานอื่นภายในจังหวัด เขตสุขภาพ แหล่งทุน

### เป็นนักวิจัยร่วม

7. อาจารย์และนักวิจัยรุ่นใหม่จำเป็นต้องเป็นผู้วิจัยร่วม (Co-investigator) โดยทำงานวิจัยในศาสตร์ที่ตนเองสนใจ ร่วมกับนักวิจัยหลักทั้งในและต่างประเทศ นอกเหนือจากอาจารย์และนักวิจัยจะได้รับทุนบางส่วนมาสนับสนุนในการทำวิจัยแล้ว อาจารย์และนักวิจัยรุ่นใหม่ยังได้เรียนรู้โดยการลงมือปฏิบัติ (Learning by Doing) จนเกิดประสบการณ์ตรงในเรื่องระเบียบวิธีวิจัย การแก้ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานวิจัย การเขียน

### ลงมือเขียน

8. อาจารย์และนักวิจัยจำเป็นต้องเขียนข้อเสนอโครงการวิจัยตามแบบฟอร์มที่แหล่งทุนกำหนดอย่างเคร่งครัด กรอกข้อมูลที่มีความกระชับ ได้ใจความ และครบถ้วน แหล่งผู้ให้ทุนบางแห่งกำหนดให้ผู้ขอทุนต้องส่งเอกสารแบบฟอร์มหลายฉบับ ฉะนั้น อาจารย์และนักวิจัยต้องตรวจสอบความสอดคล้องตรงกันของข้อมูลตลอดจนพิสูจน์อักษรให้ถูกต้อง ทั้งนี้เพื่อให้แบบเสนอโครงการวิจัยของอาจารย์/นักวิจัยเองมี

### กระดาษหนึ่งใบ เข้าใจทั้งโครงการ

9. สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งคือ อาจารย์ที่เป็นหัวหน้าโครงการวิจัย (Principal Investigator: PI) ควรร่วมมือกับผู้วิจัยร่วมเขียนสรุปข้อเสนอโครงการวิจัยฉบับย่อให้ได้สาระสำคัญที่กระชับลงบนกระดาษหนึ่งหน้า (One-page Summary for

### ส่งตรงเวลา ถูกแหล่งทุน

10. อาจารย์ที่เป็นหัวหน้าโครงการวิจัยต้องส่งแบบเสนอโครงการวิจัยแก่ผู้ให้ทุนถูกแหล่งทุนเป้าหมายที่ตนได้เลือกไว้ให้ทันเวลาที่กำหนดตามประกาศ หัวหน้าโครงการวิจัยควรโทรศัพท์ติดต่อ เพื่อประสานงานกับผู้ที่ได้รับผิดชอบของแหล่งทุนโดยตรง ทั้งในเรื่องการส่งและการได้รับแบบเสนอโครงการวิจัย นอกจากนี้ หัวหน้าโครงการวิจัยต้องโทรศัพท์

วิจัยในระดับชาติ หรือแหล่งทุนวิจัยจากต่างประเทศ นอกจากนี้ สมาชิกของทีมวิจัยยังช่วยพัฒนาคุณภาพของงานวิจัยให้สูงยิ่งขึ้นอีกด้วย

รายงานวิจัย บทความวิจัยฉบับต้นร่าง การพัฒนางานเขียนให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นเพื่อการตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่มีคุณภาพระดับนานาชาติและระดับชาติ และการนำไปใช้ประโยชน์ในเชิงพาณิชย์ตามขอบเขตของงาน (Term of Reference: TOR) ที่ผู้ว่าจ้างได้กำหนดไว้ และที่สำคัญ อาจารย์และนักวิจัยรุ่นใหม่ยังได้เรียนรู้เพื่อเสริมทักษะด้านการบริหารจัดการโครงการวิจัยอีกด้วย

ความน่าเชื่อถือ นอกจากนี้ อาจารย์และนักวิจัยควรกำหนดวงเงินทำวิจัยที่มีความคุ้มค่าเหมาะสม หลังจากได้ประเมินความคุ้มค่าของงานวิจัยในขั้นเบื้องต้นด้วยตัวอาจารย์/นักวิจัยเอง และที่สำคัญ อาจารย์และนักวิจัยต้องเขียนรายละเอียดงบประมาณการวิจัยให้ถูกต้อง ตรงตามระเบียบและหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินงบประมาณวิจัยของแหล่งทุนนั้น ๆ กำหนด

a Research Proposal) เพื่อให้คณะกรรมการและผู้ทรงคุณวุฒิของแหล่งทุนใช้จ่ายเวลาไม่มากในการอ่านและทำความเข้าใจโดยรวมได้ง่ายในตัวโครงการวิจัย

เพื่อติดตามความคืบหน้ากับผู้รับผิดชอบของแหล่งทุนในเรื่องผลของการพิจารณาทุนแก่โครงการวิจัยของตน อนึ่ง การส่งแบบเสนอโครงการวิจัยควรทำเป็นเรื่องลับ ไม่เปิดเผยก่อนโครงการได้รับอนุมัติจัดสรรทุน ทั้งนี้เพื่อป้องกันคนอื่นคัดลอกโครงการวิจัย หรือนำแนวความคิดไปเขียนเป็นโครงการวิจัยของเขาเอง

### บริหารแบบมีอาชีพ

11. เมื่อคณะนักวิจัยได้รับทุนอุดหนุนวิจัยไปแล้ว หัวหน้าโครงการวิจัยและสมาชิกของทีมวิจัยจำเป็นต้องดำเนินการตามสัญญารับทุน

### บทสรุป

แนวปฏิบัติที่สำคัญซึ่งนำไปสู่ความสำเร็จในการคว่ำทุนอุดหนุนการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกสถาบัน สรุปได้ดังนี้ อาจารย์และนักวิจัยจำเป็นต้องนำเสนออัตลักษณ์นักวิจัยที่ผู้ให้ทุนและนักวิจัยอื่นทั่วโลกสามารถเข้าถึงข้อมูล โปรไฟล์ความเชี่ยวชาญที่ถูกส่งสมและผลงานวิจัยของตัวอาจารย์และนักวิจัยเองได้ง่าย สร้างเครือข่ายนักวิจัยและทีมวิจัยที่ชำนาญในศาสตร์ที่ตนเองสนใจ โดยมีสมาชิกของทีมวิจัยเป็นนักวิจัยที่มีชื่อเสียงในสาขาที่จะขอทุน ผลพลอยได้จากการมีเครือข่ายนักวิจัยแล้วจับมือรวมกลุ่มกันเป็นทีมทำงานวิจัยคือ สมาชิกในเครือข่าย/ทีมนักวิจัยจะดึงดูดงบประมาณเป็นทุนสนับสนุนการวิจัย ไม่ว่าจะทุนอุดหนุนการวิจัยจากหน่วยงานอื่นภายในจังหวัด เขตสุขภาพ แหล่งทุนวิจัยในระดับชาติหรือแหล่งทุนวิจัยจากต่างประเทศ ที่สำคัญสมาชิกของทีมนักวิจัยยังช่วยพัฒนางานวิจัยให้มีคุณภาพยิ่งขึ้นอีกด้วย ทีมนักวิจัยต้องศึกษาประกาศ ข้อกำหนด ช่วงวันที่กำหนดส่งข้อเสนอรูปแบบการเขียนและแบบฟอร์มในการเสนอขอทุนวิจัย ตลอดจนวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบระหว่างโครงการวิจัยของคนอื่นที่ได้รับทุนไปแล้ว

และ TOR ให้เสร็จและบรรลุเป็นผลสำเร็จ ทั้งนี้เพื่อสร้างและส่งเสริมความเชื่อถือได้แก่ผู้ให้ทุนในเรื่องทักษะด้านการบริหารจัดการโครงการวิจัย

กับโครงการวิจัยที่ทีมนักวิจัยจะเสนอขอว่า ชำกั นหรือไม่ ส่งผลกระทบต่อวงวิชาการ สังคมวงกว้างหรือสร้างความรู้ใหม่ซึ่งผู้ให้ทุนต้องการหรือไม่ ตลอดจนกำหนดวงเงินทำวิจัยที่มีความคุ้มค่าเหมาะสม นอกจากนี้ เมื่อคณะนักวิจัยได้รับทุนอุดหนุนวิจัยไปแล้ว หัวหน้าโครงการวิจัยและสมาชิกของทีมวิจัยต้องดำเนินการตามสัญญารับทุนและ TOR ให้บรรลุเป็นผลสำเร็จ ทั้งนี้เพื่อการสร้างความเชื่อถือได้และสร้างเสริมอัตลักษณ์นักวิจัยให้มีความเด่นยิ่งขึ้นแก่ผู้ที่ได้ให้ทุนและแหล่งทุนวิจัยอื่น ๆ ที่อาจารย์และนักวิจัยเองคาดว่าจะขอรับวิจัยในอนาคต แนวปฏิบัติที่ได้จากการจัดการความรู้นี้เป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยเพิ่มพูนความรู้และพัฒนาทักษะแก่อาจารย์และนักวิจัยในมหาวิทยาลัยให้สามารถหาและของบประมาณการวิจัยจากแหล่งทุนภายนอกจนประสบความสำเร็จ และท้ายสุด แนวปฏิบัตินี้ไม่เพียงเป็นประโยชน์แก่นักวิจัยรุ่นใหม่และอาจารย์ในมหาวิทยาลัยเท่านั้น แต่บุคลากรในสถาบันอุดมศึกษาอื่นและสถาบันวิจัยก็สามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์ได้อีกด้วย

## References

- American Productivity and Quality Center. (1999). *What is benchmarking*. Retrieved from [www.apcq.com](http://www.apcq.com)
- Camp, R. (1989). *Benchmarking: The search for industry best practices that lead to superior performance*. Wisconsin: ASQ Quality Press.
- Higher Education Act B.E. 2562. Government Gazette. 136(57a.) 1 May 2019: 54-78. (In Thai)
- Kahn, K. B., Barczak, G., Nicholas, J., Ledwith, A. & Perks, H. (2012). An examination of new product development best practice. *Journal of Product Innovation Management*, 29(2), 180-192.
- Learning Research Institute. (2019). *Handbook on the best practices accreditation system*. Bangkok: Learning Research Institute. (In Thai)
- Mae Fah Luang University. (2019). *Interview dialogues of top 5 researchers within Mae Fah Luang University who received research funds from external funding sources in the budgetary year 2019*. Chiang Rai: Research and Innovation Institute, Mae Fah Luang University. (In Thai)
- Office of the Council of State. (2019). *The purposes of Higher Education Act B.E. 2562*. Bangkok: Education and Cultural Law Division, Office of the Council of State. (In Thai)
- Office of the Higher Education Commission. (2017). *Manual for the internal quality assurance for higher education institutions* (3<sup>rd</sup> ed.). Bangkok: Internal Quality Assurance Committee at the Level of Higher Education Institution, Higher Education Commission. (In Thai)
- Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat University. (2018). *Knowledge management of applying external research grants*. Phranakhon Si Ayutthaya: Faculty of Humanities and Social Sciences, Phranakhon Si Ayutthaya Rajabhat University. (In Thai)
- Prapha-inthara, P. and Rasiri, S. (2021). The ten good practices of seeking research funds from external funding sources, *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 4(2), 237-241. Retrieved from <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/tjph/article/view/252923/172049> (In Thai)
- Sirindhorn College of Public Health of Phitsanulok Province. (2022a, May 26). *Live talk and the First Knowledge Management Forum (in the morning sector): Best practices of seeking research funds from external funding sources* [Video]. Retrieved from [https://drive.google.com/file/d/1o-d\\_M7ZceborjokYJ1\\_B6scenVAtr98P/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1o-d_M7ZceborjokYJ1_B6scenVAtr98P/view?usp=sharing)
- Sirindhorn College of Public Health of Phitsanulok Province. (2022b, May 26). *Live talk and the First Knowledge Management Forum (in the afternoon sector): Best practices of seeking research funds from external funding sources* [Video]. Retrieved from <https://drive.google.com/file/d/1ylxH3Ts93n0AOTOIJVLIQIONRfjz-9LBP/view?usp=sharing>
- Sirindhorn College of Public Health of Phitsanulok Province. (2022c, May 27). *Live talk and the Second Knowledge Management Forum: Best practices of seeking research funds from external funding sources* [Video]. Retrieved from <https://drive.google.com/file/d/1KKeVDDTxoXwf5ESWjyuHGA123YtDhQcz/view?usp=sharing>
- Sirindhorn College of Public Health of Phitsanulok Province. (2022d). *KM Tank of PI Fact. of PHAS*. Retrieved from [https://drive.google.com/drive/folders/1Tp-WNcqfHUgXniZ17\\_R8\\_MeVj2BINy5P](https://drive.google.com/drive/folders/1Tp-WNcqfHUgXniZ17_R8_MeVj2BINy5P)
- Wettayaprasit, W. (2020). *Knowledge management*. Songkla: Department of Computer Science, Faculty of Science, Prince of Songkla University. (In Thai)

## คำแนะนำการส่งบทความ

### คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร

### ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Article) ภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัย (Research article) ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรองและลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ (Review article) บทความพิเศษ และปกิณกะ
4. บทความวิจารณ์หนังสือ (Book review)
5. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
6. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ จำนวน 2,500 บาท

### การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 แบบอักษรใช้ IBM Plex Sans Thai Looped Light (ในตารางขนาด 9) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 30 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกชิดขอบขวา ขนาดอักษร 12
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 8 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกถ่าย และสถานที่ทำงาน พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 8 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกถ่ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 10
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
  - บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
  - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
    - บทนำ
    - วัตถุประสงค์
    - สมมติฐาน (ถ้ามี)
    - กรอบแนวคิดการวิจัย(ถ้ามี)
    - ระเบียบวิธีวิจัย

- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
  - เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
  - การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
  - การเก็บรวบรวมข้อมูล
  - การวิเคราะห์ข้อมูล
  - จริยธรรมวิจัย
  - ผลการวิจัย
  - อภิปรายผล
  - การนำผลการวิจัยไปใช้
  - ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
  - บรรณานุกรม
9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย
- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
  - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
  - บทนำ
  - เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ความต้องการนำเสนอตามลำดับ
  - บทสรุป
  - ข้อเสนอแนะ
  - บรรณานุกรม

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6<sup>th</sup>Edition โดย ศึกษา รายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://lumenjournals.com/wp-content/uploads/2017/08/APA6thEdition.pdf> และ <http://www.journalclinicpsy.org/index.files/APA6th.pdf>

### ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. การอ้างอิงในเนื้อหา ใช้ระบบนาม- ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ และผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Thepaksorn, 2018)

(Thepaksorn, Daniell & Thetkatheuk, 2018)

(Thepaksorn, Koizumi, Neitzel, Pongpanich, Siriwong , Keifer et al, 2018)

2. การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม- ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“ปัจจัยสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ คือการพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้” (Tanasugarn, 2018)

3. การอ้างอิงท้ายบทความ

3.1 บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” สำหรับบทความ หนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Yuychim, P., Niratharadorn, M., Sirimpunkul, P., Buaboon, N. (2018). Effects of a Family Participation

Program in Managing Drug Managing Drug Use Behaviors among Older Adults with Chronic Disease in Phun Phin Community. Journal of Public Health, 48(1): 44-53.

Thepaksorn, P., Fadrihan-Camacho, V. & Siriwong, W. (2017). Respiratory symptoms and ventilatory function defects among Para rubber wood sawmill workers in the South of Thailand. *Human and Ecological Risk Assessment: An International*, 23(4):788-797.

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N. & Hyun, H. H. (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

### 3.2 ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013) *Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

### 3.3 การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). "Information and Documentation. In Potter, A.P., Perry, G.A., Stockert, A.P. & Hall, A." *Basic Nursing Challenge*. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

### 3.4 การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Chen, M.W., Santos, H.M., Que, D.E., Gou, Y.Y., Tayo, L.L., Hsu, Y.C. (2018). Association between Organochlorine Pesticide Levels in Breast Milk and Their Effects on Female Reproduction in a Taiwanese Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Retrieved 3, 2018 from <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/5/931>.

### 3.5 วิทยานิพนธ์

Hom, K. E. (2018). Association of Air Pollution with Longitudinal Changes in Arterial Stiffness and Correlated of Longitudinal Changes in Arterial Stiffness in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctoral of Philosophy, University of Washington.

### การส่งบทความ

ต้นฉบับผลงานวิจัยและหนังสือรับรองบทความ/ผลงานวิจัยต้องส่งในระบบ online ถึงบรรณาธิการวารสารที่ <https://www.tci-thaijo.org/> หรือ <http://journal.scphtrang.ac.th/> หรือ [tjph-editor@scphtrang.ac.th](mailto:tjph-editor@scphtrang.ac.th)

### สอบถามข้อมูลได้ที่

ผศ.ดร.พยงค์ เทพอักษร (บรรณาธิการ)

สำนักงานวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ตู้ ปณ. 174 ปทจ.ตรัง 92000

Tel. 088-7531547

[tjph-editor@scphtrang.ac.th](mailto:tjph-editor@scphtrang.ac.th)

**จริยธรรมการตีพิมพ์ (Publication Ethics)  
ของวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ  
(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS)**

(ปรับปรุง 3 ตุลาคม 2564)

หน้าที่และความรับผิดชอบของ ผู้เขียนบทความ หรือ ผู้นิพนธ์ บรรณาธิการ และ ผู้ประเมินบทความ ของวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) เป็นไปตามมาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการตีพิมพ์ (COPE) และมาตรฐานทางจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมการตีพิมพ์ (COPE Code of Conduct)

**1. บทบาทและหน้าที่ของผู้เขียนบทความ หรือ ผู้นิพนธ์ (Duties of Authors) หรือ ผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding Author)**

- 1.1 ผู้เขียนบทความต้องรับรองว่าผลงานที่เขียนขึ้นได้มาจากข้อเท็จจริงจากการศึกษาและการวิจัย ไม่ได้บิดเบือนข้อมูล และไม่มีข้อมูลที่เป็นเท็จ สามารถร้องขอ หรือ ตรวจสอบได้หากมีประเด็นหรือข้อมูลที่สงสัย
- 1.2 ผลงานของผู้เขียนบทความต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ใดมาก่อน หากมีการตรวจสอบพบระหว่างการดำเนินการ (Submission) หรือ ดำเนินการตีพิมพ์เผยแพร่ไปแล้ว (Accepted) จะมีการถอดถอนบทความจากการดำเนินการหรือการตีพิมพ์
- 1.3 ผู้เขียนบทความต้องไม่คัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมา นำเสนอหรืออ้างอิงในเนื้อหาของบทความของตนเอง ตามหลักวิชาการและอ้างอิงตามข้อกำหนดของวารสาร
- 1.4 ในกรณีที่วารสารรับทราบว่าคุณเขียนบทความคัดลอกผลงาน หรือนำส่งผลงานซ้อนกับวารสารฉบับอื่นหรือผลงานอื่นๆที่เคยถูกตีพิมพ์มาก่อน วารสารขอสงวน ยกเลิกและถอดถอนบทความดังกล่าว พร้อมดำเนินการแจ้งผู้เกี่ยวข้องและ/หรือหน่วยงานต้นสังกัดของผู้เขียนบทความ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจหรือ ผลพิจารณาของบรรณาธิการ
- 1.5 ผู้เขียนบทความพิจารณาและรับรองความเกี่ยวข้องกันกับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และ/หรือ จริยธรรมการวิจัยด้านอื่นๆสำหรับงานวิจัยของตน
- 1.6 ผู้เขียนบทความควรแจ้งให้อ่านทราบเกี่ยวกับผู้ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยและบทบาทของผู้ให้ทุนวิจัยในการทำวิจัยนั้นๆ

**2. บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการวารสาร (Duties of Editor)**

- 2.1 บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาและตรวจสอบบทความที่ส่งมาเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์กับวารสารทุกบทความโดยพิจารณาเนื้อหาของบทความที่สอดคล้องกับเป้าหมายและขอบเขตของวารสาร รวมถึงการตรวจสอบ คัดกรองบทความ และระเบียบวิธีวิจัยที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ด้วยหลักการทางวิชาการ ตลอดจนคุณภาพบทความในกระบวนการประเมินและคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์
- 2.2 บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการและวิจัยในการพิจารณาบทความทุกครั้งโดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความ และผู้เขียนบทความในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้เขียนบทความ
- 2.3 บรรณาธิการต้องให้ข้อเสนอแนะให้เกิดความกระจ่าง ตามความประสงค์ของผู้อ่านและผู้นิพนธ์สนับสนุนอิสระทางวิชาการในการแสดงความคิดเห็นบทความวิจัย
- 2.4 บรรณาธิการมีหน้าที่ดำเนินงานวารสารให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของวารสาร ปรับปรุง และพัฒนาวารสารให้ได้มาตรฐานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ปรับปรุงตรวจสอบ ควบคุมและรับฟังคำชี้แนะจากกองบรรณาธิการ เพื่อพัฒนาวารสารอย่างสม่ำเสมอ คงไว้ซึ่งความถูกต้องของผลงานทางวิชาการและมาตรฐานการตีพิมพ์ของกองบรรณาธิการวารสาร รับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์

- 2.5 ในระหว่างการประเมินบทความ บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนบทความและผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้อง
- 2.6 บรรณาธิการทำหน้าที่ประสานงานและดำเนินการจัดประชุมกองบรรณาธิการอย่างสม่ำเสมอ
- 2.7 บรรณาธิการรักษามาตรฐานการตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการและวิจัยตามข้อกำหนดของวารสารและมาตรฐานสากล
- 2.8 บรรณาธิการไม่ตีพิมพ์บทความในวารสารเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest)

### 3. หน้าที่ของบรรณาธิการต่อผู้เขียนบทความ หรือ ผู้นิพนธ์

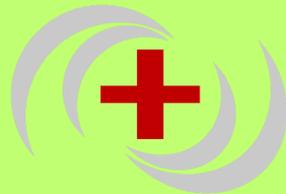
- 3.1 บรรณาธิการดำเนินการทุกอย่างเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของบทความที่ตีพิมพ์ เพื่อรับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ตีพิมพ์
- 3.2 การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการยอมรับหรือปฏิเสธบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์นั้น ขึ้นอยู่กับความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสำคัญ ความใหม่ ความทันสมัย และความชัดเจนของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ
- 3.3 บรรณาธิการมีการชี้แจงหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบประเมินบทความ (peer review) ตามข้อกำหนดของวารสารและคำแนะนำการส่งบทความ
- 3.4 วารสารมีช่องทางให้ผู้นิพนธ์อุทธรณ์ได้หากผู้นิพนธ์มีความคิดเห็นแตกต่างจากการตัดสินใจของบรรณาธิการ
- 3.5 จัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้นิพนธ์ในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง ในทุกเรื่อง que ผู้นิพนธ์ควรรับทราบพร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย
- 3.6 บรรณาธิการไม่เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการตอบรับบทความที่ถูกปฏิเสธการตีพิมพ์ไปแล้ว ยกเว้นมีปัญหาร้ายแรงเกิดขึ้นในระหว่างการส่งบทความมารับการพิจารณาและคำนึงถึงจริยธรรมการตีพิมพ์อย่างเคร่งครัด
- 3.7 พิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความและส่งบทความให้ผู้พิจารณาบทความโดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาบทความ (Double-blind)

### 4. หน้าที่ของบรรณาธิการต่อผู้ประเมินบทความ

- 4.1 ควรจัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้ประเมินบทความในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง และควรมีการปรับปรุงคำแนะนำให้ทันสมัยอยู่เสมอ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย
- 4.2 บรรณาธิการควรมีระบบที่ปกป้องข้อมูลส่วนตัวของผู้ประเมินบทความ

### 5. บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ (Duties of Reviewers)

- 5.1 ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพบทความเป็นหลัก พิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ และการวิจัยโดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนบทความ
- 5.2 ผู้ประเมินบทความต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนบทความหรือเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นอย่างเป็นอิสระได้ โดยผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการวารสารทราบและปฏิเสธการประเมินบทความนั้น
- 5.3 ผู้ประเมินบทความต้องประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ โดยพิจารณาจากคุณภาพของบทความเป็นสิ่งสำคัญไม่ใช่ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลทางวิชาการและวิจัยรองรับ มาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ
- 5.4 หากผู้ประเมินบทความพบว่าบทความที่ประเมินมีส่วนหนึ่งส่วนใดที่มีความเหมือนหรือความซ้ำซ้อนกับบทความหรือ ผลงานอื่น ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย
- 5.5 ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาการประเมินบทความตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารกำหนด รวมถึงไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องได้รู้



**TJP HS**  
THAI JOURNAL  
OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH SCIENCES



คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์  
สถาบันพระบรมราชชนก

## CONTACT



075-291540-2



[tjph-editor@scphtrang.ac.th](mailto:tjph-editor@scphtrang.ac.th)