



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 (2021)
กันยายน – ธันวาคม 2564



วารสาร สาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

Thai Journal of Public Health and Health Education
ISSN 2773-9007 (Online)





วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา (Thai Journal of Public Health and Health Education)

นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษาเป็นวารสารรับตีพิมพ์บทความทางวิชาการ และบทความวิจัยด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข ด้านการพยาบาล ด้านสุขภาพศึกษา ด้านสหวิทยาการพฤติกรรมสุขภาพ และด้านสหวิทยาการวิทยาศาสตร์สุขภาพและนวัตกรรม

กระบวนการพิจารณาบทความ

บทความทุกบทความจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ท่านแบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (double-blind review)

ประเภทของบทความ

- บทความวิจัย (Research Article)
- บทความวิชาการ (Academic Article)
- บทความปริทัศน์ (Review Article)

กำหนดการเผยแพร่ กำหนดการตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ

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

ติดต่อกองบรรณาธิการ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี 187 หมู่ 3 ถนนสถลมารค ตำบลเมืองศรีไค
อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190

โทรศัพท์มือถือ : 08-1389-9146 , 09-4520-9823 , 045-2102709 ต่อ 251



คณะกรรมการวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ดร.อรรรณพ สนธิไชย

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
จังหวัดอุบลราชธานี

บรรณาธิการที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญชม ศรีสะอาด

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.จำลอง วงษ์ประเสริฐ

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

นายแพทย์สุพร ลอยหา

มหาวิทยาลัยมหิดล

บรรณาธิการ

ดร.ภคิน ไชยช่วย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

รองบรรณาธิการ

ดร.ปิยะฉัตร วัฒนารีย์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.ปณิตา ครองยุทธ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

อาจารย์แก้วใจ มาลีลัย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร. ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์

มหาวิทยาลัยนเรศวร

รองศาสตราจารย์ ดร.ภาวนา พนมเขต

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์

มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารี บุตรสอน

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปวีณา ลิ้มปทีปการ

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์หญิง รัชฎา ฉายจิต

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมเกียรติยศ วารเดช

มหาวิทยาลัยทักษิณ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิสากร ชีวะเกตุ

มหาวิทยาลัยบูรพา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุดา หันกลาง

มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

ดร.อรุณ บุญสร้าง

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ดร.ภูเบศ แสงสว่าง

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.นพวรรณ พิณีจจรเดช

มหาวิทยาลัยมหิดล

ดร.มณฑิรา จันทวารีย์

มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม

ดร.สินีนาด แต่เจริญกุล

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



กองบรรณาธิการ

ดร.พยางค์ เทพอักษร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.พงศ์พิชญ บัญดา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์(พิเศษ)ดร.สมตระกูล ราศิริ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ดร.สุพัฒน์ อาสนะ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรมพันธ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.สฤณี ผาอาจ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ดร.กชพงศ์ สารการ

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

ดร.ปาริชาติ นัตนราช

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

ดร.สรรพพร วิรัตน์โกคิน

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

ดร.วรัญญา อรุโณทยานันท์

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก

ดร.จามรี เชื้อชัย

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาอุบลราชธานี

อำนาจเจริญ

ดร.ถนอมศักดิ์ บุญสุข

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.อรุราช บูรณะคงคาตรี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.เกศินี หาญจรัสสิทธิ์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.รับขวัญ เชื้อลี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.นฤมล กิ่งแก้ว

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

ดร.นิธิศ ธาณี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

อาจารย์อนุสรณ์ บุญทรง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

อาจารย์วัชรพล ทองควัน

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

อาจารย์ศุภชัย ยานะเรือง

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

นายสมบัติ ชัดโพธิ์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

นายไมตรี แก้วมงคล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

ฝ่ายจัดการ

นายศรเพชร ไตรศรี

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

อาจารย์ศตายุ ผลแก้ว

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

นางสาวพิราพรรณ บรรพบุตร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

บทบรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 ของปีที่ 1 ที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี ได้จัดทำขึ้นในรูปแบบ Online มีกำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ โดยมุ่งเน้นในด้านการวิชาการ ด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข ด้านการพยาบาล ด้านสุขภาพศึกษา ด้านสหวิทยาการพฤติกรรมสุขภาพ และด้านสหวิทยาการวิทยาศาสตร์สุขภาพและนวัตกรรม

กระบวนการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิปีที่ 1 ฉบับที่ 1 และ 2 มีผู้ทรงคุณวุฒิประเมินและให้คำชี้แนะในการปรับปรุงบทความเรื่องละ 2 ท่าน

เพื่อให้วารสารทันสมัย ทันเหตุการณ์ ตามประกาศ ก.พ.อ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2564 ประกาศ ณ วันที่ 26 เมษายน 2564 ใจความสำคัญ คือ “ผลงานทางวิชาการต้องได้รับการเผยแพร่ในวารสารวิชาการระดับชาติ ซึ่งวารสารวิชาการระดับชาติต้องเป็นวารสารวิชาการที่มีคุณภาพและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการในสาขาวิชานั้น ๆ หรือสาขาวิชาที่เกี่ยวข้อง โดยวารสารวิชาการนั้นต้องมีการตีพิมพ์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี และมีการตรวจสอบคุณภาพของบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบบทความ (peer reviewer) ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกจากหลากหลายสถาบัน อย่างน้อย 3 คน ทั้งนี้วารสารวิชาการนั้นอาจเผยแพร่เป็นรูปเล่มสิ่งพิมพ์ หรือเป็นสื่ออิเล็กทรอนิกส์ ที่มีกำหนดการเผยแพร่อย่างแน่นอนชัดเจน”

ดังนั้น วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษาตั้งแต่ปีที่ 1 ฉบับที่ 3 เป็นต้นไป จะมีข้อกำหนดในการตรวจสอบคุณภาพของบทความโดยผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบบทความ (peer reviewer) ซึ่งเป็นบุคคลภายนอกจากหลากหลายสถาบัน อย่างน้อย 3 คน จึงเรียนมาเพื่อทราบ

บรรณาธิการ



สารบัญ

บทความวิจัย	หน้า
รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน นรินทร์ทิพย์ ฤทธิรัฐดี.....	1
การประเมินการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี นัจรินทร์ เนื่องเฉลิม และคณะ.....	21
ผลของการให้ความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคโดยใช้หอกระจายข่าวหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร ชาญชัย บุญเขต และโสธรรา อนุกุลประชา.....	34
การศึกษาการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ถูกสัตว์กัด โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ จังหวัดสกลนคร ศิริวรรณ ไชยเชษฐ์.....	48
บทบาทและภาพลักษณ์ต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี ยอดชาย สุวรรณวงษ์ และร่วม มะโนน้อม.....	61

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน

นรินทิพย์ ฤทธิจิตติ,พ.บ.

โรงพยาบาลโพธิสัย จังหวัดหนองคาย

(วันที่รับบทความ : 8 กุมภาพันธ์ 2564 ; วันที่แก้ไข : 11 กรกฎาคม 2564 ; วันที่ตอบรับ : 2 สิงหาคม 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดซ้ำในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลองและติดตามผล 3 เดือน (Two group pre-post tests and follow-up design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-80 ปี คัดเลือกตามเกณฑ์กำหนด จำนวน 24 คน เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน กลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนด จำนวน 7 ครั้ง ในระยะเวลา 12 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับการมองเห็นคุณค่าในตนเอง แบบประเมินความเครียด (ST-5) แบบประเมินสุขภาพจิต (T-GMHA-15) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-T 2002) และรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วย สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Paired sample's t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุภายในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมกิจกรรม มีระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น มีความเครียดลดลง สุขภาพจิตดีขึ้นและสภาพสมองเบื้องต้นดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ.05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนของการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิตและสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<.05$) สรุปว่า โดยเนื้อหาและวิธีการนำมาใช้ของกิจกรรมทั้ง 12 สัปดาห์ที่จัดขึ้นนั้น มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชนของพื้นที่ เมื่อนำกิจกรรมมาใช้แล้วสามารถช่วยเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงคุณค่าในตนเอง มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น และกระตุ้นความจำให้มีมากขึ้น สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงซึ่งก่อให้เกิดผลในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งช่วยในการป้องกันภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุได้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ : การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, ปัญหาสุขภาพจิต, ภาวะสมองเสื่อม

The Health Promotion Model for Prevention of Mental Health Problems of the Elderly in Community

Narintrip Ritthiti,M.D.

Phon Phisai Hospital Nong Khai Province

Abstract

This research was a quasi-experimental research, two group pre-post tests and follow-up design for 3 months. The purpose of this research was to study the health promotion model for the prevention of mental Health problems and dementia of the elderly in community. The samples were 24 elderly who were 60-80 years old, and randomly assigned into the experimental group 12 people and the control groups 12 people. The experimental group received the programs of 7 sessions in 12 weeks. The tools were Self-esteem, Stress assessment (ST-5), mental health assessment (T-GMHA-15), Mini mental state examination-Thai version (MMSE-T 2002), and the model for promoting mental health and preventing dementia in the elderly. Data were analyzed by using frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation, Paired sample t-test, and independent t-test.

The results found that the experimental group were higher level of self-esteem, reduced stress better mental health and preliminary brain functions that were statistically significantly higher than before participation in the program at .05 levels. There was statistically significant difference compare the mean scores of self-esteems, stress, mental health and cognitive performance among the elderly between the experimental group and the control groups. Conclusions; the contents and adoption of the activities held to 12 weeks were appropriate to the context in the area for implementation. This can help strengthen the elderly's self-esteem and better mental health, stimulate more memory. The results were prevention of mental health problems as well as helping to slow down the dementia of the elderly.

Keywords : Elderly health promotion model, Prevention Health mental, Prevention dementia

* Corresponding author : N.narintip@hotmail.com

บทนำ

ประเทศไทยจัดได้ว่าเป็นอีกประเทศหนึ่งที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) เร็วกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากรที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการมีอัตราการตายและการเจริญพันธุ์ลดลง เนื่องจากการมีระบบในการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งมีการคาดการณ์กันว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) และในปี พ.ศ. 2583 จะมีผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งหนึ่งที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปี ขึ้นไป (สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ, 2562) ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18 และในปี พ.ศ. 2564 จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าเด็ก และคิดเป็นสัดส่วนประมาณ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า (กรมสุขภาพจิต, 2563) และจะทำให้เกิดวัยพึ่งพิงทั้งในเชิงเศรษฐกิจและสังคมมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการคาดการณ์ของสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุที่ว่า การที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจะทำให้เกิดภาวะการพึ่งพิงมากขึ้นจนไม่สามารถสร้างระบบรองรับในการดูแลได้อย่างเต็มที่ รวมทั้งขาดการเตรียมการที่จะส่งเสริมสุขภาพตั้งแต่ช่วงก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุไปจนถึงวัยสูงอายุที่แท้จริง (สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร, 2561) วัยสูงอายุเป็นช่วงรอยต่อของชีวิต ซึ่งเปลี่ยนจากวัยกลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุ ทำให้ต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ มากมาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงต่างๆ เหล่านี้ เป็นไปในลักษณะเสื่อมถอย มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกายในด้านใดด้านหนึ่งหรือหลายๆ ด้าน ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและการดำเนินชีวิตประจำวันต่อไปได้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2561) จะเห็นว่าเมื่อคนเรามีอายุมากขึ้น ก็มีโอกาสที่จะต้องมีความเสี่ยงสูงจากการเกิดโรคต่างๆ ตามไปด้วย ซึ่งสาเหตุมาจากความเสื่อมตามธรรมชาติของร่างกายเอง และโรคประจำตัวเรื้อรังต่างๆ ในหลายๆ โรคก็จะสูงขึ้น ซึ่งจากการศึกษาภาวะเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดโรคต่างๆ มากกว่าวัยอื่นๆ สูงถึง 4 เท่า ซึ่งร้อยละ 40 นั้นเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ส่งผลให้ความสามารถในการทำงานได้ตามปกติค่อยๆ ลดลง กระทั่งการมีรายได้ที่ลดลงด้วย และจำเป็นที่จะต้องพึ่งพิงคนอื่นมากขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง มองชีวิตตนเองไร้ค่า ซึ่งสิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อภาวะจิตใจก่อให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ (นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ, 2557)

จากการคัดกรองความสุขของผู้สูงอายุไทย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุไทยต่ำกว่าบุคคลทั่วไปประมาณ 1 ใน 3 ของประชากร ซึ่งนับได้ว่าเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ที่มีสาเหตุมาจากปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังร่วมด้วย จนทำให้เกิดความรู้สึกต่อตนเองว่าตนเองนั้นมีคุณค่าลดลง และจัดได้ว่าเป็นความเสี่ยงที่จะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นตามมา (กรมสุขภาพจิต, 2559) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุไทยยังพบปัญหาการมีความจำบกพร่องร่วมด้วย ประกอบกับการมีอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีส่วนช่วยเสริมและเพิ่มโอกาสที่จะทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม จะเห็นว่าภาวะสมองเสื่อมนั้นเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อความจำความสามารถ

ในการคิดวิเคราะห์ และพฤติกรรม อันส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของบุคคล ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของความไร้สมรรถภาพ และต้องกลายเป็นผู้มีภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุทั่วโลก อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชนและสังคมอีกด้วย (Fagundes, Pereira, Bueno & Assis, 2017) และในการเกิดภาวะสมองเสื่อมนั้นก็มีส่วนสาเหตุในหลายๆปัจจัย ทั้งที่มาจากความเสื่อมสลายของเซลล์ประสาทเอง อันส่งผลต่อการทำงานของสมองโดยตรง และการมีความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุเองประกอบกับภาวะแวดล้อมอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ก็ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่จะช่วยเร่งให้มีภาวะสมองเสื่อมได้เร็วขึ้น (ชนันท์วัลย์ วุฒินโกคิน, ปาริชาติ อ้นองอาจ, และพนิดา ไชยมิ่ง, 2563) ซึ่งในปัจจุบันภาวะสมองเสื่อมยังไม่มีวิธีการรักษา จึงมีความพยายามที่จะป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อมในช่วงปลายของชีวิตให้ได้มากขึ้น ทั้งนี้เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้สูงอายุเองและบุคคลในครอบครัว ดังนั้นการป้องกันจึงปัญหาที่จะเกิดขึ้นจึงเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยชะลอปัญหาดังกล่าวได้

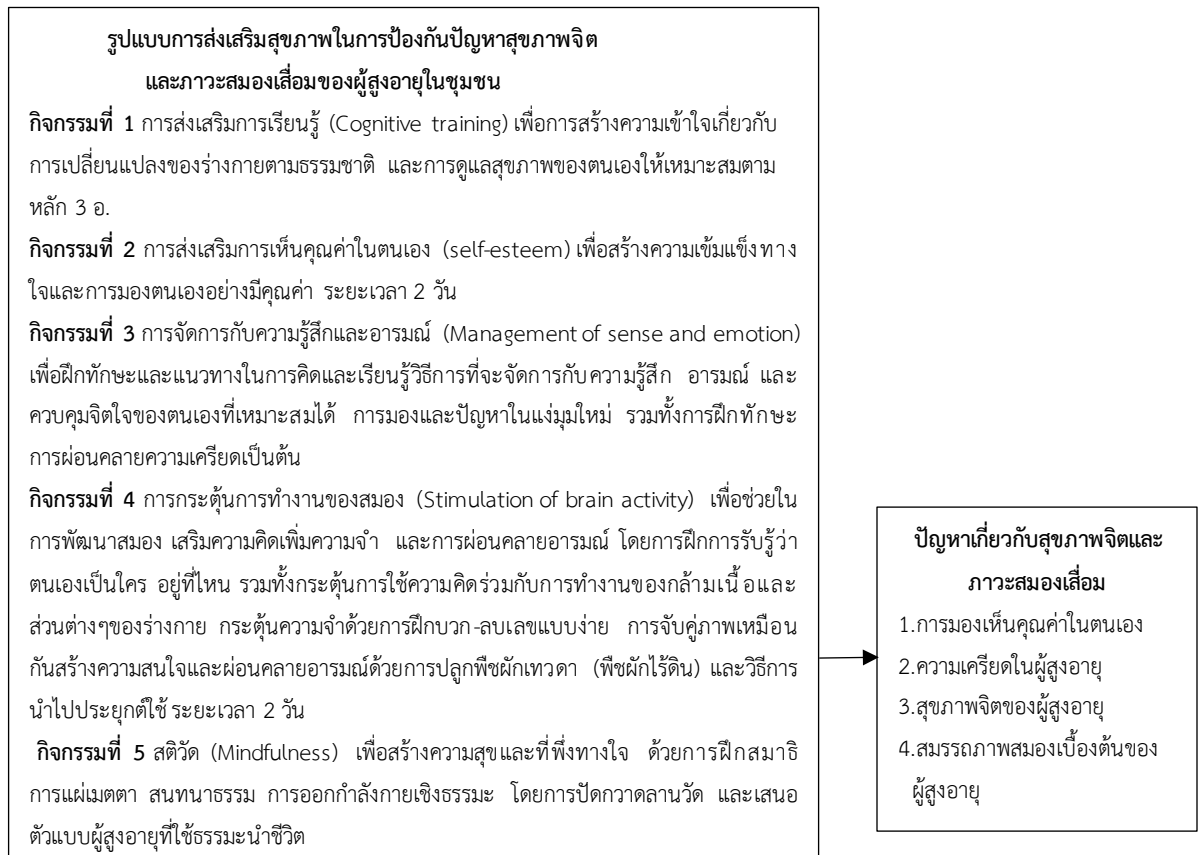
จากการสำรวจข้อมูลทางสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดหนองคาย โดยการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบสอบถามภาวะซึมเศร้า (2Q) และแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (AMT) ในผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าและมีภาวะสมองเสื่อมมากขึ้น ซึ่งอำเภอโพนพิสัยเองก็พบปัญหาดังกล่าวคลึงกันกับจังหวัดเช่นกัน โดยพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ.2559-2562 มีผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 58.55, 42.05, 55.60 และ 67.85 ตามลำดับ และที่มีภาวะสมองเสื่อม คิดเป็นร้อยละ 1.18, 3.66 , 0.34 และ 4.50 ตามลำดับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบ้านดงสระพัง ตำบลนาหนัง อำเภอโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย เป็นหมู่บ้านที่มีผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดของอำเภอ จากผลการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยแบบคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (AMT) ในปี พ.ศ. 2561-2562 พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 2 คนเป็น 79 คน ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย, 2563) จะเห็นว่าเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดด นับได้ว่าเป็นปัญหาสำคัญที่จะต้องค้นหาแนวทางหรือวิธีการที่จะดำเนินการแก้ไขอย่างเร่งด่วน เพื่อที่จะชะลอปัญหาสุขภาพให้กับผู้สูงอายุดังกล่าวให้เกิดขึ้นได้ช้าลง และให้เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างมีรูปธรรม จึงได้นำแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ 5 มิติ มาประยุกต์ใช้แนวคิดพื้นฐานจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (ร่างกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ) ได้แก่ สุขสบาย สุขสนุก สุขสง่า สุขสว่าง และสุขสงบ เป็นหลักในการจัดกิจกรรมของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพให้เกิดความเหมาะสมกับผู้สูงอายุในการส่งเสริมและสร้างการเรียนรู้รวมทั้งจะช่วยปรับแนวคิด และหลักปฏิบัติเพื่อสร้างความสุขจากหลักธรรมะผสมผสานกับแนวคิดการสร้างความสุขเชิงจิตวิทยา อันที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆของตนเองได้ และยังช่วยในการเตรียมความพร้อมให้แก่ผู้สูงอายุให้มีความพร้อมในการปรับตัวเองได้มากขึ้น (จิตติยา สมบัติบุรณ์ และคณะ, 2562) โดยคาดหวังไว้ว่ารูปแบบดังกล่าวจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม เพื่อที่จะช่วยในการชะลอการเกิดปัญหาสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุได้มากยิ่งขึ้น

ดังนั้นผู้วิจัย จึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนขึ้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอันเกิดจากความเสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ และยังช่วยเสริมการเพิ่มทักษะในการดูแลตนเองให้กับผู้สูงอายุ ให้มีความสามารถและมีศักยภาพเพียงพอที่จะช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ ให้คงไว้ซึ่งความสามารถในการพึ่งพาตนเองเท่าที่จะทำได้ ซึ่งจะช่วยสร้างความมั่นใจให้กับตัวผู้สูงอายุให้เกิดความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้มากยิ่งขึ้น จนนำไปประยุกต์ใช้กับวิถีชีวิตประจำวันของตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการและสภาพความเป็นอยู่ของตนเองได้มากที่สุด และอีกประการหนึ่งก็คือ เป็นการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุเพื่อที่จะรับมือกับปัญหาต่างๆที่จะตามมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เป็นไปตามวัย จนสามารถปรับตัวได้ต่อการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเกิดขึ้น ให้คงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างยาวนานเท่าที่ช่วงชีวิตที่ยังเหลืออยู่และอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า มีความสุขตลอดช่วงวัยปลายแห่งชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชน

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research design) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดซ้ำในระยยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง (Two group pre-post tests and follow-up design) ซึ่งจัดกิจกรรมให้เฉพาะในกลุ่มทดลองตามรูปแบบที่กำหนด ระยะเวลาในการทำการศึกษ ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ใช้เวลาทั้งสิ้น จำนวน 12 สัปดาห์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านดงสระพัง ตำบลนาหนัง อำเภอโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย คัดเลือกกลุ่มตัวแบบเจาะจงคือ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60-80 ปี ไม่เป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือปัญหาสุขภาพจิตยังไม่มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีสมองเสื่อมระดับเล็กน้อย เมื่อทดสอบด้วย Mini-Mental State Examination: MMSE สามารถเข้าใจภาษาไทยและภาษาถิ่นได้ มีการรับรู้ที่ดี สามารถสื่อความหมายเข้าใจกันได้ ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและเข้าร่วมกิจกรรมครบตามที่กำหนด จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 12 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้เป็นกลุ่มทดลองจะต้องเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่บริเวณคุ้มทำย หมู่บ้าน และมีวัดภายในคุ้มบ้านของตนเอง

เครื่องมือการวิจัย และการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยประกอบด้วย

1.แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพปัจจุบัน ระดับการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ ปัจจุบันอาศัยอยู่กับใคร โรคประจำตัว และประวัติการเจ็บป่วยในช่วงระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา เป็นต้น เป็นแบบรายการ (check list) จำนวน 9 ข้อ

2.แบบสอบถามเกี่ยวกับการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเองจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) มีอยู่ 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย และน้อยที่สุด มีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ โดยมีน้ำหนักคะแนนเป็น 3, 2, 1 และ 0 คะแนน การแปลผลโดยช่วง 0.00 – 10.00 คะแนน หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับต่ำ ช่วง 10.01 – 20.00 คะแนน หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และช่วง 20.01 – 30.00 คะแนน หมายถึง การเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูง มีข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ

3.แบบประเมินความเครียด พัฒนาโดยอรวรรณ ศิลปกิจ (2558) ซึ่งเกณฑ์การประเมินของแบบประเมินความเครียด (ST-5) มีความสอดคล้องกับผลการประเมินของแบบประเมิน Thai-HADS โดยพบว่ามีค่า Pearson Chi-Square เท่ากับ 69.293 ที่ระดับนัยสำคัญ .000 คำถามเป็นแบบเลือกตอบ ได้แก่ เป็นประจำ เป็นบ่อยครั้งเป็นบางครั้ง และแทบไม่มี โดยมีน้ำหนักเป็น 3, 2, 1 และ 0 คะแนน การแปลผลโดย 8 คะแนนขึ้นไป หมายถึง

มีความเครียดสูง ถ้ามี 5 - 7 คะแนน หมายถึง สงสัยว่ามีปัญหาความเครียด ถ้ามี 0 - 4 คะแนน หมายถึง ไม่มี
ความเครียดในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหากับตัวเอง มีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ

4.แบบประเมินสุขภาพจิตใจผู้สูงอายุ พัฒนาโดยประภาส อุครานันท์ และคณะ (2558) ซึ่งมีลักษณะคำถาม
แบบมาตรวัดประเมินค่า (Rating scale) มีอยู่ 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เลย เล็กน้อย มาก และมากที่สุด มีทั้งคำถามเชิงบวก
และเชิงลบ (ข้อ 3) โดยมีน้ำหนักเป็น 4 3 2 และ 1 คะแนน การแปลผลโดย เมื่อรวมคะแนนทุกข้อ แล้วนำมา
เปรียบเทียบกับเกณฑ์ปกติที่กำหนด ถ้า 50-60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป ถ้า 43-49 คะแนน
หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ถ้า ≤ 42 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป มีข้อคำถาม
ทั้งหมด 15 ข้อ

5.แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
(2551) ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ การรับรู้สถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention)
การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) การระลึกได้ (Recall) ซึ่งแบบประเมินนี้ได้รับความนิยมใช้
คัดกรองภาวะสมองเสื่อมมากที่สุด การแปลผลโดยคิดแยกคะแนนตามระดับการศึกษา โดยกลุ่มผู้สูงอายุปกติที่ไม่ได้
เรียนหนังสือมีคะแนนเฉลี่ย ≤ 14 คะแนน หมายถึง ผู้ที่น่าจะมีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อม โดยแบบทดสอบมีความไว
(Sensitivity) ร้อยละ 35.4 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 81.1 และ Efficiency เป็น 56.3 กลุ่มผู้สูงอายุปกติ
เรียนระดับประถมศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ย ≤ 17 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน หมายถึง ผู้ที่น่าจะมีแนวโน้มภาวะ
สมองเสื่อม โดยแบบทดสอบมีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 56.6 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 93.8
และ Efficiency เป็น 76.3 และกลุ่มผู้สูงอายุปกติเรียนสูงกว่าระดับประถมศึกษาที่มีคะแนนเฉลี่ย อยู่ที่คะแนน
 ≤ 22 คะแนน จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน หมายถึง ผู้ที่น่าจะมีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อม โดยแบบทดสอบ
มีความไว (Sensitivity) ร้อยละ 92.0 ความจำเพาะ (Specificity) ร้อยละ 92.6 และ Efficiency เป็น 92.4
มีข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ

นำแบบสอบถามเกี่ยวกับการมองเห็นคุณค่าในตนเองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ไปปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ
จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ตลอดจนความถูกต้อง
เหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) โดยรวมเท่ากับ 0.80 นอกจากนั้นนำแบบสอบถามดังกล่าว
ไปทดสอบความเชื่อมั่นชนิดความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency Reliability) โดยนำไปทดสอบกับ
ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 12 คน โดยการคำนวณหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม
โดยใช้สูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ค่าเท่ากับ 0.83

ส่วนที่ 2 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ
ในชุมชน ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมมีทั้งภาคทฤษฎีและ
ภาคปฏิบัติควบคู่กันไป ซึ่งในแต่ละกิจกรรม จะใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อสร้างการเรียนรู้ซึ่งจะจัดให้เฉพาะกลุ่มทดลอง

ประกอบไปด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 : การส่งเสริมการเรียนรู้ เพื่อส่งเสริมความรู้ สร้างความเข้าใจให้แก่ผู้สูงอายุการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของตนเอง

กิจกรรมที่ 2 : การส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มองตนเองอย่างมีคุณค่า

กิจกรรมที่ 3 : การจัดการกับความรู้สึกและอารมณ์ เพื่อจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 4 : การกระตุ้นการทำงานของสมอง เพื่อช่วยในการบริหารสมอง

กิจกรรมที่ 5 : การส่งเสริมและสร้างความสุขทางใจ เพื่อลดความตึงเครียดของจิตใจ โดยให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมเข้าวัดปฏิบัติธรรม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองร่วมกับผู้ช่วยวิจัยอีก 2 คน โดยจัดกิจกรรมตามรูปแบบที่กำหนดให้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยการเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือน กันยายน พ.ศ. 2563 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2563 ซึ่งใช้ระยะเวลาในการดำเนินการทั้งหมด จำนวน 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1: การส่งเสริมความรู้แก่ผู้สูงอายุ (Cognitive training) ใช้เวลา 60 นาที ซึ่งผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และให้ผู้สูงอายุได้ผ่อนคลายอารมณ์จากสร้างสัมพันธ์ภาพ ให้ทำความรู้จักกัน พูดคุยกัน แนะนำตัวเองบอกสิ่งที่ชอบเพื่อสร้างปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่ม จากนั้นนำเข้าสู่การเรียนรู้โดยการชมวีดิทัศน์ การบรรยายประกอบภาพและ เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ วิธีการและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ตามหลักการ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง จากนั้นสุ่มผู้สูงอายุ 1-2 คน สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม และชี้แจงกิจกรรมที่จะทำในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 2 และ 3 : ส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง (Promoting self - esteem) ใช้เวลา 60 และ 90 นาที ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุฝึกเทคนิคการผ่อนคลาย โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับ ความประทับใจ การสำรวจข้อดีและคุณค่าของตนเอง การเล่าเรื่องราวแห่งความสำเร็จหรือความภาคภูมิใจของตนเองที่ผ่านมา และเปิดโอกาสให้สมาชิกคนอื่นร่วมแสดงความรู้สึกชื่นชมกับสิ่งดี ๆ หรือความประทับใจของคนที่น่าเสนอ จากนั้นให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความสามารถตามความถนัดของตนเอง เช่น การปรุงยาสมุนไพรพื้นบ้าน การเล่านิทาน การร้องรำ ทัศนกรรม การทำขนมหวาน-อาหารท้องถิ่น เป็นต้น รวมทั้งให้แต่ละคนแสดงความรู้สึกชื่นชมกับความสามารถของผู้สูงอายุคนอื่นๆ และการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ในรูปแบบแผ่นภาพหรือแผ่นป้ายแสดงความสามารถ จากนั้นการเชิญเกียรติเป็นผู้สูงอายุต้นแบบในด้านนั้นๆ ผู้วิจัยสรุปถึงความสำคัญของการเห็นคุณค่าในตนเอง จากนั้นสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม และชี้แจงกิจกรรมที่จะทำในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 4 : การจัดการกับความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง (Management of sense and emotion) ใช้เวลา 80 นาที ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุวาดภาพในหน้าของตนเองแบบง่าย ถ่ายทอดอารมณ์และความรู้สึกของตนเอง และแสดงความคิดเห็นต่อภาพที่ขึ้นมา จากนั้นการปลุกเร้าอารมณ์ (Emotional arousal) โดยใช้คำถามปลายเปิด ให้พูดระบายในสิ่งที่เป็นความเครียด ความอึดอัด และความวิตกกังวล ฯลฯ ออกมาให้ได้มากที่สุด และให้ผู้สูงอายุ ได้พบปะพูดคุยกันแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และฝึกการมองโลกในแง่ดี การมองปัญหาในแงุ่มุมใหม่ๆ การปรับเปลี่ยนความคิดด้านลบและทดแทนด้วยความคิดทางเลือกที่สมเหตุสมผล และให้ผู้สูงอายุได้ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียดด้วยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการฝึกหายใจ เป็นต้น จากนั้นสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม และและชี้แจงกิจกรรมที่จะทำในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 5 และ 6 : การกระตุ้นการทำงานของสมอง (Stimulation of brain activity) ใช้เวลา 60 และ 90 นาที ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุวาดภาพตามรูปที่กำหนดและระบายสีตามจินตนาการ และการต่อจุดให้เป็นภาพ การจับคู่ภาพเหมือนกัน จากนั้นการฝึกใช้มือบริหารสมองทำท่าต่างๆ เช่น การจับ-แอล, โป้ง-ก้อย, การใช้มือ ชี้ หู ตา จมูก ปาก ตามคำสั่ง เป็นต้น จากนั้นให้ฝึกการคิดบวก-ลบ โจทย์เลขคณิตศาสตร์แบบง่ายโดยจำลองสถานการณ์การไปซื้อของที่ร้านค้าและให้คิดคำนวณเงินเอง และให้ผ่อนคลายความเครียดโดยการเรียนรู้และฝึกการปลูกพืช-ผักไร้ดิน เป็นต้น จากนั้นสุ่มสมาชิก 1-2 คน สะท้อนคิดสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรม และและชี้แจงกิจกรรมที่จะทำในครั้งต่อไป

สัปดาห์ที่ 7 : สติวิตรใจ (Mindfulness) ใช้เวลา 90 นาที ผู้วิจัยให้ผู้สูงอายุได้ฝึกสมาธิ - ภาวนา การแผ่เมตตา การฝึกฟังและการสนทนาธรรมกับครูบา-อาจารย์สายวัดกรรมฐาน ตามาด้วยการออกกำลังกายเชิงธรรมะ โดยการปัดกวาดลานวัด และเสนอตัวแบบผู้สูงอายุที่ใช้ธรรมะนำชีวิตในการสร้างความสุขในชีวิตประจำวัน จากนั้นให้ผู้สูงอายุทุกคนได้สะท้อนแนวคิด และสิ่งที่ได้จากการทำกิจกรรมในทุกกิจกรรมที่ผ่านมา

สัปดาห์ที่ 12 : การติดตามและการประเมินผล ใช้เวลา 60 นาที สรุปผลการดำเนินกิจกรรม และเก็บข้อมูลหลังจากการเข้าร่วมกิจกรรม

การวิเคราะห์และสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้แล้ว จึงนำมาวิเคราะห์ข้อมูล โดยการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางคอมพิวเตอร์ โดยข้อมูลพื้นฐานวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) โดยการแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติ t-test (dependent samples) และ t-test (Independent samples) ในการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังทดลอง

จริยธรรมหรือการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และกลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ การนำเสนอข้อมูลจะทำในภาพรวมเท่านั้น งานวิจัยฉบับนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย (รหัส COA.NO NKPH 51/2563)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 58.4 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50 มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากการทำงานเองและลูก - หลาน ร้อยละ 58.4 อาศัยอยู่กับอยู่กับคู่สมรสและลูก-หลาน, ลูกหลานมากที่สุด ร้อยละ 41.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 83.3 ซึ่งในช่วงระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ไม่มีประวัติเจ็บป่วยเลย ร้อยละ 58.4 ตามลำดับ

ส่วนผู้สูงอายุในกลุ่มควบคุม มีจำนวน 12 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75 มีอายุอยู่ในช่วง 60-69 ปี ร้อยละ 66.7 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.4 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 75 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 100 มีรายได้มาจากการทำงานเองและลูก-หลานมากที่สุด ร้อยละ 50 อาศัยอยู่กับคู่สมรสและลูก-หลาน ร้อยละ 41.6 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75 และในช่วงระยะ 6 เดือนที่ผ่านมามีอาการเจ็บป่วยบ้างเล็กน้อย ร้อยละ 58.4 ตามลำดับ

1. ค่าจำนวนและร้อยละ ของการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้น ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ค่าจำนวนและร้อยละ ของการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	กลุ่มทดลอง (n=12)				กลุ่มควบคุม (n=12)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การมองเห็นคุณค่าในตนเอง								
ระดับต่ำ (≤ 10 คะแนน)	4	33.3	0	0	3	25	4	33.3
ระดับปานกลาง (11- 20 คะแนน)	8	66.7	5	41.6	8	66.7	7	58.4
ระดับสูง (21 - 30 คะแนน)	0	0	7	58.4	1	8.3	1	8.3

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของ
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

	กลุ่มทดลอง (n=12)				กลุ่มควบคุม (n=12)			
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความเครียดของผู้สูงอายุ								
ไม่มีความเครียด (0-4 คะแนน)	1	8.3	6	50	0	0	0	0
สงสัยมีความเครียด(5-7 คะแนน)	9	75	5	41.7	10	83.3	11	91.7
มีความเครียดสูง (> 8 คะแนน)	2	16.7	1	8.3	2	16.7	1	8.3
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ								
ต่ำกว่าคนทั่วไป (≤42 คะแนน)	4	33.3	0	0	4	33.3	4	33.3
เท่ากับคนทั่วไป (43-49 คะแนน)	6	50	5	41.6	7	58.4	8	66.7
ดีกว่าคนทั่วไป (50-60 คะแนน)	2	16.7	7	58.4	1	8.3	0	0
สภาพสมองเบื้องต้น								
คะแนน ≤ 14 คะแนน	2	16.7	0	0	0	0	2	16.7
คะแนน 15-17 คะแนน	7	58.3	2	16.7	9	75	8	66.7
คะแนน 18-22 คะแนน	3	25	9	75	3	25	2	16.7
คะแนน 23-30 คะแนน	0	0	1	8.3	0	0	0	0

จากตารางที่ 1 เมื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของจำนวนและร้อยละ ของการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้น ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า

1.1 ด้านการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลอง ระยะเวลาก่อนทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 และภายหลังทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูงขึ้น ร้อยละ 58.4 ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังทดลอง ยังคงมีระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลางเหมือนเดิม ร้อยละ 66.7 และร้อยละ 58.4 ตามลำดับ

1.2 ด้านความเครียดของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลอง ระยะเวลาก่อนทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่สงสัยว่า มีปัญหาความเครียด ร้อยละ 75 และภายหลังทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด ร้อยละ 50 ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังทดลอง ยังคงสงสัยว่ามีปัญหาความเครียดเหมือนเดิม ร้อยละ 83.3 และร้อยละ 91.7 ตามลำดับ

1.3 ด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลอง ระยะเวลาก่อนทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 50 และภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

ร้อยละ 58.4 ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงมีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 58.4 และร้อยละ 66.7 ตามลำดับ

1.4 ด้านสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลอง ซึ่งระยะก่อนทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อมโดยมีคะแนนสภาพสมองเบื้องต้นในช่วง 15- 17 คะแนน ร้อยละ 58.3 และภายหลังจากทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่มีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อมโดยมีคะแนนสภาพสมองเบื้องต้นในช่วง 18-22 คะแนน ร้อยละ 75 ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังทดลอง พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อมโดยมีคะแนนสภาพสมองเบื้องต้นในช่วง 15-17 คะแนน ร้อยละ 75 และ 66.7 ตามลำดับ

2.การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ

2.1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังทดลอง แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

	ก่อน		หลัง		t	p-value
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		
การมองเห็นคุณค่าในตนเอง						
กลุ่มทดลอง	1.23	0.40	2.06	0.30	- 7.24	0.000
กลุ่มควบคุม	1.67	0.36	1.54	0.45	0.740	0.475
ความเครียดของผู้สูงอายุ						
กลุ่มทดลอง	1.45	0.35	0.96	0.38	2.912	0.014
กลุ่มควบคุม	1.50	0.39	1.36	0.29	1.542	0.151
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ						
กลุ่มทดลอง	2.92	0.32	3.14	0.22	-2.511	0.029
กลุ่มควบคุม	2.87	0.29	2.83	0.24	0.043	0.610
สภาพสมองเบื้องต้น						
กลุ่มทดลอง	1.49	0.19	1.74	0.19	- 2.768	0.018
กลุ่มควบคุม	1.57	0.21	1.46	0.20	1.464	0.171

จากตารางที่ 2 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ ภายในกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต สภาพสมองเบื้องต้น มีความแตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต สภาพสมองเบื้องต้นไม่มีความแตกต่างกัน

2.2การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	n	\bar{X}	S.D	t	p-value
การมองเห็นคุณค่าในตนเอง					
กลุ่มทดลอง	12	2.06	0.30	3.322	0.003
กลุ่มควบคุม	12	1.54	0.45		
ความเครียด					
กลุ่มทดลอง	12	0.96	0.38	-2.843	0.009
กลุ่มควบคุม	12	1.36	0.29		
สุขภาพจิต					
กลุ่มทดลอง	12	3.14	0.22	3.189	0.004
กลุ่มควบคุม	12	2.83	0.24		
สภาพสมองเบื้องต้น					
กลุ่มทดลอง	12	1.79	0.19	3.431	0.002
กลุ่มควบคุม	12	1.46	0.20		

จากตารางที่ 3 เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเอง ความเครียด สุขภาพจิต และสภาพสมองเบื้องต้น มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

สรุปและอภิปรายผล

1.การมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับการมองเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับสูงขึ้น ร้อยละ 58.4 ทั้งนี้เนื่องจากการส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองให้ผู้สูงอายุโดยให้ผู้สูงอายุสำรวจข้อดีและคุณค่าของตนเองกับการประยุกต์ใช้แนวคิดการระลึกถึงความหลังกับความสำเร็จหรือความประทับใจอดีต ผ่านการเล่าเรื่องราวที่สลับสับเปลี่ยนหมุนเวียนกันพูดทุกคน จะช่วยทำให้

ผู้สูงอายุรู้สึกดีต่อตนเอง มองเห็นคุณค่าของตนเองได้ง่ายขึ้น เกิดความภาคภูมิใจและมีความเชื่อมั่นในความดีงามของตนเอง จนสามารถสร้างรอยยิ้มและเสียงหัวเราะให้เกิดขึ้นได้ (Randall, Aging, irony, & wisdom, 2013) จากการให้ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถของตนเองได้อย่างเต็มที่ไม่ว่าจะเป็นการร้องรำ การเล่นเกมดนตรีพื้นบ้าน การปรุงยาสมุนไพรพื้นบ้าน การจักสานไม้ไผ่ การทำอาหารท้องถิ่น ฯลฯ นั้นจะช่วยสร้างบรรยากาศแห่งการเรียนรู้และเพิ่มความสนุกสนาน ความรื่นรมย์ที่ผสมผสานกับความตื่นตัวไปด้วยกัน เพราะนานๆครั้งที่ผู้สูงอายุจะได้มีโอกาสในการแสดงออก จากนั้นนำผลงานของผู้สูงอายุออกเผยแพร่ในชุมชนจากการใช้แผ่นภาพหรือแผ่นป้ายประชาสัมพันธ์และยังได้รับการเชิดชูเกียรติ ดังนั้นเมื่อมีคนในหมู่บ้านของตนเองกล่าวถึงชื่อเสียงและความสามารถตนเองไปในทางที่ดีงาม ก็จะช่วยให้ผู้สูงอายุภูมิใจกับผลงานและการใช้ชีวิตที่ผ่านมาของตนเอง มองภาพพจน์ตนเองดีขึ้น มีขวัญและกำลังใจในการดำเนินชีวิตต่อไป จากกิจกรรมที่จัดให้ผู้สูงอายุตามรูปแบบนั้นก่อให้เกิดความภาคภูมิใจและตระหนักถึงคุณค่าในตัวเอง และเมื่อผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการมองเห็นคุณค่าในตนเองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวาสนา วรรณเกษม และรังสิมันต์สุนทรไชยา (2554) ว่า การระลึกถึงความหลังจะช่วยให้สูงอายุเกิดความพึงพอใจในประสบการณ์ที่ผ่านมา ภูมิใจในสิ่งที่เกิดขึ้นในอดีต โดยเฉพาะประสบการณ์ด้านบวก และมีกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ในปัจจุบัน และสามารถบำบัดรักษาภาวะซึมเศร้าลงได้ เช่นเดียวกับการศึกษาพรณี ภาณุวัฒน์สุข (2558) พบว่า การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายและจิตใจที่ดี และสามารถทำให้ผู้สูงอายุมองเห็นคุณค่าของตนเองได้ง่าย และสิ่งเหล่านี้จะกลายเป็นปัจจัยพื้นฐานของการสุขภาพจิตที่ดีต่อไป

2. ในด้านความเครียดในผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่สงสัยว่ามีความเครียดอยู่ในร้อยละ 75 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีความเครียด ร้อยละ 50 อธิบายได้ว่า การใช้คำถามปลายเปิดเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้พูดคุย และได้ระบาย ความเครียด ความวิตกกังวล ฯลฯ ออกมา พร้อมกับเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พูดคุยแลกเปลี่ยนมุมมองในประเด็นต่างๆร่วมกัน ก็จะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้กับแนวคิด วิธีการในการแก้ปัญหาในแง่มุมที่หลากหลายของแต่ละคน ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตนเองได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและได้กำลังใจมากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกรัยรัชช นาคขำ (2560) พบว่า ถ้าหากผู้สูงอายุมีประสบการณ์หรือปัญหาของตนเองแล้วไปสอดคล้องหรือคล้ายคลึงกับปัญหาของเพื่อน และเพื่อนสะท้อนความคิดที่แตกต่างออกไป จะทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจกว้างขวางมากขึ้น มองเห็นปัญหาได้ชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่หลากหลาย จะทำให้ได้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์มากยิ่งขึ้น และยังช่วยเสริมสร้างแนวทางและวิธีการที่จะใช้ในการแก้ปัญหาในรูปแบบใหม่ๆแทนที่จะยึดติดอยู่กับวิธีการเดิมที่ตนเองใช้แก้ปัญหามาก่อน (เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ, 2557) ในส่วนของการฝึกการมองโลกในแง่ดีนั้นจะเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยในการปรับเปลี่ยนวิธีคิดในด้านลบให้ทดแทนด้วยวิธีคิดในเชิงบวก สามารถเชื่อมโยงถึงที่มาของปัญหา เกิดความเข้าใจในปัญหาและยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้นได้และมองหาทางเลือกที่สมเหตุสมผลมากขึ้นในการ

แก้ปัญหา ทำให้ผู้สูงอายุมีวิธีการแก้ปัญหาในแง่มุมใหม่ๆที่สามารถปรับใช้ในการดำเนินชีวิตได้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแสวงหาโอกาสท่ามกลางปัญหาละอุปสรรค ก่อให้เกิดพลังและกำลังใจในการใช้ชีวิตได้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) ในการผ่อนคลายความเครียดโดยจัดให้ผู้สูงอายุได้วาดภาพ ใบหน้าตนเองพร้อมการระบายสีตามจินตนาการ รวมทั้งให้ผู้สูงอายุได้แสดงความสามารถของตนเองที่หลากหลาย หรือ แสดงความสามารถในสิ่งที่ตนเองถนัด ก็จะช่วยสร้างบรรยากาศแห่งรอยยิ้มและเสียงหัวเราะ ซึ่งเป็นการผ่อนคลาย ความเครียดไปในตัว สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต (2558) ที่ว่าอารมณ์ถือเป็นพลังชีวิต เป็นสีสรรของชีวิต และยังมี พลังมหาศาลในการดำรงชีวิต ดังนั้นผู้สูงอายุที่มีอารมณ์ดีจะเป็นผู้มีชีวิตชีวา ไม่เหงา ห่างไกลจากภาวะซึมเศร้า จะเห็นได้ว่าการจัดกิจกรรมตามรูปแบบที่จัดทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองนั้นภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม จะพบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด ของผู้สูงอายุหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.ด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีสุขภาพจิต เท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 50 ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปถึงร้อยละ 58.4 นั้นเป็นเพราะกิจกรรมที่จัดให้ผู้สูงอายุโดยการฝึกสมาธิ เจริญสติ ภาวนา เข้าวัดปฏิบัติธรรมตามหลัก พระพุทธศาสนานั้นมีส่วนช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีจิตใจที่สงบ ร่มเย็นและเป็นสุขมากขึ้น มองเห็นภาพและเข้าใจกับสิ่ง ต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง สามารถอยู่กับความเป็นจริงของโลกและชีวิตได้อย่างปกติ สอดคล้องกับคำกล่าว ที่ว่า ศาสนามีความเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอย่างแน่นเหนียวไปจนกระทั่งช่วงสุดท้ายของชีวิต ผลจากการดำเนินชีวิตตาม รอยศาสนาทำให้ชีวิตซึ่งเศร้าน้อยลงก่อให้เกิดความเข้มแข็งทางใจมากขึ้น สามารถอยู่กับความเป็นจริงของโลกและ ชีวิตได้อย่างปกติสุข สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2547) ที่พบว่า การฝึกสมาธิเป็น ศิลปะพาให้เกิดความสุข ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตทางด้านคุณภาพของจิตใจด้วย ประกอบกับการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ ได้ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์จากการปลูกพืช-ผัก ไร่ดิน (ผักเทวดา) โดยผู้วิจัยได้ลงมือสาธิตให้ดูเป็นตัวอย่างก่อน จากนั้นให้ผู้สูงอายุได้ฝึกปฏิบัติตาม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจที่จะเรียนรู้มากเป็นพิเศษ เพราะสามารถนำไปใช้ ประโยชน์ได้จริง และยังช่วยผ่อนคลายความเครียด สร้างความเพลิดเพลินไปในตัวด้วย ซึ่งสอดคล้องกับพรณี ภาณุวัฒน์สุข (2555) ที่ว่า การทำงานอดิเรกที่ใช้แรงกายและหากจัดให้เกิดความเหมาะสมแล้ว ก็จะช่วยส่งเสริมทำให้ ร่างกายแข็งแรง มีจิตใจเบิกบาน จากการจัดให้มีการปัด-กวาดลานวัดหลังการเจริญสตินั้น ถือได้ว่าเป็นการออกกำลังกาย ในอีกรูปแบบหนึ่ง ในแง่มุมของออกกำลังกายเชิงธรรมะซึ่งเป็นรูปแบบที่พระสายธรรมยุตปฏิบัติ และนำมาปรับ และประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุได้เกิดการผ่อนคลายเส้นเอ็นไปในตัวช่วยไม่ยึดติดกัน ได้ยืดเหยียด ร่างกายหลังนั่งนิ่งๆในการฝึกสมาธิมาสักระยะหนึ่ง แล้วยังพัฒนาการเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อแขนขา ไปพร้อมๆกัน ซึ่งมี ประโยชน์อย่างมากต่อผู้สูงอายุที่พึ่งออกจากการเจริญสติในแนวพุทธ สอดคล้องกับวิธีการที่ว่า การออกกำลังกาย อย่างสม่ำเสมอ นั้น เปรียบเสมือนยาอายุวัฒนะที่สำคัญขนานหนึ่ง ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น

ช่วยชะลอความเสื่อมระบบต่างๆของร่างกายและช่วยให้มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น (ชลธิชา จันทศิริ, 2559) จะเห็นได้จากหลังการทดลอง ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองจะมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตดีกว่าก่อนทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4. สภาพสมองเบื้องต้นของผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มทดลอง ซึ่งระยะก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ น่าจะมีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อม โดยมีคะแนนสภาพสมองเบื้องต้นในช่วง 15 - 17 คะแนน ร้อยละ 58.3 และภายหลังก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ น่าจะไม่มีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อม โดยมีคะแนนสภาพสมองเบื้องต้นในช่วง 18-22 คะแนน ร้อยละ 75 ซึ่งอธิบายได้ว่า ในการกระตุ้นการทำงานของสมอง เพื่อช่วยในการเสริมความคิด เพิ่มความจำ ร่วมกับการทำงานของกล้ามเนื้อส่วนต่างๆของร่างกาย โดยการกระตุ้นการใช้ความคิดและการลงมือปฏิบัติจากการวาดภาพระบายสีตามจินตนาการ และให้ต่อจุดทำให้เกิดภาพนั้น จะช่วยพัฒนาระบบกล้ามเนื้อและระบบประสาทให้ทำงานสอดประสานกันดีขึ้น และยังส่งเสริมความจำให้ดีขึ้นกว่าเดิม สอดคล้องกับการวิจัยของ ัญญณรี วรงค์จารุรัตน์ (2559) ที่ว่า กระบวนการทางสติปัญญาเพิ่มขึ้นหลังได้รับการฝึกทักษะทางด้านศิลปะ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมความจำ การรู้คิด และสามารถใช้ส่งเสริมศักยภาพสมองในผู้สูงอายุอย่างได้ผล และให้ผู้สูงอายุกลุ่มทดลองได้ใช้ความคิดในการจับคู่สิ่งต่างๆที่คล้ายคลึงกันเข้ากลุ่มเดียวกัน จะช่วยในการเชื่อมโยงสมองให้หาความสัมพันธ์ภาพกับจินตนาการจากการสร้างภาพในใจสมอง จะช่วยฟื้นฟูความจำได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Belkofer, Hecke & Konopka (2008) ที่ว่า การใช้ความคิดจินตนาการกับภาพ จะทำให้สมองสร้างคลื่นสมองความถี่ต่ำ ช่วยลดความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ ชะลอความเสื่อมของร่างกายและสมองได้

ในส่วนการให้ผู้สูงอายุได้ฝึกบวก - ลบ โจทย์เลขคณิตศาสตร์แบบง่าย โดยการจำลองสถานการณ์ไปซื้อของและคิดคำนวณเงินเองนั้น จะช่วยในการฝึกทักษะการคิดให้ผู้สูงอายุโดยตรง ในการกระตุ้นความคิดให้สมองทำงานบ่อยๆ จะช่วยเพิ่มจำนวนเส้นใยของเซลล์ประสาทให้เกิดการเชื่อมต่อของเซลล์สมองมีมากขึ้น ช่วยเพิ่มสมรรถภาพสมองโดยตรง และยังมีผลต่อการชะลอการเกิดสมองเสื่อมได้ (Spector, 2003) ในส่วนของการฝึกใช้มือบริหารสมองและการเคลื่อนไหวร่างกายและข้อต่อต่างๆนั้น เป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองได้ฝึกทักษะการใช้ความคิด ร่วมกับการกระตุ้นกล้ามเนื้อ จะช่วยส่งเสริมการทำงานของระบบประสาทต่างๆของกล้ามเนื้อและจิตใจประสานกันได้ดียิ่งขึ้น กระตุ้นการไหลเวียนเลือด ส่งผลให้การไหลเวียนโลหิตๆไปที่สมองมากขึ้นและออกซิเจนเพิ่มขึ้น จะเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของสมองได้เองโดยอัตโนมัติ (ชนันท์วัลย์ วุฒินโกคิน, ปารีชาติ อ้นองอาจ, และพินดา ไชยมีง, 2563) เช่นเดียวกับการศึกษาของศิริกุล การณเจริญพาณิชย์ (2558) พบว่า การใช้สมองอย่างต่อเนื่องหรือการบริหารสมองบ่อยๆ เป็นวิธีที่จะช่วยในการชะลอความเสื่อมของสมอง อันมีส่วนในการช่วยลดการสูญเสียด้านความจำทำให้ผู้สูงอายุมีความจำที่ดีขึ้นโดยการใช้สมองอย่างต่อเนื่องและทำการบริหารสมองอย่างถูกวิธีถึงแม้ว่าจะมีอายุมากขึ้นแล้วก็ตาม และในจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้สิ่งใหม่ที่ไม่คุ้นชิน เช่น การฝึกการจัดลำดับความคิดหรือจดจำข้อมูลต่างๆ เช่น วัน เวลา สถานที่ บุคคล หมายเลขโทรศัพท์ เป็นต้น และเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง

กับการฝึกฝนด้านความจำ เพิ่มความสามารถของสมองในการทบทวนความจำ กระบวนการคิด การไตร่ตรอง เป็นการฝึกที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงมีความจำที่ดีขึ้น ช่วยชะลอความเสื่อมและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ (กรมสุขภาพจิต, 2558) ในส่วนของการฝึกใช้มือบริหารสมอง โดยการทำงานประสานระหว่างมือ ตา เท้า ตามคำสั่งนั้นจะเป็นการช่วยในใช้ความคิดร่วมกับการกระตุ้นกล้ามเนื้อให้ทำงานประสานกันกับระบบประสาทต่างๆให้ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งเป็นกิจกรรมการบริหารสมอง หรือการออกกำลังกายสมอง (Neurobic Exercise) โดยใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้าร่วมกับอารมณ์ความรู้สึก เพื่อช่วยกระตุ้นเซลล์สมองให้มีสุขภาพดี โดยมีหลักการว่าหากมีการเรียนรู้สิ่งใหม่ตลอดเวลาไม่ทำอะไรซ้ำซาก จะเป็นการกระตุ้นให้สมองมีการแตกกิ่งก้านสาขาเพิ่มขึ้น สมองไม่เสื่อมถอย (Lawrence CKatz, 1999) ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนสภาพสมองเบื้องต้นหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสภาพสมองเบื้องต้นมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้น รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ ในชุมชน จึงเป็นรูปแบบที่ดีที่สุดเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นรูปแบบที่มีกิจกรรมที่หลากหลายที่นำมาผสมผสานกันได้อย่างลงตัว ประกอบกับใช้กระบวนการที่ทำให้ผู้สูงอายุได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุได้เรียนรู้ง่ายขึ้น สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ สร้างความเชื่อมั่นต่อความสามารถในการดูแลตนเองและกล้าเผชิญปัญหาต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น และพร้อมที่จะปรับตัวและแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่การพึ่งพาตนเองอย่างเต็มที่ ตามกำลังของตน ก่อนที่จะไปพึ่งพาอาศัยบุคคลคนอื่นในครอบครัวหรือสังคม

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. เนื่องจากการกระตุ้นการทำงานของสมองหรือภาวะทางด้านจิตใจ จะต้องใช้เวลาในเปลี่ยนแปลง ดังนั้นเพื่อผลสำเร็จของการใช้กิจกรรมตามรูปแบบ จึงต้องคำนึงถึงเวลาที่ใช้เวลาดำเนินการให้มากขึ้นด้วย และควรมีการติดตามประเมินผลเป็นช่วงๆเพื่อติดตามความยั่งยืนของรูปแบบ
2. สามารถนำผลการวิจัยไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดทำนโยบายภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการให้การสนับสนุน ส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุเพื่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมได้
3. ควรพัฒนาและปรับปรุงแนวทางในการค้นหาปัญหา อุปสรรค จุดอ่อน และจุดแข็งของผู้สูงอายุภายในชุมชนก่อนจะนำรูปแบบกิจกรรมดังกล่าวไปใช้ ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้นๆ มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมใหม่ๆ มาปรับใช้ให้สามารถเข้าถึงได้ง่ายและรวดเร็ว ในการส่งเสริมองค์ความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ รวมทั้งระบบการประเมินผ่านแอปพลิเคชันบนโทรศัพท์มือถือ ใช้ในการตอบข้อสงสัยประเด็นต่างๆ ตลอดจนการพัฒนากระบวนการให้ความช่วยเหลือ และส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อมโดยการประสานความร่วมมือกับสถานบริการด้านสุขภาพในพื้นที่

2. ควรมีการออกแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบเป็นองค์รวมครอบคลุมทุกมิติ ใช้แนวคิดการใช้ชุมชนเป็นฐาน และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน รวมถึงการใช้แนวคิดทุนทางสังคมโดยเฉพาะทุนทางวัฒนธรรม ความกตัญญู ความเป็นเครือญาติยังคงเป็นหัวใจสำคัญในการพัฒนากลไกการป้องกันปัญหาด้านต่างๆกับผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

- กรัยรัชช นาคขำ. (2560). *ผลของโปรแกรมการสร้างพลังอำนาจ และการออกกำลังกายแบบแรงต้านต่อภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน* (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2562). *มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมสูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน).
- กรมสุขภาพจิต. (2558). *คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ* (ฉบับปรับปรุง) (พิมพ์ครั้งที่ 6). นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). *แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับ 12* (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). *ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ*. สืบค้น 12 มกราคม 2563, จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30476>
- เกรียงศักดิ์ ธรรมอภิพล และคณะ. (2557). *การวิจัยอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- จิตติยา สมบัติบุรณ์ และคณะ. (2562). *ความสุขของผู้สูงอายุไทยในยุค Thailand 4.0*. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี, 30(2), 222-223.
- ชนันท์วัลย์ วุฒิชโนภคิน, ปารีชาติ อ้นองอาจ, และพนิดา ไชยมิ่ง. (2563). *ผลการฝึก Brain Gym ต่อการทรงตัว การประสานสัมพันธ์ การรับรู้และคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม*. วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน, 26(1), 70-73.
- ชลธิชา จันทศิริ. (2559). *การส่งเสริมพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เปราะบาง*. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 24(2), 11-12.
- ธัญญ์นรี วรวงศ์จารุรัตน์. (2559). *ผลของศิลปะบำบัดต่อศักยภาพสมอง ด้านกระบวนการทางสติปัญญาในผู้สูงอายุ* (วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). เชียงราย: มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). *ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ*. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 25-26.

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- นวรรตน์ ไวมงกุ, รัตติภรณ์ บุญทัศน์ และ นภชา สิงห์วีระธรรม. (2562). การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตามหลัก 3 อ. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(2), 265-266.
- ประภาส อุครนันท์. (2558). การพัฒนาและทดสอบแบบประเมินสุขภาพจิตผู้สูงอายุ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 60(1), 35-48.
- พรรณณี ภาณุวัฒน์สุข, นันทน์ภัส ประสานทอง. (2558). *คู่มือวิทยากรในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- วาสนา วรรณเกษมและรังสิมันต์ สุนทรไชยา. (2554). ผลของโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการปรับตัวและการระลึกถึงความหลังต่ออาการซึมเศร้าของผู้ป่วยสูงที่เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(3), 82-96.
- ศิริกุล การณเจริญพาณิชย์. (2558). ผู้สูงอายุด้วยภาวะสมองเสื่อมและการพยาบาล: บทบาทที่ทำนายสำหรับพยาบาล. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(2), 99-110.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2547). การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุด้วยการแพทย์ทางเลือกสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมการแพทย์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2551). *การประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ เรื่องการเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai2002) และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: บริษัทซีจีที จำกัด.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). *เทคนิคการจัดการอารมณ์และความคิด*. สืบค้น 8 มีนาคม 2563, จาก <https://www.thaihealth.or.th/Conte.html>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2561). *เรียนรู้และเข้าใจวันสูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: บริษัทยีนยงการพิมพ์ จำกัด.
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *เอกสารประกอบพิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการบูรณาการความร่วมมือการพัฒนาคนตลอดช่วงชีวิต (กลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ)*. สืบค้น 23 มกราคม 2563, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/node/183
- สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. (2561). *สังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจ*. สืบค้น 23 มกราคม 2563, จาก https://library2.parliament.go.th/ejournal/content_af/2561/jul2561-1.pdf
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย. (2563). *รายงานประจำปีงบประมาณ 2562*. สืบค้น 2 กุมภาพันธ์ 2563, จาก <http://www.nko2.moph.go.th/plan/index.php?plan=w5-year report>

เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- สำนักพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ. (2562). *สุขภาพคนไทย 2562 : สื่อสังคม สื่อสองคม สุขภาวะคนไทยในโลกโซเชียล* (พิมพ์ครั้งที่ 1). นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรรรรณ ศิลปกิจ. (2551). แบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 16(3), 177-185.
- Belkofer, C. M. & Konopka, L. M. (2008). Conducting Art Therapy Research Using Quantitative EEG Measures. *Art Therapy. Journal of the American Art Therapy Association*, 25(2), 56-63.
- Fagundes, T. A., Danielle, A. G. P., Kátia, M. P., Bueno, & Assis, M. G. (2017). Functional disability in elderly with dementia. *Cadernos de Terapia Ocupacional*, 25(1), 159-169. doi: 10.4322/0104-4931. ctoAO0818
- Lawrence C.Katz. & Manning Rubin (1999) *Keep Your Brain Alive*, Workman Publishing Company, New York.
- Randall, W. Aging, irony, and wisdom. (2013). On the narrative psychology of late life *Theory & Psychology*, 23(2), 164-183.
- Spector, A. (2003). Efficacy of an evidence-based cognitive stimulation therapy Programmer for People with dementia: Randomize controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 18(3), 248-254.



การประเมินการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

กรณีศึกษาอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

นัจรินทร์ เนืองเฉลิม*, ภคิน ไชยช่วย, กันติยา ศรีนิล และกุลจิรา สิงห์ชิต¹

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

(วันที่รับบทความ: 31 ธันวาคม 2563; วันที่แก้ไข: 15 กุมภาพันธ์ 2564.; วันที่ตอบรับ: 22 กุมภาพันธ์ 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานและประเมินการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง 192 คน สุ่มแบบหลายชั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 2) แบบสอบถามระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และ 3) แบบสอบถามระดับความคิดเห็นของประชาชนต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติการพรรณนา ประกอบด้วย แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า พบว่า มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 21 คน ประกอบด้วย ภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนโดยมีเป้าหมายเพิ่มคุณภาพชีวิตในเรื่องการดูแล เพื่อการบรรลุเป้าหมายสุขภาวะและคุณภาพชีวิต การประเมินโดยใช้ CIPP model พบว่าระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (mean 3.73, SD = 0.90) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านบริบทมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (mean = 3.95, SD = 0.73) ด้านปัจจัยนำเข้ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (mean = 3.60, SD = 0.79) ด้านกระบวนการมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (mean = 3.79, SD = 0.82) ด้านผลผลิตมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (mean = 3.92, SD = 1.25)

คำสำคัญ: การประเมินการดำเนินงาน, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ



Performance Evaluation of District Health Board Evaluation: Case Study in Warinchamramp District, Ubon Ratchathani Province

Natjarin Nueangchalerm*, Pakin Chaichuay, Kantiya Srinil and Kujira Singkhith

Sirindhorn College of Public Health Ubon Ratchathani

Abstract

This descriptive research aims were to study the situation of implementation and to evaluation of district health board, Warinchamrab, Ubonratchathani. The sample was 192 that from random multistage. Data were collected using questionnaires including; 1) opinion level of the health board committee, 2) opinion level of health volunteer to the health board committee, and 3) opinion level of people to the health board committee. The descriptive statistics were used to analyze data including frequency, percentage, mean and standard deviation. The research found that the situation of the district health boards composed of 21 district health boards, consisting of government, private and public sectors. The level of opinion of the at the district health boards district level District health officer and village health volunteers was high level of opinion (mean = 3.73, SD = 0.90). When considering each aspect, it was found that the context of opinions was at a high level (mean = 3.95, SD = 0.73). The input of the opinions was at a high level (mean= 3.60, SD = 0.79). The process of the opinions was at a high level (mean = 3.79, SD = 0.82). The output of the opinion was at a high level (mean = 3.92, SD = 1.25).

Keywords: performance evaluation, district health board

* Corresponding author : nnatjarin@hotmail.com.



บทนำ

คุณภาพชีวิตเป็นปัจจัยที่สำคัญมากต่อการดำรงชีวิตของบุคคล และสังคมในปัจจุบันคือคุณภาพในด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา การเมืองและศาสนา ซึ่งเป็นค่าเทียบเคียงไม่มีเกณฑ์ตายตัว แต่ละคนและแต่ละประเทศอาจกำหนดมาตรฐานต่างๆ ตามต้องการเกณฑ์คุณภาพชีวิตย่อมเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลาและสภาพการณ์ (กิตติ ประพิตรไพศาล, 2550) และคุณภาพชีวิตยังครอบคลุม ความสุข ความพอใจ และความหวัง (Cambel, 2017) นอกจากนี้ พวงทอง ไกรพิบูลย์ (2560) ได้สรุปคุณภาพชีวิต ว่าเป็นภาวะความเป็นอยู่ที่ดี ทั้งของตนเอง (ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ)และของสังคม ทั้งนี้ครอบคลุมไปถึง ความปลอดภัย สิทธิ และเสรีภาพ ส่วนในทางการแพทย์มองคุณภาพชีวิตว่าหมายถึง สภาพร่างกาย และจิตใจที่มั่นคงแข็งแรงมีความสุขพอใจ สุขกาย และมีความสุข ทั้งนี้คุณภาพชีวิตจะถูกคุกคามด้วยโรคและภาวะผิดปกติต่างๆ ของร่างกายและจิตใจ

ในปัจจุบันประเทศไทยกำลังเผชิญกับสถานการณ์ที่มีความหลากหลาย ทั้งโครงสร้างของประชากรที่กำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ตลอดจนการเกิดปัจจัยคุกคามสุขภาพของประชาชนจากภาวะโลกที่มีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อหรือโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ยั่งยืนหรือคุณภาพชีวิตที่ดีต้องมีหน่วยงานหลายๆหน่วยงานเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องซึ่งโครงการที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน และเป็นระบบในระบบกระทรวงสาธารณสุขก็คือโครงการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่มีความร่วมมือระหว่างกระทรวงมหาดไทยและกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อน เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต ทั้งในด้านของระบบบริการสุขภาพที่ต้องมุ่งเน้นการให้บริการในระดับปฐมภูมิที่สามารถเชื่อมระหว่างชุมชน และการบริการในโรงพยาบาลได้อย่างไร้รอยต่อ รวมถึงการมุ่งเน้นการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคที่แข็งแรงโดยมุ่งกระจายอำนาจการบริหารจัดการเพื่อให้สามารถจัดบริการสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อตอบสนองต่อปัญหาและความจำเป็นด้านสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาประเทศแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ.2560-2564) นโยบายประเทศไทย 4 เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) รวมไปถึงนโยบายการปฏิรูปประเทศมุ่งสู่ “ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” (กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ในจังหวัดอุบลราชธานีเป็นพื้นที่เขตสุขภาพที่ 10 ได้มีการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้เริ่มมีการดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 โดยมีพื้นที่นำร่องคือ อำเภอวารินชำราบ อำเภอเมือง อำเภอม่วงสามสิบ อำเภอเขื่องใน และอำเภอตระกานพืชผล ซึ่งในปี พ.ศ. 2560 อำเภอวารินชำราบเป็นพื้นที่นำร่องในการจัดประชุมนโยบายคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) รุ่นที่ 1 ที่วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีเป้าหมายเพิ่มคุณภาพชีวิตในเรื่องการจัดการอุบัติเหตุ การจัดการขยะ ไอคิวในเด็ก ยาเสพติด และสารเคมีในเกษตรกร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2560)

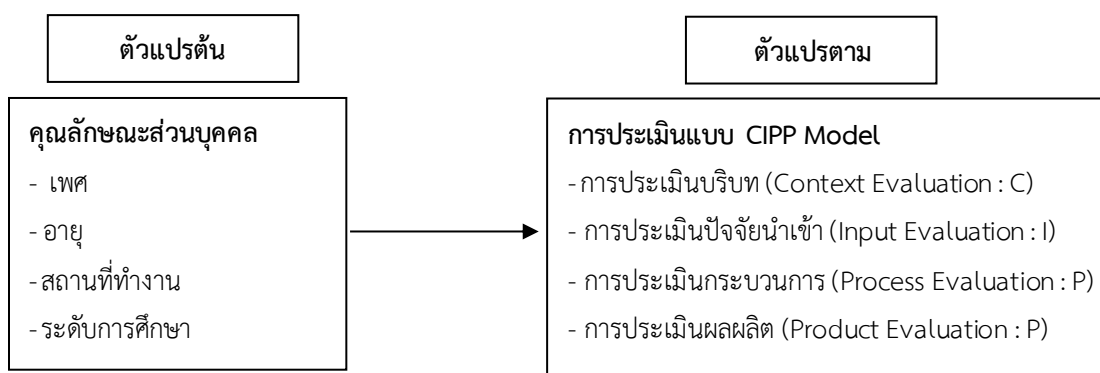


การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ได้มีการดำเนินงานมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2559 และเนื่องจากการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ยังไม่ทราบข้อมูลที่ชัดเจน และยังไม่ทราบผลการดำเนินงานว่าเป็นแบบไหนผู้วิจัยจึงเห็นว่าถ้าการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นไปในระดับที่ยั่งยืนและแก้ไขปัญหาให้ประชาชนอย่างแท้จริงได้ ทำให้ผู้วิจัยอยากทราบข้อมูลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการนำทฤษฎีของ Stufflebeam (2003) ซึ่งมีแนวคิดในการประเมินแบบ CIPP Model เพื่อรวบรวมข้อมูลหรือสารสนเทศไปใช้ในการตัดสินใจซึ่งประกอบด้วย การประเมินบริบท (Context Evaluation : C) การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation : I) การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation : P) และการประเมินผลผลิต (Product Evaluation) ในการประเมินการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษา การประเมินการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ปัญหา และอุปสรรคในการปฏิบัติงาน เพื่อเสริมสร้างการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ และสุขภาพขอประชาชนในเขตพื้นที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งเป็นอำเภอนำร่องและเป็นอำเภอที่มีประชากรหลากหลายอาชีพส่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของประชาชนในอำเภอ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นผู้ขับเคลื่อนด้วยการบูรณาการเป้าหมาย ทิศทาง และยุทธศาสตร์อย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยใช้อำเภอเป็นฐาน และประชาชนเป็นศูนย์กลาง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อประเมินการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model

กรอบแนวคิดในการวิจัย





วิธีการศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ คือ นายอำเภอ ปลัดชำนาญการพิเศษ พัฒนาการอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนในอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ซึ่งทำการคัดเลือก กลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive random) กลุ่มละ 1- 3 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 12 ราย

2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ คือ นายอำเภอ ปลัดชำนาญการพิเศษ พัฒนาการอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบลที่ปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนที่อ่านออกเขียนได้ในอำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ใช้วิธีการคัดเลือกแบบหลายขั้นตอน (Multi – stage Sampling) ได้กลุ่มตัวอย่าง 180 ราย

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

เก็บข้อมูลวิจัยในเดือนตุลาคม- พฤศจิกายน 2561 โดยมีการขออนุญาตสาธารณสุขอำเภอ ที่ว่าการอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ใหญ่บ้าน เพื่อขอเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมมาอย่างดีแล้วดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 10-15 นาทีต่อคนตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นแบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด โดยมีประเด็นคำถามประกอบด้วย ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิต

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นแบบสอบถามปลายปิด โดยมีประเด็นคำถามประกอบด้วย ด้านบริบท ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามระดับความคิดเห็นของประชาชนต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นแบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด โดยมีประเด็นคำถามประกอบด้วย ด้านบริบท



ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการและด้านผลผลิต โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งกำหนดความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ

ระดับที่ 5 หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

ระดับที่ 4 หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

ระดับที่ 3 หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับที่ 2 หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย

ระดับที่ 1 หมายถึง มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด

การแปลผล

โดยการแปลความหมายของคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

1.การวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องของแบบสอบถาม นำผลการตรวจแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่าน มาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence : IOC) หรือเรียกว่า ค่า IOC โดยคัดเลือกข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้อง กันที่ค่าคะแนน 0.6 ขึ้นไป

2.การหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ปรับปรุง แก้ไขแล้ว ไปทดลองใช้ (Try out) กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอสำโรง จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ซึ่งประชาชนได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คอนบาค (Conbach's alpha Coefficient) 0.872 และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์คอนบาค (Conbach's alpha Coefficient) 0.908

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลจากแบบสอบถามและแบบทดสอบ มาลงข้อมูลโดยใช้รหัสแทนข้อมูล ส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัยในโปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป โดยกำหนดระดับการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติที่ใช้เชิงพรรณนา(Descriptive Statistics) ใช้อธิบายข้อมูล ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน



จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ SCPHUBI 007/2562 และผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลในกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยตัวเอง ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับ และผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวม

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า เพศหญิงจำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 78.90 เพศชาย จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 21.10 โดยค่าเฉลี่ยของอายุ 45.10 ปี ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.30 รองลงมาคือช่วงอายุ 51-60ปี คิดเป็นร้อยละ 29.90 ตามลำดับ กลุ่มที่มีอายุมากที่สุดคือ 80 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.70 และกลุ่มที่มีอายุน้อยที่สุดคือ 21 ปี คิดเป็นร้อยละ 0.70 โดยกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคิดเป็นร้อยละ 54.40 รองลงมาคือ เขตพื้นที่อำเภอวารินชำราบ คิดเป็นร้อยละ 28.60 และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ คิดเป็นร้อยละ 13.60 ส่วนใหญ่จบการศึกษาอยู่ที่ระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 62.60 รองลงมาคือ ต่ำกว่าปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 25.90 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (\bar{X} = 3.90, SD = 0.75) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านกระบวนการมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.03, SD = 0.75) ด้านผลผลิตมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 4.02, SD = 0.70) ด้านบริบทมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.97, SD = 0.74) และด้านปัจจัยนำเข้ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.73, SD = 0.77) ตามลำดับ

การวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของประชาชนต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (\bar{X} = 3.94, SD = 1.00) ด้านผลผลิต พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (\bar{X} = 4.24, SD = 0.86) ด้านกระบวนการ พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (\bar{X} = 4.02, SD = 0.96) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (\bar{X} = 3.81, SD = 0.105) และด้านบริบท พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก (\bar{X} = 3.80, SD = 1.07) ตามลำดับ

การวิเคราะห์การประเมินการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอโดย CIPP Model พบว่า ระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.73, SD = 0.90) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านบริบทมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.95, SD = 0.73) ด้านปัจจัยนำเข้ามีความคิดเห็น



อยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.60, SD = 0.79) ด้านกระบวนการมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.79, SD = 0.82) ด้านผลผลิตมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.92, SD = 1.25) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ภาพรวมค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ และด้านผลผลิต (n = 147)

ความคิดเห็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) n = 147	Mean	S.D.	แปลผล
ด้านบริบทหรือสภาวะแวดล้อม			
1. การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการกำหนดเป้าหมายการบริการสุขภาพอย่างชัดเจน	4.02	0.70	เห็นด้วยมากที่สุด
2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีขั้นตอนในการดำเนินงานทางด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ	4.01	0.72	เห็นด้วยมาก
3. มีการประสานงานด้านต่าง ๆ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในทุกภาคส่วน	3.91	0.75	เห็นด้วยมาก
4. บรรยากาศในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีความเหมาะสม	3.89	0.77	เห็นด้วยมากที่สุด
รวม	3.95	0.73	เห็นด้วยมาก
ด้านปัจจัยนำเข้า			
5. บุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความรู้ในการปฏิบัติงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเหมาะสม	3.96	0.68	เห็นด้วยมาก
6. มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอบ่อยครั้ง	2.99	1.11	เห็นด้วยปานกลาง
7. การกำหนดบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตรงกับความชำนาญของผู้ปฏิบัติงาน	3.80	0.69	เห็นด้วยมาก
8. จำนวนบุคลากรที่ร่วมดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีความเหมาะสม	3.78	0.73	เห็นด้วยมาก
9. วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีความเพียงพอ	3.48	0.80	เห็นด้วยมาก
10. จำนวนงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรในแต่ละโครงการตามประเด็นสำคัญมีความเพียงพอ	3.31	0.85	เห็นด้วยมาก



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ความคิดเห็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)	Mean	S.D.	แปลผล
n= 147			
11. มีการวางแผนการใช้ทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาเหมาะสมกับบริบท	3.69	0.70	เห็นด้วยมาก
12. มีการกำหนดสถานที่ในการปฏิบัติงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	3.83	0.77	เห็นด้วยมาก
รวม	3.60	0.79	เห็นด้วยมาก
ด้านกระบวนการ			
13. ได้จัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา/ประเด็นพัฒนา	3.79	0.89	เห็นด้วยมาก
14. ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาตามประเด็นสำคัญของบริบทในพื้นที่	3.82	0.76	เห็นด้วยมาก
15. ดำเนินการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอแบบบูรณาการและมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	3.77	0.82	เห็นด้วยมาก
รวม	3.79	0.82	เห็นด้วยมาก
ด้านผลผลิต			
16. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการประเมินผลการดำเนินงานการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทในพื้นที่อย่างมีส่วนร่วม	3.78	0.72	เห็นด้วยมาก
17. ดำเนินการตามแผนดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหาตามประเด็นสำคัญของบริบทในพื้นที่	3.78	0.76	เห็นด้วยมาก
18. มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	3.79	0.82	เห็นด้วยมาก
19. ประชาชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	3.88	0.75	เห็นด้วยมาก
20. ควรดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อไปให้ยั่งยืน	4.38	3.22	เห็นด้วยมาก
รวม	3.92	1.25	เห็นด้วยมาก

การวิเคราะห์ระดับความคิดเห็นของประชาชนต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พบว่า ความคิดเห็นของประชาชนต่อคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยส่วนใหญ่ มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ($\bar{X} = 3.94$, $SD = 1.00$) จากการตอบแบบสอบถามที่ให้ผู้ตอบเขียนตอบอย่างอิสระตามเงื่อนไขที่ข้อคำถามได้กำหนดไว้ประกอบไปด้วย 5 ข้อคำถาม 1) ประชาชนรู้เกี่ยวกับการพัฒนาชุมชนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่พบว่า ประชาชนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ดูแลผู้ป่วยติดเตียง การจัดการขยะในชุมชน และพัฒนาการเด็กสมวัย 2) ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาในการพัฒนาพื้นที่พบว่า มีการจัดการขยะในชุมชนการดูแลผู้สูงอายุ การป้องกันโรคไข้เลือดออก และผู้ด้อยโอกาส 3) ประชาชนได้รับ



ประโยชน์จากการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่บริบทส่วนใหญ่พบว่า มีการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี ปัญหาเสพติดลดลง ลดปัญหาขยะในชุมชน เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี และพัฒนาการเด็กสมวัย 4) ประชาชนทราบถึงผลการดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่เกิดขึ้นในชุมชน พบว่า ส่วนใหญ่มีการรณรงค์ลดขยะในชุมชนส่งเสริมด้านการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัย และการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีสามารถช่วยเหลือตนเองได้รวมถึงผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุดีเยี่ยม 5) ประชาชนมีความต้องการให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตดำเนินงานพัฒนา/แก้ไขปัญหพบว่า ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส ลดอุบัติเหตุ การจราจร และการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี

สรุปผลการวิจัย

ระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 3.73, SD = 0.90) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านบริบทมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ด้านปัจจัยนำเข้ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ด้านกระบวนการมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก ด้านผลผลิตมีความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก รวมถึงประชาชนรู้เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตการดูแลผู้สูงอายุ การจัดการขยะ และพัฒนาการเด็กสมวัยโดยมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหาตามบริบทพื้นที่

ด้านบริบท ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ซึ่งหมายถึงมีการรณรงค์เรื่อง การลดขยะ มีนโยบายการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในด้านงบประมาณการออกกำลังกายจัดตั้งชมรมเดินแอโรบิค และมีนโยบายการรณรงค์ปลอดเหล้าในงานบุญ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการกำหนดนโยบายและทิศทางของการพัฒนาเป็นการกำหนดโดยภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนร่วมกันพิจารณาและเรียงลำดับความสำคัญของปัญหาตามบริบทพื้นที่ เพื่อการบรรลุเป้าหมายสุขภาพ/คุณภาพชีวิต และ"คนอำเภอเดียวกันไม่ทอดทิ้งกัน/คนไทยใส่ใจดูแลกัน" (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ, 2560)

ด้านปัจจัยนำเข้า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ซึ่งหมายถึงมีการจัดให้มีบุคลากร มาให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ มีการจัดสรรงบประมาณให้ตามโครงการสุขภาพอย่างเหมาะสม และมีการนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้พัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ และสุขภาพของประชาชนในอำเภอ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นผู้ดำเนินการผลักดัน จัดตั้งและขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ, 2560)

ด้านกระบวนการ ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ซึ่งหมายถึงมีการพัฒนาให้สวัสดิการแก่ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสอย่างเหมาะสม ประชาชนมีส่วนร่วมในการเสนอแนวทางแก้ไขปัญหสุขภาพของคนในชุมชน และมีการติดตามรับฟังปัญหาคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการดำเนินการที่ทำให้เกิดการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาที่ตรงกับ



ความต้องการของประชาชนในพื้นที่ รวมถึงได้รับการดูแลความเป็นอยู่และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ, 2560)

ด้านผลผลิต ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก ซึ่งหมายถึงประชาชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์ในด้านสวัสดิการของผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส มีการแจ้งข้อมูลข่าวสารของกิจกรรมที่ได้ทำการพัฒนาในพื้นที่ตรงตามความต้องการของคนในชุมชน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามแนวคิดคนไทยใส่ใจ ดูแลกันเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนนับเป็นมิติใหม่ของการปฏิรูปที่มีความเชื่อมโยงผสมผสานการดูแลความเป็นอยู่และการดูแลสุขภาพของประชาชนที่สร้างเสริมให้บุคคล ครอบครัว และชุมชนมีความเป็นอยู่ทางสังคมมีสุขภาวะทางกายจิตที่ดีเกิดความยั่งยืนสืบไป (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ, 2560)

อภิปรายผล

จากการศึกษาการประเมินการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กรณีศึกษาอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานีจากการศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

สถานการณ์การดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีเป้าหมายในการเพิ่มคุณภาพชีวิตของประชาชนประกอบด้วย 3 ประเด็น คือ 1) การดูแลผู้สูงอายุโดยมีประธานชมรมผู้สูงอายุเป็นแกนนำในการดำเนินงานจัดให้มีการอบรมการดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุรวมถึงมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ 2) การจัดการขยะมีการจัดทำโครงการผ้าป่าขยะที่ตำบลบึงหวาย รวมถึงจัดให้มีธนาคารขยะเพื่อนำขยะไปขายแล้วนำเงินที่ได้มาซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 3) พัฒนาการเด็กสมวัย มีการบูรณาการ 5 ประเด็นหลักในการดูแลเด็ก เพื่อพัฒนาการสมวัยในเรื่องสุขภาพ โภชนาการ การส่งเสริมการเรียนรู้ปฏิสัมพันธ์ของผู้ดูแล และความมั่นคงปลอดภัย

ประเมินการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model ระดับความคิดเห็นของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอ และอาสาสมัคร-สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากเมื่อพิจารณาทางด้าน พบว่า

ด้านบริบท พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมากซึ่งหมายถึงการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการกำหนดเป้าหมายการบริการสุขภาพอย่างชัดเจน มีขั้นตอนในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ และมีการประสานงานด้านต่างๆ ในทุกภาคส่วน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการกำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในระดับรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน รวมถึงการของภาครัฐ เอกชน และประชาชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ, 2560)



ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมากซึ่งหมายถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความรู้ในการปฏิบัติงาน มีการกำหนดสถานที่ในการปฏิบัติงาน และการกำหนดบทบาทหน้าที่ตรงกับความชำนาญของผู้ปฏิบัติงาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีอำนาจหน้าที่ในการกำหนดแผนงานและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยกำหนดให้แต่ละอำเภอมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจำนวนไม่เกิน 21 คน ประกอบด้วย ผู้แทนภาครัฐจำนวนไม่เกิน 6 คน ผู้แทนภาคเอกชนจำนวนไม่เกิน 6 คน และผู้แทนภาคประชาชนในอำเภอจำนวนไม่เกิน 7 คน โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นที่ปรึกษานายอำเภอเป็นประธานกรรมการและสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ, 2560)

ด้านกระบวนการ พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมากซึ่งหมายถึง มีการดำเนินการตามแผนพัฒนา/แก้ไขปัญหา ได้มีการจัดประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา และมีการบริหารจัดการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบบูรณาการทุกภาคส่วน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการบูรณาการเป็นการเชื่อมโยงความเป็นหนึ่งเดียวบนพื้นฐานของการลดช่องว่าง ลดความซ้ำซ้อนของการดำเนินงาน เพื่อการพัฒนาสุขภาวะ และคุณภาพชีวิต รวมถึงการมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาการตัดสินใจ การวางแผน การดำเนินงานตามแผน ควบคุมกำกับ และการประเมินผลที่มีการพูดคุยแลกเปลี่ยน (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ, 2560)

ด้านผลผลิต พบว่า ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับเห็นด้วยมากซึ่งหมายถึง ควรดำเนินการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อไปให้ยั่งยืน ประชาชนในพื้นที่ได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการติดตามและการประเมินผลการดำเนินงานให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์เพื่อขับเคลื่อนและดำเนินการอย่างมีส่วนร่วม และผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมจากการดำเนินกิจกรรมและขับเคลื่อนต่างๆ (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ, 2560)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในการกำหนดแผนงาน เป้าหมาย ทิศทางและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในระดับรายบุคคล ครอบครัว ชุมชน เป็นต้น

2) นำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อให้สอดคล้องในแต่ละบริบทของพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเพื่อให้ได้ข้อมูลที่น่าไปสู่การพัฒนาระบบการดำเนินงานให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น

2) ศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมและร่วมรับผิดชอบในประเด็นสุขภาพระดับต่างๆเพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงต่อระบบสุขภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ



เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ ๒๐ ปี ด้านสาธารณสุข*. (ออนไลน์). (อ้างเมื่อ 20 มกราคม 2561). จาก <https://waa.inter.nstda.or.th>
- กิตติ ประพิศไพศาล. (2550). *การศึกษาคุณภาพชีวิตของกำลังพลนายทหารชั้นประทวน กองพลทหารราบที่ 2 รักษาพระองค์จังหวัดปราจีนบุรี*. [ปัญหาพิเศษรัฐประศาสนศาสตร์มหาบัณฑิต. สาขาวิชานโยบายสาธารณสุข. วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ, มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พวงทอง ไกรพิบูลย์. (2560). *ความหมายของคุณภาพชีวิต*. (ออนไลน์). (อ้างเมื่อ 9 สิงหาคม 2561). จาก www.2.tsu.ac.th/org/lic/uploads/images/life.docx.
- โสภณ เมฆธน. (2560). *กระทรวงสาธารณสุขพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอร่วมกับคลินิกหมอครอบครัว และรพ.สต.ติดตาม*. (ออนไลน์). (อ้างเมื่อ 20 มกราคม 2561) จาก <https://www.hfocus.org>.
- สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย.(2559). *คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ*. (ออนไลน์) (อ้างเมื่อ 20 มกราคม 2561) จาก <http://thlp.ops.moph.go.th/dhbinformation.php>.
- สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพ. (2560). *เอกสารประกอบการอธิบาย (ร่าง) ระเบียบสำนักงานนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2560*. สำนักพิมพ์ : บริษัท เดอะกราฟิกซิสเต็มส์ จำกัด.
- Cambel. (2017). *ความหมายของคุณภาพชีวิต*. (ออนไลน์). อ้างเมื่อ 9 สิงหาคม 2561) จาก www.tsu.ac.th/org/lic/uploads/images/life.docx.

ผลของการให้ความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคโดยใช้หอกระจายข่าวหมู่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอภูทอก จังหวัดยโสธร

ชาญชัย บุญเชิด^{1*} และ โสธรา อนุกุลประชา²

¹กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลภูทอก อำเภอภูทอก จังหวัดยโสธร

²กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลไทยเจริญ อำเภอไทยเจริญ จังหวัดยโสธร

(วันที่รับบทความ : 22 มีนาคม 2564 ; วันที่แก้ไข : 9 กันยายน 2564 ; วันที่ตอบรับ : 17 ตุลาคม 2564)

บทคัดย่อ

หอกระจายข่าวชุมชน เป็นสิ่งที่ชุมชนมีอยู่แล้วในทุกชุมชน แต่ยังคงขาดความรู้และการนำเสนอ เพื่อให้เกิดชุมชนเข้มแข็ง ต่อเนื่อง ยั่งยืน ยิ่งในด้านสุขภาพและการคุ้มครองผู้บริโภคแล้ว มีการให้ความรู้ผ่านสื่อหอกระจายข่าวน้อยมาก วัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อประเมินความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ในด้านคุ้มครองผู้บริโภค 5 ด้าน คือ 1) ยาชุดสุดอันตราย 2) เครื่องสำอางไม่ปลอดภัย 3) การใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4) อาหารปลอดภัย 5) สารเคมีกำจัดศัตรูพืช หลังรับความรู้ผ่านหอกระจายข่าวและเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของอสม.และความรู้หลังจากได้รับความรู้ผ่านหอกระจายข่าว รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม.จำนวน 77 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ใน 5 ตำบล อำเภอภูทอก จังหวัดยโสธร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติ pair t-test และ One way ANOVA ผลการศึกษา พบว่า ความรู้ในภาพรวมราย ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน (\bar{X} = 3.63, S.D. = 1.05) สูงกว่า ก่อนการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน (\bar{X} = 2.90, S.D. = 1.05) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล หลังให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าว พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ระดับการศึกษาต่างกัน มีระดับความรู้ในด้านเครื่องสำอาง และด้านสารเคมีกำจัดศัตรูพืชหลังจากให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนรายได้ของกลุ่มตัวอย่างที่ต่างกัน มีระดับความรู้ด้านเครื่องสำอาง สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและการใช้ยาอย่างสมเหตุผลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุป การให้ความรู้โดยใช้หอกระจายข่าวชุมชน เป็นเทคโนโลยีด้านเสียงที่มีประสิทธิภาพ ทำให้อสม.มีความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพเพิ่มขึ้น

คำสำคัญ : หอกระจายข่าวชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน คุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพ

Effect of Consumer Protection Education Using Village News Broadcasting Tower in Kud Chum District Area, Yasothon Province

Chanchai Buncherd^{1*} and Sothara Anukulpracha²

¹Pharmacy and Consumer Protection Group, Kud Chum Hospital, Kud Chum District, Yasothon Province

²Pharmacy and Consumer Protection Group, Thai Charoen Hospital, Thai Charoen District, Yasothon Province

Abstract

Community news broadcasting tower has existed in every community; however, those were still lacking a set of knowledge and presentations in order to create a strong, continuous, sustainable community of health and consumer protection that provided media through the broadcasting tower. The objectives of this research were to evaluate Village Health Volunteer's (VHV) knowledge about 5 aspects of consumer protection including: 1) dangerous drugs, 2) unsafe cosmetics, 3) reasonable use of drugs, 4) food safety, and 5) pesticides tower and study the relationship between personal factors and knowledge after receiving the knowledge through the broadcasting. Action Research was conducted, the purposive sample of 77 VHV were selected from 5 tambons in Kud Chum District. The research instruments were the questionnaires. Data were analyzed using statistical pair t-test and one way ANOVA. The results found that overall, the average score of knowledge, after receiving education ($\bar{x} = 3.63$, S.D. = 1.05) was higher than before the education through the community news broadcasting tower ($\bar{x} = 2.90$, S.D. = 1.05) that was statistically significant difference at the 0.05 level. The personal factors of sex, age, experience of being a volunteer after giving knowledge were not statistically different. Conclusion; Education through the community news distribution tower might be using as the powerful audio technology for enhancing the knowledge about consumer protection and health products for VHV.

Keywords : Community News Broadcasting Tower, Village Health Volunteer's, Consumer Protection Agency, and Health Products Personal

* Corresponding author : ccbc_46151009@hotmail.com , ชานชัย บุญเชิด

โทรศัพท์ : 087-9616919

บทนำ

การคุ้มครองผู้บริโภค หมายถึง การปกป้องดูแลผู้บริโภคให้ได้รับความปลอดภัย เป็นธรรม และประหยัดจากการบริโภคสินค้าและบริการ ทิชากร สำราญชลาธิกรย์ (2555) แม้ว่าจะมีการดำเนินการของเครือข่ายคุ้มครองผู้บริโภคอยู่เป็นจำนวนมาก แต่การพัฒนาความเข้มแข็งกลไกคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพนั้นยังสร้างเสริมศักยภาพไม่มากเพียงพอ การสนับสนุนงานคุ้มครองผู้บริโภคจากสถาบันทางวิชาการด้านข้อมูลและการจัดการความรู้ในวงแคบ ๆ ตลอดจนการนำความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคยังอยู่ในวงจำกัดและการเข้าถึงการวัดความรู้เพื่อประเมินหรือนำมาพัฒนาต่อให้เหมาะสมกับพื้นที่และบริบทของคนไทยยังมีน้อย โดยเฉพาะชุมชนห่างไกลและวิชาชีพอื่นนอกเหนือจากวิชาชีพด้านสุขภาพ ชุมชนและบริบทของชนบทที่ไกลจากอินเทอร์เน็ตและข่าวสารย่อมจะขาดความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคและสุขภาพเป็นเท่าทวีคูณ

จากการศึกษาสถานการณ์ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในเขตสุขภาพที่ 3 ของสิริลักษณ์ รื่นรวย (2560) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใช้น้ำหรือผลิตภัณฑ์อาหารเสริมที่ไม่ปลอดภัย ร้อยละ 10.52 โดยแบ่งเป็น ยาไม่มีทะเบียนยา สติงเกอร์ ยาชุด ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารไม่มีเลขสารบบและตรวจพบสติงเกอร์ ยาปฏิชีวนะ และจากการศึกษาของสมจิต อธิพงษ์ (2558) ในประเด็นเรื่องพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในเขตอำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าตัวอย่างร้อยละ 51.4 มีความรู้เรื่องการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพได้อย่างเหมาะสม น้อยกว่า 6 คะแนน จากคะแนนเต็ม 13 คะแนน และผู้ป่วยร้อยละ 21.6 มีการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ แสดงให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจด้านยาอาหารเสริมและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ด้านสารเคมีทางการเกษตร จิตติพัฒน์ สืบสิมมา และคณะ (2560) ทำการศึกษาพฤติกรรม การใช้และการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกร เพาะปลูกพริกผู้ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในพื้นที่ตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษณ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้และการป้องกันตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุการฉีดพ่นสารเคมีในการเพาะปลูกพริก การได้รับข่าวสาร การอบรม และระดับความรู้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการผิดปกติหลังรับสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ประสบการณ์การเพาะปลูก การฉีดพ่นสารเคมีในการเพาะปลูกพริกชนิดอื่น และพฤติกรรมการใช้และการป้องกันตนเอง ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดอบรมวิธีการใช้และการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างปลอดภัย และควรมีการจัดโปรแกรมการเฝ้าระวังความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอย่างต่อเนื่องทุกปี เพื่อสร้างความตระหนักถึงผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากการเกษตร

ชะอรสิน สุขศรีวงศ์ และคณะ (2555) ได้ทำการทบทวนบทบาทหน้าที่ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stake holder) ในงานด้านต่าง ๆ ทั้งในด้านงานเภสัชกรรม งานท้องถิ่น การสื่อสาร กลไกการจัดการชุมชนพบว่า กลุ่มงานเภสัชกรรม และคุ้มครองผู้บริโภค นอกจากจะตรวจประเมิน ติดตามควบคุม บทบาทในด้านส่งเสริม ป้องกันและการจัดการปัญหาด้านคุ้มครองผู้บริโภค ต้องดูแลรับผิดชอบงานด้านนี้โดยตรง โดยต้องทำงานรับผิดชอบในหลายบทบาทหน้าที่ อีกทั้ง ต้องดูแลประชาชนในพื้นที่จำนวนมาก ออกพื้นที่เป็นระยะทางไกล ขาดแคลนทั้งด้านเงินและงบประมาณสนับสนุน

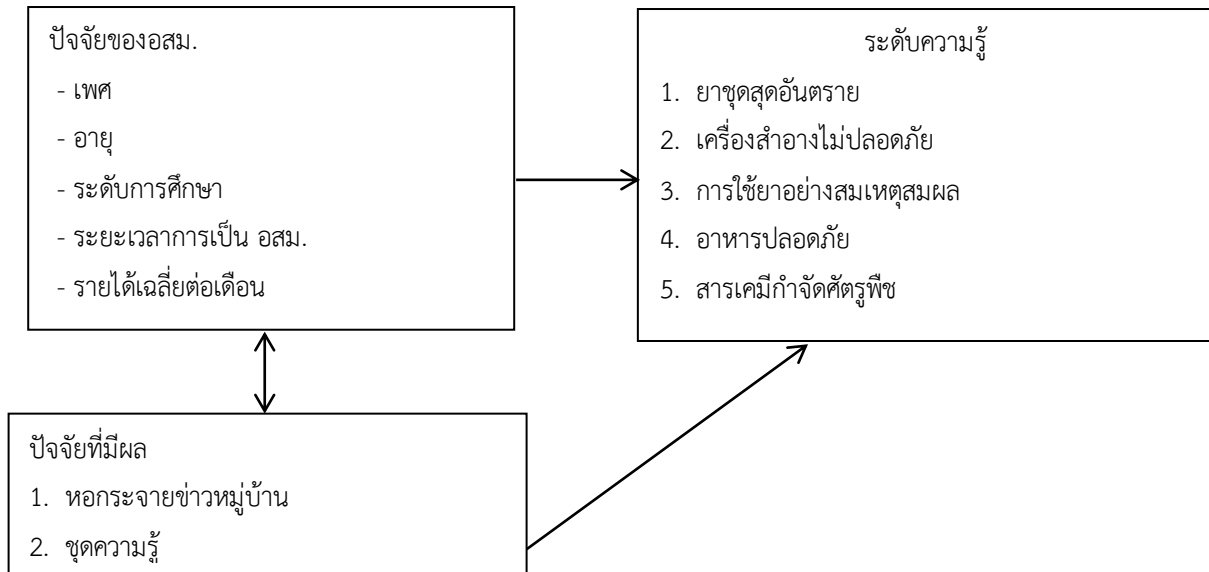
การจัดการปัญหาในพื้นที่จำเป็นอย่างยิ่งยวดที่ต้องมีนวัตกรรมเป็นเครื่องมือ มีชุมชน มีคนต้นแบบ มีคณะครู นักเรียน อย.น้อย อสม. เป็นสิ่งขับเคลื่อนในการทำงานร่วมกันในด้านบทบาทของท้องถิ่น เช่น ผู้นำชุมชน นายกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน พัฒนาการอำเภอ ปลัดอำเภอ นายอำเภอ ก็เป็นกลไกหนึ่งในการเข้าถึงชุมชนและต้องมียุทธศาสตร์และกระบวนการในการส่งเสริมช่วยให้ท้องถิ่น หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้เข้าถึงประชาชน จากประเด็นที่ว่า การให้ความรู้ให้ชัดเจน เนื้อหาและวิธีการสื่อสารต้องมีประสิทธิภาพในการส่งถึงกลุ่มเป้าหมาย กระบวนการกระจายความรู้ให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายนั้นอาจใช้สื่อบุคคล เช่น ผู้บริหารของส่วนราชการ ผ่านสื่อมวลชนในวงกว้าง และใช้สื่อบุคคลในชุมชน เช่น อปท. ผู้นำชุมชน

พื้นที่อำเภอภูซำมีปัญหาด้านอาหาร โดยในปี 2559 ตำบลหนองหมีพบอาหารเป็นพิษ อาเจียน ท้องเสีย ทั้งตำบลกว่า 150 คน จากของหวานงานทำบุญตักบาตรแป้นเปียกฆ่าแมลงในเมล็ดข้าวโพด งานควบคุมโรค สสจ.ยโสธร (2559) ด้านการใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผล ตัวอย่างเช่น รพ.สต.หนองแกเคยพบปัญหา การจ่ายยาฆ่าเชื้อ ในโรคหวัด เจ็บคอ หรือปัญหาท้องเสีย มากกว่าร้อยละ 60 โรงเรียนเมืองกลางประชานุกูลพบปัญหานักเรียนท้องเสีย จากปัญหาอาหารในโรงอาหารไม่สะอาดจากหลาย ๆ สาเหตุ เช่น ผักไม่สะอาด สิ่งปลอมปนในอาหาร ปลายปี 2560 พบปัญหายาประดงชนิดหนึ่งระบาดในเขตพื้นที่บ้านหนองเรือชาวบ้านกลุ่มหนึ่งจำนวน 8 ราย ลักลอบกินยาน้ำประดงเป็นระยะเวลา 2 เดือนทำให้เกิดไตวาย 2 ราย ต้องฟอกไตทางหน้าท้อง (CAPD) โดยมีร้านชำและชาวบ้านเป็นตัวแทนจำหน่าย จากปัญหาด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในบริบทของพื้นที่ การรับทราบข้อมูลข่าวสารและความรู้ ความเข้าใจต่อยา อาหาร เครื่องสำอาง สารเคมีทางการเกษตร และการใช้ยาสมเหตุผล จึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการพัฒนา และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนชาวบ้านที่อยู่ในพื้นที่ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาในด้านนี้โดยหากอสม. ได้รับความรู้ในทุกด้านดังกล่าวผ่านหอกระจายข่าวแล้ว จะมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ดีขึ้นเพียงใด เพื่อที่อสม. จะนำความรู้นี้ไปเผยแพร่ต่อในชุมชนต่อไปในอนาคตการให้ผู้นำชุมชนใช้หอกระจายข่าวให้ความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภค แก่อสม.ที่มีอยู่ในทุกหมู่บ้านเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยในด้านการจัดการปัญหาสุขภาพและช่วยแก้ไขปัญหาด้านการคุ้มครองผู้บริโภคในชุมชน จะเป็นการง่ายหากนำสิ่งที่ชุมชนมีอยู่แล้วมาช่วยในการให้ความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภค โดยใช้ชุดความรู้ที่เข้าใจง่าย มีประโยชน์ และวัดผลได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อประเมินความรู้ อสม.ในพื้นที่เป้าหมายเกี่ยวกับ ยาชุด เครื่องสำอาง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อาหารและการใช้ยาสมเหตุผลหลังรับความรู้ผ่านหอกระจายข่าว
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของอสม. ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเป็นอสม.รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงความรู้เกี่ยวกับ ยาชุด เครื่องสำอาง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อาหารและการใช้ยาสมเหตุผลหลังการรับความรู้ผ่านหอกระจายข่าว

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ภาพประกอบ 1 : กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) โดยมีเกษตรกรเป็นผู้ดำเนินการวิจัยหลัก ในทุกขั้นตอนการวิจัย กลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกระบวนการวิจัย ใช้วิธีการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ใช้ระยะเวลาการวิจัยทั้งหมด 6 เดือน ตั้งแต่ มกราคม - มิถุนายน 2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับฟังความรู้ผ่านหอกระจายข่าวและทำแบบทดสอบก่อนและหลัง จำนวนทั้งสิ้น 73 คน คิดเป็น 100% โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

- เป็นอสม.ในหมู่บ้านประจำตำบล โพนงาม คำฝักกุด หนองหมี กำแมด เทศบาลกุดชุม
- มีที่อยู่ห่างจากตำบลอื่นๆ อย่างน้อย 3 กิโลเมตร
- พื้นที่อำเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร โดยครอบคลุม 5 ตำบล ได้แก่ ตำบลโพนงาม ตำบลคำฝักกุด ตำบลกำแมด

ตำบลหนองหมี และเทศบาลกุดชุม โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ในการเก็บข้อมูล ดังนี้ แต่ละตำบลอยู่ห่างกัน อย่างน้อย 3 กิโลเมตร เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนที่ได้รับผ่านทางหอกระจายข่าว

ตัวแปรและการวัดค่า

กรณีศึกษาเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) เนื่องจากทราบขนาดของประชากร

สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร

กรณีทราบจำนวนกรณีทราบจำนวนประชากรที่ศึกษา (หรือศึกษาในประชากรขนาดเล็ก)

$$n = \frac{N Z^2 \alpha/2 \sigma^2}{e^2 (N-1) + Z^2 \alpha/2 \sigma^2}$$

เมื่อ $Z_{\alpha/2}$ = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ($Z_{\alpha/2}$ หรือ $Z_{0.025} = 1.960$)

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับเกิดขึ้นได้ ตัวอย่างเช่น ผู้วิจัยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนของค่าเฉลี่ยที่ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างแตกต่างจากค่าเฉลี่ยของประชากรเท่ากับ 0.05

σ = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของเครื่องมือที่ศึกษา เช่น เท่ากับ 0.46

N = จำนวนประชากรที่ศึกษา คือ อสม. 5 ตำบลจำนวน 82 คน

$$\begin{aligned} n &= \frac{N Z^2 \alpha/2 \sigma^2}{e^2 (N-1) + Z^2 \alpha/2 \sigma^2} \\ &= \frac{65.485}{1} = 66 \text{ คน} \end{aligned}$$

โดยสำรวจตัวอย่างไว้ร้อยละ 5 ของขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ คิดเป็นประมาณ 73 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. ชุดให้ความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพผ่านหอกระจายข่าว 1 ชุด ประกอบด้วยความรู้ 5 ด้าน ดังนี้ 1) ยาชุดสุดอันตราย 2) เครื่องสำอางไม่ปลอดภัย 3) การใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4) อาหารปลอดภัย 5) สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

2. แบบเก็บข้อมูลก่อนและหลังการรับฟังหอกระจายข่าวของ อสม. ประกอบด้วยตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และ ตอนที่ 2 เป็นแบบทดสอบด้านคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพ 5 ด้าน ดังนี้ 1) ยาชุดสุดอันตราย 2) เครื่องสำอางไม่ปลอดภัย 3) การใช้ยาอย่างสมเหตุผล 4) อาหารปลอดภัย 5) สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาใช้สถิติร้อยละในการวิเคราะห์ข้อมูลและแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) แบบสอบถามนี้ทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม (Cronbach's alpha) ได้ค่ารวมเท่ากับ 0.76

และแบบสอบถามได้รับการประเมินความถูกต้องจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านสาธารณสุข จำนวน 3 ท่าน ค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) เท่ากับ 0.81

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ใหญ่บ้านให้ความรู้ (เปิดชุดให้ความรู้หรือเป็นผู้พูดตามสคริปต์) ผ่านหอกระจายข่าว ตามแบบฟอร์มที่เภสัชกรเตรียมไว้ให้ความรู้โดยอสม.ที่ทำแบบทดสอบก่อนและหลังฟังความรู้ต้องเป็นคนเดียวกัน มีระยะเวลาห่างกันหลังทำแบบทดสอบก่อนรับความรู้ 1 สัปดาห์ โดยมีกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านให้ความรู้ด้านยา อาหาร สเตียรอยด์ เครื่องสำอาง สารเคมีตกค้างทางการเกษตรทุกวันในช่วงเช้า 06.00 น. - 06.30 น.ของทุกวัน จนครบ 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นให้อสม. ทำแบบทดสอบหลังรับความรู้ หลังจากนั้นเภสัชกรเก็บแบบทดสอบมาบันทึกค่าข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบระหว่างประชากรที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน pair t-test และ One way ANOVA ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการประมวลผล

ผลการวิจัย

1.ประเมินความรู้ อสม.ในพื้นที่เป้าหมายเกี่ยวกับ ยาชุด เครื่องสำอาง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อาหารและการใช้ยา สมเหตุผลหลังรับความรู้ผ่านหอกระจายข่าว

ตาราง 1 ความรู้ อสม.ในพื้นที่เป้าหมายด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิและการส่งเสริมสุขภาพ

ความรู้ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิและการส่งเสริมสุขภาพ	ก่อนให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน				หลังให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน			
	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD	จำนวน	ร้อยละ	\bar{X}	SD
น้อย (0-8 คะแนน)	5	6.85	14.51	3.78	0	0.00	18.16	3.93
ปานกลาง (9-16 คะแนน)	48	65.75			32	43.84		
มาก (17-25 คะแนน)	20	27.40			41	56.16		
รวม	73	100.00			73	100.00		

จากตารางที่ 1 ผลการศึกษาพบว่า ก่อนให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิและการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 65.75 รองลงมา คือ มีความรู้ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 27.40 และ มีความรู้ อยู่ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 6.85 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ (\bar{X} = 14.51, SD. = 3.78) ส่วนหลังให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิและการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 56.16 รองลงมาคือ มีความรู้ อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 43.84 โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ (\bar{X} = 18.16, SD. = 3.93)

ตารางที่ 2 ความรู้ อสม.ในพื้นที่เป้าหมายเกี่ยวกับ ยาชุด เครื่องสำอาง สารเคมีกำจัดศัตรูพืช อาหารและการใช้ยา สมเหตุผลหลังรับความรู้ผ่านหอกระจายข่าว

ความรู้ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิและการส่งเสริมสุขภาพ	(ก่อนให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน)		(หลังให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน)	
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD
ด้านยาชุด	3.81	1.17	4.33	0.82
ด้านเครื่องสำอาง	1.86	1.00	3.04	1.24
ด้านยาฆ่าแมลง	2.33	0.97	2.93	1.39
ด้านอาหาร	3.90	1.07	4.49	0.71
ด้านการใช้ยาสมเหตุผล(RDU)	2.60	1.08	3.37	1.11
ภาพรวม	2.90	1.05	3.63	1.05

จากตารางที่ 2 ผลการศึกษาพบว่า ก่อนให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิและการส่งเสริมสุขภาพ ด้านอาหาร มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (\bar{X} = 3.90, S.D. = 1.07) รองลงมาคือ ด้านยาชุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (\bar{X} = 3.81, S.D. = 1.17) ด้านการใช้ยาสมเหตุผล(RDU)มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (\bar{X} = 2.60, S.D. = 1.08) ด้านยาฆ่าแมลง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (\bar{X} = 2.33, S.D. = 0.97) และด้านเครื่องสำอาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (\bar{X} = 1.86, S.D. = 1.00) หลังให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิและการส่งเสริมสุขภาพ ด้านอาหาร มากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (\bar{X} = 4.49, S.D. = 0.71) รองลงมาคือ ด้านยาชุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (\bar{X} = 4.33, S.D. = 0.82) ด้านการใช้ยาสมเหตุผล (RDU) มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (\bar{X} = 3.37, S.D. = 1.11) ด้านเครื่องสำอาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (\bar{X} = 3.04, S.D. = 1.24) 3.04 และด้านยาฆ่าแมลง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ (\bar{X} = 2.93, S.D. = 1.36) ค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน สูงกว่า ก่อนการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.05$)

2. ผลการเปรียบเทียบระดับความรู้ ก่อนและหลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย ลดหวานมันเค็ม หลีกเลียงยาเสพติด ยาชุดและยาปฏิชีวนะ ซื้อเครื่องสำอางได้เหมาะสม ก่อนและหลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน รายด้าน

ความรู้ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิและการส่งเสริมสุขภาพ	n	Mean	SD	t	df	Sig.	
ด้านยาชุด	ก่อนการให้ความรู้	73	3.81	1.14	-3.471	72	0.001*
	หลังการให้ความรู้	73	4.33	0.82			
ด้านเครื่องสำอาง	ก่อนการให้ความรู้	73	1.86	1.00	-6.823	72	0.000*
	หลังการให้ความรู้	73	3.04	1.24			

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย ลดหวานมันเค็ม หลีกเลียงยาเสพติด ยาชุดและยาปฏิชีวนะ ชื่อเครื่องสำอางที่เหมาะสม ก่อนและหลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน รายด้าน (ต่อ)

ความรู้ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิและการส่งเสริมสุขภาพ		n	Mean	SD	t	df	Sig.
ด้านยาฆ่าแมลง	ก่อนการให้ความรู้	73	2.33	0.97	-2.778	72	0.007*
	หลังการให้ความรู้	73	2.93	1.39			
ด้านอาหาร	ก่อนการให้ความรู้	73	3.90	1.07	-3.872	72	0.000*
	หลังการให้ความรู้	73	4.49	0.71			
ด้านการใช้ยาสมเหตุผล (RDU)	ก่อนการให้ความรู้	73	2.60	1.08	-4.383	72	0.000*
	หลังการให้ความรู้	73	3.37	1.11			
ภาพรวม	ก่อนการให้ความรู้	73	14.51	3.78	-5.222	72	0.000*
	หลังการให้ความรู้	73	18.16	3.93			

จากตารางที่ 3 ผลการศึกษาการเปรียบเทียบระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย ลดหวานมันเค็ม หลีกเลียงยาเสพติด ยาชุดและยาปฏิชีวนะ ชื่อเครื่องสำอางที่เหมาะสม ก่อนและหลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน ภาพรวมและรายด้าน พบว่า ความรู้ในภาพรวม รายด้านได้แก่ ด้านยาชุด ด้านเครื่องสำอาง ด้านยาฆ่าแมลง ด้านอาหาร ด้านการใช้ยาสมเหตุผล (RDU) โดยมีค่า t เท่ากับ -5.222, -3.471, -6.823, -2.778, -3.872 และ -4.383 ตามลำดับ จะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน สูงกว่า ก่อนการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้หลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน

การศึกษานี้มีลักษณะประชากรได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง ระยะเวลาการเป็น อสม.และ รายได้ต่อเดือน โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (Pair t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) ซึ่งแสดงผลวิเคราะห์ได้ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย ลดหวานมันเค็ม หลีกเลียงยาเสพติด ยาชุดและยาปฏิชีวนะ ชื่อเครื่องสำอางที่เหมาะสม หลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน จำแนกตาม เพศ

ความรู้ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ และการส่งเสริมสุขภาพ	เพศ	n	Mean	SD	t	df	Sig.
ด้านอาหาร	ชาย	21	4.19	0.93	-2.391	71	0.019*
	หญิง	52	4.62	0.57			
ภาพรวม	ชาย	21	17.33	3.68	-1.152	71	0.253
	หญิง	52	18.50	4.01			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

จากตารางที่ 4 ผลการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบเพศกับความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกัน มีความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชนไม่แตกต่างกัน ในภาพรวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกัน มีความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน แตกต่างกันในด้านอาหาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ระบุ p-value) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมีความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพในด้านอาหาร มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศชาย

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย ลดหวานมันเค็ม หลีกเลียงยาเสพติด รอยด ยาชุดและยาปฏิชีวนะ ซื่อเครื่องสำอางได้เหมาะสม หลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน จำแนกตาม อายุ

ความรู้ด้านเภสัชกรรม ปฐมนุฏีและการส่งเสริม สุขภาพ	แหล่งความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	56.530	3	18.843	1.234	0.304
	ภายในกลุ่ม	1053.497	69	15.268		
	รวม	1110.027	72			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

จากตารางที่ 5 ผลการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบอายุ กับความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุแตกต่างกัน มีความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชนในภาพรวม ไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย ลดหวานมันเค็ม หลีกเลียงยาเสพติด รอยด ยาชุดและยาปฏิชีวนะ ซื่อเครื่องสำอางได้เหมาะสม หลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน จำแนกตาม ระดับการศึกษา

ความรู้ด้านเภสัชกรรม ปฐมนุฏีและการส่งเสริม สุขภาพ	แหล่งความ แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
ด้านเครื่องสำอาง	ระหว่างกลุ่ม	20.716	3	6.905	5.285	0.002*
	ภายในกลุ่ม	90.161	69	1.307		
	รวม	110.877	72			

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย ลดหวานมันเค็ม หลีกเลียงยาเสพติด ยาชุดและยาปฏิชีวนะ ซื่อเครื่องสำอางได้เหมาะสม หลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน จำแนกตาม ระดับการศึกษา (ต่อ)

ความรู้ด้านเภสัชกรรม	แหล่งความ					
ปฐมภูมิและการส่งเสริม	แปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig.
สุขภาพ						
ด้านยาฆ่าแมลง	ระหว่างกลุ่ม	15.596	3	5.199	2.915	0.040*
	ภายในกลุ่ม	123.061	69	1.783		
	รวม	138.658	72			
ภาพรวม	ระหว่างกลุ่ม	167.344	3	55.781	4.083	0.010*
	ภายในกลุ่ม	942.683	69	13.662		
	รวม	1110.027	72			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 6 ผลการศึกษาพบว่า การเปรียบเทียบระดับการศึกษา กับความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน พบว่า รายด้านเครื่องสำอางและด้านยาฆ่าแมลง และภาพรวมกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพ หลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชนในภาพรวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย ลดหวานมันเค็ม หลีกเลียงยาเสพติด ยาชุดและยาปฏิชีวนะ ซื่อเครื่องสำอางได้เหมาะสม หลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน จำแนกตาม ระดับการศึกษา เป็นรายคู่

ระดับการศึกษา	\bar{x}	ป.4 หรือ ป.6	ม.3 ถึง ม.6	อนุปริญญา	ปริญญาตรี
ด้านเครื่องสำอาง					
ป.4 หรือ ป.6	2.40	-			
ม.3 ถึง ม.6	3.16	0.76	-		
อนุปริญญา	4.67	2.27*	1.50	-	
ปริญญาตรี	5.00	2.60	1.84	0.33	-
ด้านยาฆ่าแมลง					
ป.4 หรือ ป.6	3.00	-			
ม.3 ถึง ม.6	2.76	-0.24	-		
อนุปริญญา	5.00	2.00	2.24*	-	
ปริญญาตรี	4.00	1.00	1.24	-1.00	-

ตารางที่ 7 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย ลดหวานมันเค็ม หลีกเลียงยาเสพติด ยาสูบและยาปฏิชีวนะ ซื่อเครื่องสำอางได้เหมาะสม หลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน จำแนกตาม ระดับการศึกษา เป็นรายคู่ (ต่อ)

ระดับการศึกษา	\bar{x}	ป.4 หรือ ป.6	ม.3 ถึง ม.6	อนุปริญญา	ปริญญาตรี
ภาพรวม					
ป.4 หรือ ป.6	17.20	-			
ม.3 ถึง ม.6	18.06	0.46	-		
อนุปริญญา	24.33	7.13*	6.27*	-	
ปริญญาตรี	24.00	6.80	5.93	-0.33	-

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 7 ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารปลอดภัย ลดหวานมันเค็ม หลีกเลียงยาเสพติด ยาสูบและยาปฏิชีวนะ ซื่อเครื่องสำอางได้เหมาะสม หลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน จำแนกตาม ระดับการศึกษา เป็นรายคู่ ดังนี้

ด้านเครื่องสำอาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา อนุปริญญา มีความรู้ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ และการส่งเสริมสุขภาพ หลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน ด้านเครื่องสำอาง มากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา ป.4 หรือ ป.6

ด้านยาฆ่าแมลง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา อนุปริญญา มีความรู้ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ และการส่งเสริมสุขภาพ หลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน ด้านยาฆ่าแมลง มากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา ม.3 ถึง ม.6

ภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา อนุปริญญา มีความรู้ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิ และการส่งเสริมสุขภาพ หลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน ภาพรวม มากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษา ป.4 หรือ ป.6 และระดับการศึกษา ม.3 ถึง ม.6

อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคโดยใช้หอกระจายข่าวหมู่บ้านในเขตพื้นที่อำเภอคุศุม จังหวัดยโสธร พบว่า อสม. ใน 5 ตำบล ก่อนได้รับความรู้ อสม.ยังมีความรู้ความเข้าใจในด้านคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่มากนักหลังให้ความรู้ ความรู้ด้านเภสัชกรรมปฐมภูมิและการส่งเสริมสุขภาพ ผ่านหอกระจายข่าวชุมชนพบว่า อสม.มีความรู้เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลของ อสม. ซึ่งสอดคล้องกับ การวิจัยของ วิยดา เจริญใจจันทร์และคณะ (2554) ทำการศึกษาด้วยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม และแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ในอำเภอห้วยคต จังหวัดอุทัยธานี พบว่าภายหลังการทดลองโดยใช้โปรแกรม

การเรียนรู้มีคะแนนสูงกว่าก่อนให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และสอดคล้องกับ ราตรี จุลศิริ (2560) ทำการศึกษาเครือข่ายผู้บริโภค : การมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งและรู้จักสิทธิในกิจการกระจายเสียงและโทรทัศน์ จากการศึกษาพบว่า การพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนที่เป็นเครือข่ายผู้บริโภคในกิจการกระจายเสียงและโทรทัศน์เกิดการมีส่วนร่วมและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของเครือข่ายส่งผลให้ภาคประชาชนเกิดการตื่นตัวและกระตือรือร้นที่จะเรียนรู้สิทธิเสรีภาพและการมีส่วนร่วมของตนเอง และเป็นการพัฒนาจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในอีกทางหนึ่ง

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- การวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยเปรียบเทียบประสิทธิภาพและประสิทธิผลระหว่างการสื่อสารสุขภาพของสื่อท้องถิ่นแต่ละประเภท อาทิ วิทยุกระจายเสียงคลื่นหลัก วิทยุชุมชน เคเบิลทีวีท้องถิ่น ผู้สื่อข่าว การประชุมกลุ่มตามหมู่บ้าน กลุ่มจังหวัด กลุ่มฉันทพลที่วัด กลุ่ม LINE กลุ่ม Facebook เพื่อแสวงหาสื่อท้องถิ่นที่สามารถนำเสนอข้อมูลด้านคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในเชิงลึก
- การวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยในพื้นที่อื่น ๆ อาทิในระดับชุมชน หรือในภาคอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เช่น ภาคเหนือ ภาคตะวันออก เพื่อเปรียบเทียบความต่างของการสื่อสารด้านคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพของสื่อท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) จากผลการศึกษาวิจัยที่แตกต่างกันส่งผลต่อความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพหลังการให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวชุมชน ซึ่งผู้ที่สนใจในวิจัยดังกล่าวไปศึกษาถึงประเด็นวิจัยดังกล่าวทำให้มีผลต่อการรับรู้ข่าวสารดังกล่าว
- 2) จากผลการวิจัยเกษตรกร พบว่า หอกระจายข่าวชุมชนมีศักยภาพในการสื่อสารด้านคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพ แต่ในพื้นที่ยังมีสื่ออื่น อาทิ วิทยุกระจายเสียงคลื่นหลัก วิทยุชุมชน ผู้สื่อข่าว การประชุมกลุ่มตามหมู่บ้าน กลุ่มจังหวัด กลุ่มฉันทพลที่วัด กลุ่ม LINE กลุ่ม Facebook เป็นต้น ที่สามารถเป็นช่องทางในการสื่อสารเพื่อกระจายความรู้ด้านคุ้มครองผู้บริโภคและผลิตภัณฑ์สุขภาพ เกษตรกรสามารถนำช่องทางการสื่อสารเหล่านี้ใช้เพื่อเผยแพร่ให้ความรู้กับประชาชนหรือผู้นำหมู่บ้าน ตลอดจนนักเรียน นักศึกษาที่สนใจความรู้ด้านสุขภาพได้

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.ยโสธร. (2559). รายงานสอบสวนโรค.สืบค้นจากเว็บไซต์กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.ยโสธร. สืบค้นเมื่อวันที่ 21 มิถุนายน 2561, จาก <http://203.157.181.13/cdyaso>.
- จิตติพัฒน์ สืบสิมมา, ทศนีย์ ศิลาวรรณและณิชชาภัทร ชั้นสาคร . (2560). พฤติกรรมการใช้และการป้องกันตนเอง จากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกร เพาะปลูกพริกผู้ฉีดพ่นสารเคมีกำจัดศัตรูพืช: กรณีศึกษา ตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารพิษวิทยาไทย*.; 32(1) : 9-25
- ชะอรสิน สุขศรีวงศ์, วราวุธ เสริมสินสิริ, สัญชัย จันทร์โต, วชิรณี เกิดเยี่ยม และสุธาทิพย์ ธนภาคย์(2555). รายงาน การทบทวนวรรณกรรมและสถานการณ์การคุ้มครอง ผู้บริโภคในระบบสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ทิชากร สำราญชลารักษ์. (2555). ความหมายของการคุ้มครองผู้บริโภค. สืบค้นเมื่อ 27 พฤศจิกายน 2563, จาก <https://sites.google.com/site/kruticha/bth-reiyn/ngan-thurkic/hrwy-thi-3-ngein thxng-khxng-mi-kha/kar-khumkhrxng-phu-briphokh>.
- ราตรี จุลศิริ. (2560) เครือข่ายผู้บริโภค : การมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งและรู้จักสิทธิในกิจการกระจายเสียงและ โทรทัศน์. สำนักงานคณะกรรมการกิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ.
- วิยดา เจียมเจือจันทร์และคณะ. (2554). ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้ และ พฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาต้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ของผู้ใช้แรงงาน. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*, 5(2). 34-44 .
- สิริลักษณ์ รื่นรวย และสุรศักดิ์ เส่าแก้ว.(2560). สถานการณ์ยาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในเขตสุขภาพที่ 3. *วารสารเภสัชกรรมไทย*.
- สิริลักษณ์ รื่นรวย. (2555). การสร้างเครือข่ายงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านเครื่องสำอางในชุมชน : กรณีศึกษาตำบลบ้านไร่ อำเภอบ้านไร่ จังหวัดอุทัยธานี. [มหาวิทยาลัยศิลปากร].
- สมจิต อสีพงษ์.(2558). พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ไม่มีบ่งชี้ทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ใน อำเภอราศีไศล จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 7(2). 105-113.

การศึกษาการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ถูกสัตว์กัด โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ จังหวัดสกลนคร

ศิริวรรณ ไชยเชษฐ์

โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ จังหวัดสกลนคร

(วันที่รับบทความ : 6 สิงหาคม 2564 ; วันที่แก้ไข : 30 ตุลาคม 2564 ; วันที่ตอบรับ: 3 พฤศจิกายน 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อกรณีที่ถูกสัตว์กัด 2) เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนผู้ถูกสั่งใช้ยาระหว่างก่อนและหลังมีแนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในแผลที่ถูกสัตว์กัด และ 3) เปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างก่อนและหลังมีแนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อแบบที่เรีย ใช้รูปแบบวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลังโดยศึกษาเวชระเบียนผู้ป่วยที่ถูกสัตว์กัดหรือต่อที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณจังหวัดสกลนครจำนวน 171 คน เก็บข้อมูลระหว่าง เมษายน 2562 – เมษายน 2563 จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยก่อนมีแนวทางการรักษาจำนวน 120 คน หลังมีแนวทางการรักษามีจำนวน 51 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างสัดส่วนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ใช้ยาปฏิชีวนะ และผลการรักษาระหว่างก่อนและหลังการมีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะ โดยใช้ไคว์สแควร์และฟีเชอร์ ผลการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ป่วยเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.06 อายุเฉลี่ย 40 ปี ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 86.55 ถูกตะขาบกัดมากที่สุดร้อยละ 42.69 บริเวณที่กัดมากที่สุดคือมือ ร้อยละ 41.52 เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในแผลที่ถูกสัตว์กัดมีสัดส่วนลดลงทั้งตะขาบแมงป่อง ผึ้ง ต่อ แตน และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) แต่ผลการรักษาไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : ยาปฏิชีวนะ แผล สัตว์กัด

The study of prescribe prophylactic antibiotic for wound infection in animal bite in Kokrisupan hospital Sakon Nakhon province

Siriwan chayachate

Khok Sri Suphan Hospital, Sakon Nakhon Province

Abstract

The aims of research were to: 1) study antibiotics used for prevention wound infectious in animals bite, 2) compared the ratio of patients who received antibiotics before and after guideline used antibiotic to prevent wound infectious by animals bite, and 3) compared therapeutics effect before and after guideline antibiotic used for prevention wound infection. Retrospective analytical study was conducted by collecting sample data from medical record 171 patients who had animal bitten and were treated in Kokrisupan hospital Sakon Nakhon province during April 2019 and April 2020. There were 120 patients before guideline antibiotic implementing and there were 51 patients after guideline antibiotic using. Data were analyzed by frequency percentage mean and chi square.

The results shown most of sample was women (59.06%), average age about 40 years old and non-chronic disease (86.55%). Most common animal bite was Centipedes (42.69%), hand was the most bite site (41.52%). Antibiotics use before and after implementing antibiotic guideline was decrease significantly different ($p < 0.05$) in Centipedes, scorpion, bee bites. The outcomes of treatment were not different.

Keywords : antibiotic, wound, animal bite

*Corresponding author: กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ
จังหวัดสกลนคร 042 766054 ต่อ 241 siriwankopon@gmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามของการใช้ยาอย่างสมเหตุผล คือ ผู้ป่วยได้รับยาที่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพ โดยใช้ขนาดที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ด้วยระยะเวลาที่เหมาะสม และมีค่าใช้จ่ายต่อชุมชนและผู้ป่วยน้อยที่สุด (รุ่งทิวา หมื่นปา, 2559) นอกจากนี้องค์การอนามัยโลกยังได้ระบุว่า มากกว่าครึ่งของการใช้ยาเป็นไปอย่างไม่สมเหตุผล การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลที่พบเห็นเป็นประจำ เช่น การใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในแผลสดทั่วไป การใช้ยาปฏิชีวนะกับผู้ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ หรือโรคท้องร่วง โดยไม่แยกแยะว่ามีการติดเชื้อจากแบคทีเรียหรือไม่ การใช้ยาอย่างไม่สมเหตุผลทำให้ผู้ป่วยได้รับยาได้รับยาส่วนเกิน นำอันตรายสู่ผู้ใช้ยาโดยไม่จำเป็น (พิสนธิ จงตระกูล, 2558) ปัญหาการใช้ยาด้านจุลชีพอย่างไม่สมเหตุผลพบในสถานบริการทุกระดับในประเทศไทย ปัญหาเชื้อแบคทีเรียดื้อยาเป็นปัญหาสำคัญและจำเป็นต้องหาแนวทางในการป้องกัน ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียตามมาทั้งในระดับบุคคลผู้ใช้ยาทำให้เกิดปัญหาต่อประสิทธิผลของการรักษา การเกิดปัญหาเชื้อโรคดื้อยามากขึ้น จากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เป็นไปตามข้อบ่งชี้ ทำให้ผู้ป่วยต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีมาตรการเพื่อลดการดื้อยาให้น้อยลงจึงได้กำหนดให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล(ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา, 2561)

สถานการณ์การติดเชื้อทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อประมาณปีละ 700,000 คน หากไม่เร่งแก้ไข คาดว่าในปี 2593 จะมีผู้เสียชีวิตจากเชื้อดื้อยา 10 ล้านคน ประเทศในแถบเอเชียจะมีผู้เสียชีวิต 4.7 ล้านคน คิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจ 3.5 พันล้านล้านบาท สำหรับประเทศไทยพบว่า มีการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาประมาณปีละ 88,000 คน โดยเสียชีวิตประมาณปีละ 38,000 คน คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจ 4.2 หมื่นล้านบาท (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2560) สำหรับโรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณพบว่า การใช้ยาปฏิชีวนะในแผลสด คิดเป็นร้อยละ 47.22 ซึ่งยังสูงกว่าค่ามาตรฐานที่กำหนดอยู่ร้อยละ 7.22 (โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ, 2561) ส่งผลให้ทางโรงพยาบาลไม่สามารถผ่าน RDU (rational drug use) ขั้นที่ 2 ได้ อีกทั้งนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนครได้กำหนดโรงพยาบาลที่ต้องผ่าน RDU ขั้นที่ 2 ซึ่งทางโรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณเป็นหนึ่งในโรงพยาบาลที่กำหนดให้มีการดำเนินการผ่าน RDU ขั้นที่ 2 ดังนั้นทางโรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณจึงต้องมีมาตรการลดการใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อให้ถึงเป้าหมายที่วางไว้

จากการศึกษาพบว่า มีสัตว์หลายชนิดที่เมื่อโดนกัดหรือตอยไม่จำเป็นต้องใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ การรักษาตะขาบกัดใช้ยาแก้ปวด หากบวมมากใช้การประคบเย็น การใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ยังไม่มีข้อมูลว่าได้ประโยชน์ การดูแลผื่น ต่ แตนต้อย ให้เอาเหล็กในออก แผลมีโอกาสดูติดเชื้อได้ ควรติดตามแผล หากมีตุ่มหนองขึ้นควรกรีดระบายร่วมกับมีการให้ยาปฏิชีวนะ (กฤษณ์ แก้วโรจน์, 2561) โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ จึงได้ทำแนวทางการให้ยาปฏิชีวนะในแผลที่ถูกสัตว์กัดขึ้นมาในเดือน ต.ค. 2562 โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ตรวจรักษาได้แนวทางในการรักษาผู้ที่ถูกสัตว์และได้จัดทำงานวิจัยขึ้นมาเพื่อเปรียบเทียบการใช้ยาปฏิชีวนะในแผลที่ถูกสัตว์กัด ระหว่างก่อนและหลังการมีแนวทางปฏิบัติในการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อว่ามีความแตกต่างกันมากน้อยเพียงไร

โดยในเบื้องต้นได้เน้นในสัตว์ดังต่อไปนี้คือ ตะขาบ ผึ้ง ต่อ แตน แมงป่อง เนื่องจากมีหลักฐานว่าการที่ถูกสัตว์ชนิดนี้ไม่จำเป็นต้องได้รับยาปฏิชีวนะในการป้องกันการติดเชื้อ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อกรณีที่ถูกสัตว์กัด
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบสัดส่วนการสั่งใช้ยา ระหว่างก่อนและหลังมีแนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในแผลที่ถูกสัตว์กัด
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างก่อนและหลังการมีแนวทางการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรีย

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยเป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ใช้แบบเก็บข้อมูลเพื่อศึกษาการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อกรณีที่ถูกกัดโดยแยกกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกันเป็นการทดสอบก่อน-หลังการใช้แนวทางป้องกันการติดเชื้อในแผลที่ถูก แมงป่อง ตะขาบ ผึ้ง ต่อ แตน กัดหรือต่อย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ เวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายที่ถูก แมงป่อง ตะขาบ ผึ้ง ต่อ แตน กัดหรือต่อยที่ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ จ.สกลนคร ตั้งแต่ 1 เมษายน 2562 – 30 เมษายน 2563 จำนวน 173 เล่ม

เกณฑ์ในการคัดเลือกประชากร

เวชระเบียนของผู้ป่วยทุกรายที่ถูกแมงป่อง ตะขาบ ผึ้ง ต่อ แตน กัดหรือต่อยอย่างน้อย 1 ชนิด และเป็นเวชระเบียนผู้ถูกสัตว์กัดแรกรับอยู่ในระหว่าง 1 เมษายน 2562 - 30 เมษายน 2563

เกณฑ์ในการคัดออกของประชากร

เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกแมงป่อง ตะขาบ ผึ้ง ต่อ แตน กัดหรือต่อย ที่มีการติดเชื้อที่แผลที่ถูกกัดหรือต่อยตั้งแต่แรกรับของการรักษา (การติดตามผลการรักษาศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยโดยผู้ป่วยที่ไม่มีการ revisit ถือว่าผู้ป่วยหายจากการรักษา)

กลุ่มตัวอย่าง คือ เวชระเบียนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าทุกเล่มจำนวน 171 เล่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาคำถามการส่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ถูกสัตว์กัด แบ่งเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยมีข้อความจำนวน 3 ข้อคือ เพศ อายุ โรคประจำตัว

ตอนที่ 2 แบบเก็บข้อมูลเรื่องสัตว์กัดและแผลจำนวน 7 ข้อได้แก่ สัตว์ที่กัด บริเวณที่กัด การส่งใช้ยาปฏิชีวนะ ชนิดยาปฏิชีวนะที่ส่งใช้ ระยะเวลายาปฏิชีวนะที่ถูกส่งใช้ มูลค่ายาปฏิชีวนะ และการกลับมารักษาอีกครั้ง หลังจากการรักษาครั้งแรก

มาตรวัดในแบบเก็บข้อมูลในข้อคำถาม การส่งใช้ยาปฏิชีวนะ และการกลับมารักษาอีกครั้งหลังจากการรักษาครั้งแรกเป็น nominal scale

เกณฑ์การให้คะแนน

การส่งใช้ยาปฏิชีวนะ ถ้ามีการส่งใช้ยาปฏิชีวนะให้ 0 คะแนน ถ้าไม่ส่งใช้ยาปฏิชีวนะให้ 1 คะแนน

การกลับมารักษาอีกครั้งหลังการรักษาครั้งแรก ถ้ากลับมาให้ 0 คะแนน ถ้าไม่กลับมาให้ 1 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา ได้นำแบบทดสอบผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อพิจารณาความถูกต้องและเนื้อหาที่ครอบคลุม รวมถึงความถูกต้องของภาษาที่ใช้

การตรวจสอบความเชื่อมั่นวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำไปทดสอบกับเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกแมงป่อง ตะขาบ ผึ้ง ต่อ แตน กัดหรือต่อยอย่างน้อย 1 ชนิดที่มาทำการรักษาที่โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ จำนวน 30 เวชระเบียนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) = 0.68

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยแจ้งคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณถึงกระบวนการเข้าถึงเวชระเบียน สืบค้นจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณจากโปรแกรม Hos-xp และประสานกับทีมเวชระเบียนเพื่อขอเวชระเบียนของผู้ป่วยและทำเรื่องยืมเวชระเบียน เก็บข้อมูลโดยใช้เวลาเวชระเบียนละ 10 นาทีเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วน และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในกรณีที่ข้อมูลไม่ถูกต้อง

การเก็บข้อมูลใช้วิธีการเก็บข้อมูลย้อนหลังโดยก่อนการทดลองเก็บข้อมูลระหว่างเดือน 1 เม.ย. 2562- 31 พ.ค. 2562 การเก็บข้อมูลหลังการทดลองเก็บข้อมูลระหว่างเดือน 1 พ.ย. 2562 – 30 เมษายน 2563

การเก็บข้อมูลการรักษาหายเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนที่มีการกลับมารักษาอีกครั้งหลังการรักษาแรกที่มี Chief Complaint (ประวัติสำคัญที่มาโรงพยาบาล) ครั้งหลังแจ้งว่ายังไม่หายจากการรักษาผลที่ถูกสัตว์กัดครั้งแรก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย Standard Deviation (S.D.) Max Min วิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนเวชระเบียนการส่งใขยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียก่อนหลังการมีแนวทางการส่งใขยาปฏิชีวนะโดยให้ χ^2 กรณีที่ไม่เข้า assumption ของ Chi square test ใช้ Fisher's exact test

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาและผ่านการรับรองคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2020-22 วันที่ 2 กันยายน 2563 (ข้อมูลที่ได้จากการทดลองเป็นข้อมูลจากการทำงานประจำ เพื่อศึกษาถึงผลการพัฒนางานประจำ)

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N=171)

ตัวแปร	ส่งใขยาปฏิชีวนะ(n=54)		ไม่ส่งใขยาปฏิชีวนะ(n=117)		รวม	ร้อยละ
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	16	29.63	54	46.16	70	40.94
หญิง	38	70.37	63	53.84	101	59.06
โรคประจำตัว						
มีโรคประจำตัว	8	14.81	15	12.82	23	13.45
ไม่มีโรคประจำตัว	46	85.19	102	87.18	148	86.55
อายุ						
น้อยกว่า 12 ปี	3	5.56	28	23.93	31	18.13
13-24	5	9.26	12	10.26	17	9.94
25-36	6	11.11	14	11.97	20	11.70
37-48	13	24.07	15	12.82	28	16.37
49-60	18	33.33	27	23.07	45	26.32
มากกว่า 60 ปี	9	16.67	21	17.95	30	17.54

(\bar{X} = 40 ปี s.d. 22.39
 min=1 max =88

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด (N=171) (ต่อ)

ตัวแปร	สั่งใช้ยาปฏิชีวนะ(n=54)		ไม่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะ(n=117)		รวม	ร้อยละ
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
สัตว์ที่กัด						
ตะขาบ	45	83.33	28	23.93	73	42.69
แมงป่อง	7	12.97	33	28.20	40	23.39
ผึ้ง	1	1.85	8	6.84	9	5.26
ต่อ	1	1.85	27	23.08	28	16.38
แตน	0	0	21	17.95	21	12.28
บริเวณที่กัด						
หน้า	3	5.56	5	4.28	8	4.68
เท้า	14	25.93	18	15.38	32	18.71
มือ	33	61.11	38	32.48	71	41.52
ขา	0	0	1	0.85	1	0.58
บริเวณอื่น	4	7.40	55	47.01	59	34.51

จากตารางที่ 1 พบว่าเวชระเบียนของผู้ที่ถูกสัตว์กัดเป็นเพศหญิงร้อยละ 59.06 เป็นเพศชายร้อยละ 40.94 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 86.55 อายุเฉลี่ย 40 ปี อยู่ในช่วง 49-60 ปี ร้อยละ 26.32 ตะขาบกัดร้อยละ 42.69 แมงป่องต่อยร้อยละ 23.39 ต่อต่อย ร้อยละ 16.38 แตนต่อยร้อยละ 12.28 ผึ้งต่อย ร้อยละ 5.26 กัดบริเวณ มือ ร้อยละ 41.52 เท้าร้อยละ 18.71 หน้าร้อยละ 4.68 ขาร้อยละ 0.58 บริเวณอื่น(ศีรษะ ท้อง ทวารร่างกาย แขน หลัง ก้น) ร้อยละ 34.51

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกสัตว์กัดทั้งหมดที่มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะและไม่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังการทดลอง

สัตว์	ก่อนการทดลอง(N=120)		หลังการทดลอง(N=51)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ				
ตะขาบ	43	35.84	2	3.92
แมงป่อง	7	5.83	0	0
ผึ้งต่อย	1	0.83	0	0
ต่อต่อย	1	0.83	0	0
แตนต่อย	0	0	0	0
รวม	52	35.84	2	3.92

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกสัตว์กัดทั้งหมดที่มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะและไม่สั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

สัตว์	ก่อนการทดลอง(N=120)		หลังการทดลอง(N=51)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ				
ตะขาบ	14	11.67	14	27.45
แมงป่อง	20	16.67	13	25.49
ผึ้ง	3	2.50	5	9.80
ต่อ	18	15.00	9	17.65
แตน	13	10.83	8	15.69
รวม	68	56.67	49	96.08

จากตารางที่ 2 พบว่าจำนวนเวชระเบียนก่อนการทดลองมีจำนวน 120 เวชระเบียนหลังการทดลองมีจำนวน 51 เวชระเบียน เวชระเบียนที่ถูกตะขาบกัดมีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อร้อยละ 35.84 หลังการทดลองร้อยละ 3.92 แมงป่องต่อยามีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันก่อนทดลองร้อยละ 5.83 หลังทดลองไม่มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ ผึ้งต่อยามีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อร้อยละ 0.83 หลังทดลองไม่มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ ต่อต่อยามีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อร้อยละ 0.83 หลังทดลองไม่มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ แแตนต่อยามีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อร้อยละ 0.83 หลังทดลองไม่มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกสัตว์กัดทั้งหมดที่มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ χ^2

รายการ			จำนวนผู้ป่วยถูกสัตว์กัด		χ^2	p-value
			สั่งใช้ยาปฏิชีวนะ	ไม่ถูกสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ		
การให้ยา	ก่อนการทดลอง (N=120)	Count	52	68	25.729	0.000
		Expected Count	37.9	82.1		
		ร้อยละ	43.3	56.7		
	หลังการทดลอง (N=51)	Count	2	49		
		Expected Count	16.1	34.9		
		ร้อยละ	3.9	96.1		
รวม	Count	54	117			
	Expected Count	54.0	117.0			
	ร้อยละ	31.6	68.4			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกสัตว์กัดมีเวชระเบียนที่ถูกส่งใช้ยาปฏิชีวนะก่อนทดลอง ร้อยละ 43.3 หลังทดลองร้อยละ 3.9 และเมื่อเปรียบเทียบเวชระเบียนที่มีการส่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในแผลที่ถูกสัตว์กัดระหว่างก่อนและหลังทดลอง พบว่า การส่งใช้ยาปฏิชีวนะหลังการทดลองมีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะลดลง และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกตะขาบกัดที่ถูกส่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ χ^2

รายการ			จำนวนผู้ป่วยถูกสัตว์กัด		χ^2	p-value
			ส่งใช้ยาปฏิชีวนะ	ไม่ถูกส่งใช้ยาปฏิชีวนะ		
การให้ยา	ก่อนการทดลอง (N=57)	Count	43	14	20.931	0.000
		Expected Count	35.1	21.9		
		ร้อยละ	75.4	24.6		
	หลังการทดลอง (N=16)	Count	2	14		
		Expected Count	9.9	6.1		
		ร้อยละ	12.5	87.5		
รวม	Count	45	28			
	Expected Count	45.0	28.0			
	ร้อยละ	61.6	34.2			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่าเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูก ตะขาบกัดที่มีการส่งใช้ยาปฏิชีวนะก่อนทดลอง ร้อยละ 75.4 หลังทดลอง ร้อยละ 12.5 และเมื่อเปรียบเทียบกับเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกตะขาบกัดระหว่างก่อนและหลังทดลองมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกแมงป่อง ฝัง/ต่อ/แตง ที่ถูกส่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Fisher's exact test

	จำนวนเวชระเบียน	ร้อยละ	p-value
ผู้ถูกส่งใช้ยาปฏิชีวนะ			
แมงป่อง			0.074
ก่อนการทดลอง (N=120)	7	5.83	
หลังการทดลอง (N=51)	0	0	
ฝัง/ต่อ/แตง			0.521

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างของเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกแมงป่อง ด้ง/ต่อ/แตน ที่ถูกส่งใช้ยาปฏิชีวนะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Fisher's exact test (ต่อ)

	จำนวนเวชระเบียน ผู้ถูกส่งใช้ยาปฏิชีวนะ	ร้อยละ	p-value
ก่อนการทดลอง (N=120)	2	1.67	
หลังการทดลอง (N=51)	0	0	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกแมงป่องต่อยามีการส่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อก่อนทดลอง ร้อยละ 5.83 หลังทดลองร้อยละ 0 เนื่องจากด้ง ต่อ แแตน เป็นแมลงและจำนวนเวชระเบียนที่ถูกส่งใช้ยาปฏิชีวนะ มีจำนวนน้อยดังนั้นจึงรวมเข้าเป็นตัวแปรเดียวกันพบว่า เวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูก ด้ง ต่อ แแตน ต่อยามีการส่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อ ก่อนทดลองร้อยละ 1.67 หลังทดลองร้อยละ 0 และเมื่อเปรียบเทียบเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูก แมงป่อง ด้ง ต่อ แแตน ที่ถูกส่งใช้ยาปฏิชีวนะระหว่างก่อนและหลังทดลองไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างผลการรักษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกสัตว์กัดทั้งหมดระหว่างก่อนและหลังมีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียที่กลับมารักษาใหม่โดยใช้สถิติ Fisher's exact test

	จำนวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่กลับมารักษาใหม่	ร้อยละ	p-value
ก่อนทดลอง (N=120)	3	0.02	1.000
หลังทดลอง (N=51)	1	0.02	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 6 พบว่าเวชระเบียนของผู้ป่วยที่ถูกสัตว์กัดและกลับมารักษาใหม่ทั้งก่อนและหลังทดลองร้อยละ 0.02 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการกลับมารักษาใหม่ระหว่างก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการส่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อกรณีที่ถูกสัตว์กัด (ตะขาบ แมงป่อง ด้ง ต่อ แแตน) เปรียบเทียบสัดส่วนจำนวนผู้ถูกส่งใช้ยา และเปรียบเทียบผลการรักษาระหว่างก่อนและหลังมีแนวทางการส่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งผลที่ได้จากการศึกษามีข้อค้นพบ และมีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถสรุปและวิจารณ์ได้ดังนี้

1. พบว่าเวชระเบียนของผู้ที่ถูกสัตว์กัดมากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง มากกว่าร้อยละ 80 ไม่มีโรคประจำตัวอายุเฉลี่ย 40 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ มนสิชา นนทคุปต์, กมลวรรณ เอี้ยงฮง, แพรว โคตรฉิน และรฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน (2560) ที่ได้ศึกษาเรื่อง ระบาดวิทยา อาการแสดง และผลลัพธ์ของการรักษาภาวะตะขาบกัดในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทยอายุเฉลี่ย 37.3 ปี กว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ไม่สอดคล้องบริเวณที่ถูกกัดโดยบริเวณที่ถูกกัดมากที่สุด ได้แก่ รยางค์ล่าง ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษามีกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกัน

2. เมื่อเปรียบเทียบเวชระเบียนที่มีการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในแผลที่ถูกสัตว์กัดระหว่าง ก่อนและหลังทดลอง พบว่า การสั่งใช้ยาปฏิชีวนะหลังการทดลองมีแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะลดลง แสดงให้เห็นถึง การรักษาได้เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Alavi (2011) ที่พบว่าเมื่อร้อยละ 2.8 เท่านั้นที่มีการติดเชื้อแทรกซ้อน สอดคล้องกับการศึกษาของ Tan, Edin, DABT, & Mong (2013) พบว่า ผู้ป่วย ส่วนใหญ่มีอาการเฉพาะที่สามารถให้การรักษาตามอาการได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางการรักษา แมงป่องกัดของกฤษณ์ แก้วโรจน์(2561) และ Cheng(2018) ที่ได้ให้คำแนะนำว่าการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ถูกแมงป่องกัดไม่มีความจำเป็น สอดคล้องกับแนวทางการรักษาของผู้ป่วยที่ถูกแมลงกัดของ Arnold (2018) ที่ให้แนวทางว่าเมื่อสงสัยว่ามีภาวะติดเชื้อเท่านั้นที่จำเป็นต้องสั่งใช้ยาปฏิชีวนะ

3. เปรียบเทียบผลการรักษาก่อนและหลังการมีแนวทางการแนวทางการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อแบบที่เรียกว่าไม่มีความแตกต่างกันสอดคล้องกับการศึกษาของ Changratanakorn (2021) ที่ทำการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่ถูกตะขาบกัดพบว่าอัตราการติดเชื้อ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับยาปฏิชีวนะและไม่ได้รับยาปฏิชีวนะไม่มีความแตกต่างกันแต่ถึงอย่างไรก็ตามการศึกษาดังนี้ เป็นการศึกษามาจากเวชระเบียนที่มีการ revisit อีกครั้ง การที่ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาอีกครั้งอาจเป็นไปได้ 2 ประการคือ การหายจากการรักษา หรือไปทำการรักษาต่อจากที่อื่นก็เป็นได้

การนำผลการวิจัยไปใช้โยชน์

จากผลการศึกษาดังนี้ ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ได้ดังนี้

1. ใช้เป็นแบบอย่างในการศึกษาการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในแผลที่ถูกสัตว์กัด (ตะขาบ แมงป่อง ผึ้ง ต่อ แตน) ให้กับพื้นที่อื่น และเป็นคู่มือในการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานให้กับหน่วยงานอื่น เพื่อกำหนดแนวทางการรักษาในกรณีที่ถูกสัตว์กัด(ตะขาบ แมงป่อง ผึ้ง ต่อ แตน)

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในสัตว์ชนิดอื่นกัด
2. ควรศึกษาผลการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกรณีที่ไม่ทราบว่าเป็นถูกสัตว์ชนิดใดกัด
3. ควรมีการศึกษาโดยการขยายกลุ่มตัวอย่างให้ได้มากกว่านี้โดยอาจทำทั้งจังหวัด

เอกสารอ้างอิง

- กฤษณ์ แก้วโรจน์. (2561). *Bite and sting*. สืบค้น 5 มกราคม 2562 ,จาก<http://sirirajemergencymedicine.org/wp/wp-content/uploads/2018/05/Bite-and-sting-final.pdf>
- ดิสนิน ภู่วฒิกุล. (2551). *Scorpion envenomation (พิษจากแมงป่อง)*. สืบค้น 10 ธันวาคม 2561, จาก <http://www.errama.com/system/spaw2/uploads/files/Scorpion%20envenomation.pdf>
- นินรา ศรีสุระ. (2558). *ถอดรหัสภัยแล้งสำคัญ 6 ประการ “PLEASE”*. สืบค้น 12 ธันวาคม 2561, จาก <http://www.thaidrugwatch.org/download/series/series28.pdf>
- พิสนธิ์ จงตระกูล. (2558). *ใช้ยาทุกครั้งต้องใช้อย่างสมเหตุผล*. สืบค้น 12 ธันวาคม 2561, จาก <http://www.thaidrugwatch.org/download/series/series28.pdf>
- มนสิชา นนทคุปต์, กมลวรรณ เอี้ยงฮง, แพรว โคตรอุฉิน, ฐปนวงศ์ มิตรสูงเนิน. (2560). ระบาดวิทยา อาการแสดง และผลลัพธ์ของการรักษาภาวะตะขาบกัดในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *วารสารอายุรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3(1), 37-45.
- รุ่งทิพา หมื่นปา. (2559). *การใช้ยาอย่างสมเหตุผล*. สืบค้น 20 ธันวาคม 2561, จาก https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=209
- ศูนย์วิชาการเฝ้าระวังและพัฒนาระบบยา (กพย). (2561). *รายงานสถานการณ์ระบบยาพ.ศ 2555-2559*. พิมพ์ครั้งที่ 1. พ.ศ. 2561
- สุชัย สุเทพารักษ์. (2555). *คลินิกพิษจากสัตว์ แมงป่อง*. สืบค้น 3 มกราคม 2561, จาก https://saovabha.com/download/saovabha_y5_v1_3.pdf
- สุเกียรติ อาชานูภาพ. (2550). *ผึ้งต่อย ต่อย (BEE stings wasp stings)*. (2550). สืบค้น 20 ธันวาคม 2561, จาก <https://www.doctor.or.th/article/detail/1100>
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์การจัดการคื้อยาต้านจุลชีพแห่งประเทศไทย*. สืบค้น 25 ธันวาคม 2561, จาก <http://kbphpp.nationalhealth.or.th/bitstream/handle/123456789/7525/01.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ. (2561). *สรุปผลการปฏิบัติงานฝ่ายเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค*.
- Carol (2020). *Treatment of bee and wasp sting*. Retrieved May 31, 2020 from <https://www.webmd.com/first-aid/bee-and-wasp-stings-treatment#1>
- Changratanakorn, C. (2021). Effectiveness of antibiotic prophylaxis in patients with centipede stings: a randomized controlled trial. *Clinical and Experimental Emergency Medicine*, 8(1), 43-47.

- Cheng, D. (2018). Which medications are used in the management of scorpion envenomation.
- Tan, H. H., Edin, F., DABT, & Mong, R. (2013). Scorpion Stings Presenting to an Emergency Department in Singapore With Special Reference to *Isometrus Maculatus*. *Wilderness & Environmental Medicine*, 24, 42– 47.
- Alavi, M. S. (2011). Secondary bacterial infection among the patients with scorpion sting in Razi hospital, Ahvaz, Iran *Jundishapur Journal of Microbiology*, 4(1), 37-42.
- Arnold, T. (2018). Keys to Identifying and Treating Insect Sting Reactions-Commentary. MSD Manual Professional Version.



บทบาทและภาพลักษณ์ต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ ในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี

ร่วม มะโนรัมย์¹, ยอดชาย สุวรรณวงษ์^{2*}

¹สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองแค

²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

(วันที่รับบทความ : 23 กันยายน 2564 ; วันที่แก้ไข : 9 พฤศจิกายน 2564 ; วันที่ตอบรับ : 28 ธันวาคม 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สภาพแวดล้อมการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุข และศึกษาบทบาทและภาพลักษณ์ในการพัฒนาด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหนองแค ในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุข ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม – กันยายน 2564 กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 11 คน เลือกแบบเจาะจง และอาสาสมัครสาธารณสุข ในพื้นที่อำเภอหนองแค จำนวน 360 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วย แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า 1) ด้านสภาพการณ์การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอหนองแค คือ จุดแข็งด้านผู้นำ และบุคลากรมีความรู้ที่หลากหลาย ในขณะที่มีจุดอ่อนด้านการบริหารจัดการเชิงนโยบาย และขาดความชัดเจนด้านบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ 2) ด้านความคิดเห็นต่อบทบาทและภาพลักษณ์ในการพัฒนาด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอหนองแค พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 67.50) มีอายุระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 54.71) และมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานระหว่าง 11-20 ปี (ร้อยละ 47) อาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ปฏิบัติงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ร้อยละ 78.89) และรับรู้เกี่ยวกับบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ร้อยละ 56.67) โดยมีความคิดเห็นต่อบทบาทและภาพลักษณ์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหนองแค โดยด้านบทบาทและภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.51$, S.D. = .145) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านผลลัพธ์การพัฒนาด้านสาธารณสุข ($\bar{x} = 4.59$, S.D. = .174) และบทบาทและภาพลักษณ์ที่เป็นจริงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.09$, S.D. = .182) โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านผู้นำ ($\bar{x} = 3.61$, S.D. = .215)

คำสำคัญ : บทบาทและภาพลักษณ์, การพัฒนาด้านสาธารณสุข, คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน



The Roles and Image on Public Health Development of District Health Boards in the Perspective of Village Health Volunteers in NongKhae District of Saraburi Province

Ruam Manonom¹, Yodchai Suwannawong^{2*}

¹NongKhae District Public Health Office

²Saraburi Provincial Public Health Office

Abstract

The aims of this descriptive research were to analyze the environment of the quality of life development in public health and study the role and image on the public health development of the district health board in the opinion of the village health volunteers of NongKhae District. The research was conducted during August - September 2021. The samples consisted purposive sampling of 11 representatives of the district health board and simple sampling of 360 village health volunteers. The semi-structured interview and the questionnaires were used as tools for data collection. The data were analyzed by using descriptive statistics and content analysis.

The results found that: 1) the environments of the quality of life development in public health of the district health board NongKhae district were strengths of leadership and diversity knowledge, the weakness of policy management and the role of district health board, 2) the roles and image on public health development of district health boards found most of the village health volunteers were female (67.50%). The age rang was 50-59 years (54.71%). The period of working as the village health volunteers was 11-20 years (47.50%). The majority of the village health volunteers had never worked on health with the district health boards (78.89%). However, more than half of the samples did know in the roles of district health board (56.67%). Overall, the village health volunteers had attitude towards on the desired roles and image on public health development of district health boards in the high level ($\bar{x} = 4.51$, S.D. = .145). The highest level of opinions was the accomplishment in public health ($\bar{x} = 4.59$, S.D. = .174), while the samples had opinion towards on current roles and image on public health development of district health boards in the moderate level ($\bar{x} = 3.09$, S.D. = .182). The highest level of opinions was the leader ($\bar{x} = 3.61$, S.D. = .215).

Key words: Roles and image, public health development, district health boards,

Village health volunteers

* Corresponding author : ¹ruamrami56@gmail.com, ²yodchai53@hotmail.com

โทรศัพท์: 089 4108732, 085 3386238



บทนำ

องค์การสหประชาชาติ (The United Nations: UN) กำหนดเป้าหมายการพัฒนาที่เชื่อมโยงระหว่างมิติของเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) ขึ้นภายในปี 2573 ซึ่งรัฐบาลไทยนำแนวทางการพัฒนาอย่างยั่งยืนเป็นเป้าหมายการพัฒนาประเทศโดยนำกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มาเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่อย่างยั่งยืน (สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย, 2561) ซึ่งในมิติของการพัฒนาด้านสาธารณสุข เป้าหมายที่สำคัญคือการสร้างภาวะสุขภาพที่ดีของประชาชนอย่างยั่งยืน มีการพึ่งตนเองเพื่อครอบครัวและสังคมอย่างมีความสุข ซึ่งเป็นภารกิจที่มีความท้าทายอย่างมากของกระทรวงสาธารณสุข กล่าวคือ สุขภาพ (Health) มีความเชื่อมโยงกับหลายปัจจัยตลอดจนองค์ประกอบต่างๆ ในการพัฒนาสุขภาพจึงจำเป็นต้องพิจารณาอย่างรอบด้านครอบคลุมทั้งระบบสุขภาพ และต้องอาศัยความร่วมมือจากองค์กรหรือหน่วยงานหลายฝ่าย ตลอดจนภาคประชาชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และแกนนำครอบครัวหรือกลุ่มองค์กรในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินงานเพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพและเสริมสร้างศักยภาพให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยสามารถส่งเสริมดูแลสุขภาพตนเอง (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้บูรณาการหลักการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มาเป็นเครื่องมือในการพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่ โดยผ่านกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งมีนายอำเภอเป็นประธานร่วมกับคณะทำงานจากภาคีเครือข่ายทุกภาคทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ร่วมพัฒนาและแก้ไขปัญหาด้านพื้นที่ระดับอำเภอ ดังนั้นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จึงเป็นเสมือนตัวแทนและภาพลักษณ์ด้านศักยภาพของภาครัฐ ภายใต้ความคาดหวังของประชาชนต่อการนำพาความสำเร็จด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เกิดขึ้นกับประชาชนอย่างยั่งยืน คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จึงถือได้ว่าเป็นคณะทำงานที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขในระดับพื้นที่เป็นอย่างมาก เนื่องจากเป็นคณะทำงานระดับอำเภอที่ต้องเชื่อมโยงและบูรณาการการทำงานกับคณะทำงานหน่วยงานย่อยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับตำบลและหมู่บ้าน เพื่อให้เข้าใจถึงปัญหาและความต้องการจำเป็นในระดับฐานรากที่แท้จริงของประชาชน และผสมผสานความสำคัญด้านนโยบายสาธารณสุขระดับต่างๆ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งในปี 2564 – 2565 มีนโยบายที่มุ่งเน้นให้ **ความสำคัญกับการดูแลเด็ก เยาวชน ผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้เปราะบาง การดูแลประชาชนจากการแพร่ระบาดของ COVID-19 และการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน (กองสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย, 2564) ซึ่งการจัดการกับความท้าทายและความหลากหลายของปัญหาสาธารณสุขข้างต้นให้ได้นั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ และขอบเขตความสำคัญของงานด้านสาธารณสุข และระบบสุขภาพของชุมชน อย่างไรก็ตามหากพิจารณาถึงกรอบระยะเวลาในการพัฒนาและจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมได้นั้นใช้เวลาเพียง 4 ปี เท่านั้น (ปี 2561-2564) ดังนั้น จึงพบว่ามีความจำเป็นที่คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหลายแห่ง ต้องใช้ความพยายามอย่างยิ่ง**



ในการบริหารจัดการเพื่อขับเคลื่อนให้คณะทำงานสามารถดำเนินงานตามแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) และมีอีกไม่น้อยที่มีปัญหาทั้งในเชิงโครงสร้างและรูปแบบการบริหารจัดการที่สามารถส่งผลเชิงลบต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โดยจากการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สะท้อนให้เห็นถึงจุดอ่อนและประเด็นที่เป็นโอกาสในการพัฒนาที่สำคัญ เช่น ประธานหรือเลขานุการไม่ให้ความสำคัญหรือไม่เห็นว่าเป็นโอกาสในการสร้างการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนก็จะทำให้กลายเป็นเพียงเวทีประชุมที่ทำให้เสร็จไปตามแผนงบประมาณ อีกทั้งมีกรรมการหลายแห่ง**เข้าใจผิดว่าบทบาทของตนเองคือการมาประชุมเพื่อให้ความเห็นให้ข้อมูลแล้วให้ผู้อื่นลงมือทำ และหลายแห่งเลือกประเด็นขับเคลื่อนที่ตอบโจทย์หรือตอบตัวชี้วัดขององค์กรใดองค์กรหนึ่งเท่านั้น** หรือบางครั้งอาจมีคำสั่งให้เลือกประเด็นที่กำหนดเพื่อแก้ไขตัวชี้วัดที่ตกเกณฑ์ให้ผ่านซึ่งส่งผลให้กรรมการจากหน่วยงานหรือภาคส่วนอื่น**ขาดความรู้สึกเป็นเจ้าของและลดบทบาทของตนเองลง** เนื่องจากไม่ใช่ประเด็นที่เกี่ยวข้องและไม่สามารถมีส่วนร่วมกับประเด็นได้ อีกทั้งยังทำให้หน่วยงานเจ้าของประเด็นยังคงต้องขับเคลื่อนงานเพียงลำพัง อีกทั้งด้านงบประมาณ พบว่า คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจำนวนมาก**เน้นการจัดประชุมให้ครบตามที่ระเบียบและแผนงานกำหนด มากกว่าขับเคลื่อนประเด็นของพื้นที่จนเกิดผลเป็นรูปธรรม** (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8, 2562)

ปัญหาข้างต้นแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของการพัฒนาเชิงระบบ โดยเฉพาะด้านการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล และทักษะของคณะทำงานที่เกิดจากการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีความหลากหลายทางสังคม บทบาทหน้าที่ความชำนาญเชี่ยวชาญจากหน่วยงานต่างๆ ที่มีภารกิจที่แตกต่างกัน แต่ต้องร่วมทีมเพื่อดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน ซึ่งในความเป็นจริงถือว่าเป็นจุดแข็งของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แต่หากมีการเตรียมความพร้อมที่น้อยและขาดระบบการจัดการองค์กรที่ดี ก็อาจเป็นจุดอ่อนและข้อจำกัดในด้านความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการขับเคลื่อนงานที่สำคัญ และหากไม่ได้รับการพัฒนาหรือแก้ไขอย่างเหมาะสม ก็อาจทำให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ไม่สามารถขับเคลื่อนงานได้ตามเป้าหมาย และไม่ตอบสนองต่อปัญหาหรือความต้องการที่แท้จริงของประชาชน โดยเฉพาะปัญหาด้านสาธารณสุขซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยพื้นที่ที่สำคัญของการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถเชื่อมโยงไปสู่ปัญหาอื่นๆ ได้อย่างกว้างขวางต่อไป อีกทั้งการปฏิบัติงานที่ขาดประสิทธิภาพก็จะส่งผลต่อภาพลักษณ์ ด้านประสิทธิภาพขององค์กร ทำให้ส่งผลความน่าเชื่อถือ และเชื่อมั่น ซึ่งความเชื่อถือและศรัทธาถือเป็นพื้นฐานสำคัญของรวมถึงและการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายชุมชน (กรวิภา อมรประภา อีร์กุล, 2553) และหากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเกิดภาพลักษณ์เชิงลบต่อชุมชนก็อาจจะนำไปสู่การขาดความร่วมมือของภาคประชาชน และภาคีเครือข่าย ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานของการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยเฉพาะการพัฒนาเกี่ยวกับระบบสุขภาพเพื่อสร้างความยั่งยืนด้านสุขภาพะ หากคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอไม่สามารถสร้างความร่วมมือกับประชาชน และกลุ่มจิตอาสาอย่างเช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งอยู่ในบทบาทผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนก็อาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขของประเทศได้



อำเภอหนองแค จังหวัดสระบุรี เป็นพื้นที่ที่มีการพัฒนาและเติบโตของภาคอุตสาหกรรม ควบคู่กับการขยายตัวของภาคการเกษตรกรรม และมีการเคลื่อนไหวของแรงงานจากจังหวัดต่างๆ เข้ามาประกอบอาชีพเป็นจำนวนมาก ประกอบกับความหลากหลายของปัจจัยทางสังคมที่มีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชาชนในอำเภอหนองแค ให้มีลักษณะความเป็นสังคมเมืองที่ประชาชนมีปฏิสัมพันธ์ในเชิงสังคมต่อกันน้อยลง สถานการณ์เหล่านี้จึงเป็นโจทย์ที่ทำให้ความสามารถของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองแค ในการสร้างภาพลักษณ์ความเชื่อมั่น และความร่วมมือจากประชาชน เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งในการร่วมขับเคลื่อนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่อำเภอหนองแค ซึ่งผู้วิจัยในบทบาทของนักบริหารและจัดการด้านสาธารณสุขระดับพื้นที่ ตระหนักดีว่าการบริหารจัดการที่ดีจะส่งผลต่อภาพลักษณ์ที่ดี และสามารถสร้างความเชื่อมั่น ความศรัทธาซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญของการเชื่อมโยงเพื่อสร้างความร่วมมือของประชาชน และภาคีเครือข่ายในการพัฒนางานด้านสาธารณสุข ดังนั้นจึงสนใจที่จะศึกษาบทบาทและภาพลักษณ์ต่อการพัฒนาด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอในมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่งเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในชุมชน และสามารถช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพดี และเป็นเครือข่ายที่สำคัญของการพัฒนาระบบสุขภาพที่เป็นกลไกในการเชื่อมโยงกับชุมชนเพื่อสนับสนุนการทำงานของบุคลากรสาธารณสุข มาเป็นระยะเวลามากกว่า 30 ปี (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2562) และอีกนัยหนึ่งอาสาสมัครสาธารณสุข ก็คือประชาชนในพื้นที่ อำเภอหนองแค ที่ได้รับผลกระทบและผลลัพธ์จากการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ดังนั้นการแสดงความคิดเห็นบนมุมมองจากประสบการณ์ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีต่อภาพลักษณ์ด้านการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จึงเป็นเสมือนการสะท้อนโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขให้กับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พิจารณากำหนดแนวทางการบริหารจัดการองค์กรและเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรและสร้างเสริมภาพลักษณ์ด้านศักยภาพและขีดความสามารถของการเป็นผู้นำด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอที่เป็นศูนย์กลางของการสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคีเครือข่ายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในอำเภอหนองแคต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์สภาพการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอำเภอหนองแค
2. เพื่อศึกษาบทบาทและภาพลักษณ์ที่เป็นจริงและที่พึงประสงค์ต่อการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหนองแค
3. เพื่อศึกษาแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหนองแค



ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตด้านเนื้อหา การวิเคราะห์สภาพการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองแค เฉพาะที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ของการพัฒนางานด้านสาธารณสุข โดยใช้หลักการวิเคราะห์ SWOT Analysis เป็นกรอบการวิเคราะห์ และศึกษาบทบาทและภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ และที่เป็นจริงของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองแค ในด้านผู้นำ ด้านบุคลากร/คณะทำงาน ด้านวัฒนธรรมองค์กร ด้านการบริหารจัดการ ด้านการสื่อสารสังคม และด้านผลลัพธ์การพัฒนาด้านสาธารณสุข และศึกษาแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านนโยบาย ด้านวิชาการ และด้านการนำองค์ความรู้สำหรับการพัฒนางานด้านสาธารณสุขเท่านั้น

ขอบเขตด้านประชากรศึกษา กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ประกอบด้วย 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือ ตัวแทนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองแค (พขอ.) ที่ครอบคลุมองค์ประกอบของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาพการณ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองแค และกลุ่มที่ 2 คือ ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีรายชื่อขึ้นทะเบียนระบบอาสาสมัครสาธารณสุขของอำเภอหนองแค ในปี 2564 เป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทและภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์และที่เป็นจริงของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหนองแค

ขอบเขตด้านระยะเวลา ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน 2564 รวมเวลา 2 เดือน

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2550) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสำรวจด้วยแบบสอบถาม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่างในการวิจัย

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอหนองแค โดยเจาะจงเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Purposive selection) เพื่อเป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) โดยคำนึงถึงความครอบคลุมทุกภาคส่วนตามองค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ความสมัครใจ และความอิ่มตัวของข้อมูล (Data Saturation) (B. Marshall et al., 2013 อ้างในจำเนียร จวงตระกูล, 2561) จำนวน 11 คน คือ ประธาน/รองประธาน จำนวน 1 คน, เลขานุการฯ จำนวน 1 คน, คณะกรรมการผู้แทนหน่วยงานของรัฐจำนวน 3 คน, ภาคเอกชน จำนวน 3 คน, และภาคประชาชน จำนวน 3 คน

2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ขึ้นทะเบียนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ของอำเภอหนองแค ในปี 2564 จำนวนทั้งสิ้น 1,516 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างการวิจัยจากสูตร $n = \frac{X^2}{Np(1-p) + e^2(N-1) + p(1-p)}$ (Krejcie and Morgan, 1973) โดยกลุ่มตัวอย่างต้องไม่น้อยกว่า 307 ตัวอย่าง



เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล การวิจัยครั้งนี้จึงใช้ตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 360 ตัวอย่าง และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) เลือกตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 20 คน/ตำบล ครอบคลุมทั้ง 18 ตำบลของอำเภอหนองแค

เครื่องมือในการวิจัยและวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเรื่องสภาพการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอหนองแค ที่สร้างขึ้นโดยการประยุกต์จากแนวคิดการวิเคราะห์สภาพการณ์ด้วยหลัก SWOT Analysis (เอกชัย บุญยาศิษฐาน, 2553) วิเคราะห์ปัจจัยภายในด้วยหลักการ 4M (man, management, money, material) และปัจจัยภายนอกด้วยหลัก PETS (Political, economy, technology, social) (D.D. Van Fleet with R.W. Griffin and others, 2006) โดยเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้สัมภาษณ์ และ 2) ความคิดเห็นต่อสภาพการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงก์, 2552) ตัวแทนทุกภาคส่วนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2. แบบสอบถามบทบาทและภาพลักษณ์ที่เป็นจริงและที่พึงประสงค์ต่อการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองแค สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยเป็นข้อคำถามแบบเติมคำในช่องว่าง และเลือกตอบแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale, 1967) คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จำนวน 67 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม 2) ความคิดเห็นต่อบทบาทและภาพลักษณ์ที่เป็นจริงและที่พึงประสงค์ต่อการดำเนินงาน การพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และ 3) แนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยเป็นข้อคำถามปลายเปิด และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้วยการประเมินความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามโดยใช้วิธีทดสอบความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ คือค่าดัชนี IOC (Index of Item Objective Congruence) ผลการวิเคราะห์ค่า IOC เท่ากับ 1.00 และทดสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยค่าสัมประสิทธิ์ของความสอดคล้องภายใน (Coefficient of internal Consistency) ด้วยวิธี Cronbach's Alpha Coefficient ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงทั้งฉบับ เท่ากับ 0.835 เก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในอำเภอหนองแคโดยวิธีจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้วิธีการสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการอธิบายผลการศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์แบบอุปนัย (ศิริชัย กาญจนवास และดิเรก ศรีสุขโข, 2559)



การป้องกันด้านจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Research Ethics) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เลขออนุมัติจริยธรรม EC 008/2564

ผลการวิจัย

1. สภาพการณ์เกี่ยวกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอหนองแค

การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองแค มีจุดแข็งที่สำคัญด้านคุณลักษณะของผู้นำ และบุคลากรมีความรู้หลากหลาย ในขณะเดียวกันก็พบว่ามีความอ่อนด้อยด้านการบริหารจัดการโดยขาดความชัดเจนด้านนโยบายสุขภาพ และบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการ และด้านโอกาสมีนโยบายสนับสนุนจากส่วนกลาง และมีระบบเทคโนโลยีที่เอื้อต่อการพัฒนาด้านสุขภาพ และลักษณะความเป็นพื้นที่อุตสาหกรรมและสังคมเมืองเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ดังนี้

1. สภาพแวดล้อมภายใน

1.1 จุดแข็ง (Strength) ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข พบว่า 1) ด้านบุคลากร (Man)

(1) ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) มีวิสัยทัศน์ มีภาวะผู้นำสูง และมีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับหน่วยงานด้านสาธารณสุข (2) คณะกรรมการฯเป็นผู้มีความรู้ด้านการพัฒนาที่หลากหลายมีติดตามขอบเขตบทบาทขององค์กร และ (3) คณะกรรมการฯ ในส่วนของภาคประชาชนที่ประสบการณเกี่ยวข้องกั้งงานด้านสาธารณสุขโดยตรง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขและสาธารณสุขอำเภอทำหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการ 2) ด้านการบริหารจัดการ (Management) มีแผนงานและโครงการด้านสาธารณสุขในแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 3) ด้านทรัพยากร (Money, Material) (1) มีเครือข่ายบุคลากรด้านสาธารณสุขในพื้นที่ระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้านที่เป็นต้นแบบด้านสุขภาพทั้งระดับบุคคล และระดับองค์กรในการสนับสนุนและขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสาธารณสุข (2) อำเภอหนองแคเป็นพื้นที่นำร่องในการพัฒนางานและโครงการด้านสาธารณสุข เช่น การบำบัดรักษาผู้เสพยาเสพติดโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โครงการเด็กกตัญญูแทนคุณแผ่นดิน เป็นต้น ซึ่งเป็นเครื่องมือในการจัดการด้านสุขภาพ และ (3) มีช่องทางสำหรับใช้ในการสื่อสารด้านสุขภาพที่หลากหลาย เช่น Application Line, Face book, เสียงตามสายของเทศบาลและหมู่บ้าน, วิทยุชุมชน

1.2 จุดอ่อน (Weakness) ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข พบว่า 1) ด้านบุคลากร (Man)

(1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) จำนวนหนึ่งขาดทักษะและความเข้าใจในมิติการพัฒนางานด้านสาธารณสุข โดยมีหน่วยงานจากภาคส่วนอื่นๆ ส่วนหนึ่งยังมองเรื่องสุขภาพเพียงมิติด้านร่างกาย และไม่ชัดเจนเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่และไม่เข้าใจว่าตนเองมีบทบาทในงานด้านสาธารณสุขอย่างไร (2) คณะกรรมการฯ บางส่วนขาดศักยภาพในการนำข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพมาวิเคราะห์เพื่อตัดสินใจในการวางแผนการพัฒนางานด้านสาธารณสุข และ (3) คณะกรรมการฯ บางส่วนมีการโยกย้าย ลาออก เปลี่ยนงาน ทำให้บุคลากรไม่เพียงพอ



ต่อภาระงาน และขาดความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน **2) ด้านการบริหารจัดการ (Management)** (1) นโยบาย การพัฒนางานด้านสาธารณสุขหรือด้านสุขภาพขาดความชัดเจน ไม่มีการประกาศนโยบายการพัฒนางาน ด้านสาธารณสุขที่เป็นรูปธรรมและลายลักษณ์อักษร ซึ่งการดำเนินงาน/แผนงาน/โครงการส่วนใหญ่จะอิงกับนโยบาย ส่วนกลาง และส่วนใหญ่เป็นการนำเสนอข้อมูลจากสาธารณสุขอำเภอเป็นหลัก (2) การดำเนินงานด้านสุขภาพส่วนใหญ่ มักให้เป็นบทบาทหลักของหน่วยงานด้านสาธารณสุข จึงขาดการมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งของภาคส่วนอื่นๆ (3) แผนงาน/โครงการด้านสาธารณสุขเป็นแผนภาพรวมระดับอำเภอที่ไม่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ ที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ทั้งหมดของอำเภอ และส่วนหนึ่งไม่ได้ผ่านความเห็นชอบและการมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจของชุมชนทำให้บางโครงการไม่ได้รับความร่วมมือจากชุมชน (4) โครงการพัฒนาด้านสาธารณสุข ยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย โครงการส่วนใหญ่มักเป็นโครงการที่สนับสนุนกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้สูงอายุ และ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่มุ่งไปที่การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 และ (5) การทำงานแบบแยกส่วนมากกว่าการทำงานเป็นทีม ขาดการดำเนินงานสุขภาพเชิงรุก และขาดการบูรณาการ งานด้านสุขภาพกับการพัฒนางานอื่นๆ **3) ด้านทรัพยากร (Money, Material)** (1) การบริหารและจัดสรรงบประมาณ ส่วนใหญ่ยังให้ความสำคัญไปกับการพัฒนาด้านสาธารณสุขบุคคลของชุมชน และมีความล่าช้า อีกทั้งไม่ครอบคลุม ทุกพื้นที่ (2) ข้อมูลสุขภาพระดับอำเภอ ไม่เป็นปัจจุบัน ขาดความครบถ้วน และบางข้อมูลเป็นสารสนเทศสาธารณสุข ที่ไม่มีคุณภาพ

2. สภาพแวดล้อมภายนอก

2.1 โอกาส (Opportunity) ที่ส่งผลต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุข พบว่า **1) ด้านการเมือง /กฎหมาย/นโยบาย (Political and Legal)** (1) กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสนับสนุนการขับเคลื่อนระบบ สุขภาพอำเภอโดยคณะกรรมการระบบสุขภาพอำเภอที่เชื่อมโยงกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (2) กระทรวงสาธารณสุขเผยแพร่สื่อและข้อมูลด้านสาธารณสุขเพื่อสร้างกระแสการรับรู้ด้านสุขภาพ ของสังคม (3) กระทรวงมหาดไทยและกรมการปกครองมีนโยบายในการสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพและการควบคุม ป้องกันโรคในภาวะวิกฤติ และ (4) มีกฎหมายและ พ.ร.บ.ด้านสาธารณสุขต่างๆที่สนับสนุนด้านการควบคุม ป้องกันด้าน สุขภาพ **2) ด้านเศรษฐกิจ (Economic)** (1) มีเครือข่ายความร่วมมือจากภาคเอกชนในการสนับสนุนทรัพยากร ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข และ (2) ร้านค้า/องค์กรภาคเอกชนในพื้นที่ให้การสนับสนุนและบริจาควัสดุ ครุภัณฑ์และเครื่องมือแพทย์ **3) ด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social-Cultural)** (1) มีกลุ่มจิตอาสาที่จิตสาธารณะ มีส่วนร่วมในการช่วยเหลือชุมชน และ (2) ประชาชนให้ความสนใจเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพมากขึ้น และตระหนักต่อ การป้องกันโรคติดเชื้อ COVID-19 และ **4) ด้านเทคโนโลยี (Technology)** (1) ความทันสมัยของเทคโนโลยี สารสนเทศในปัจจุบันเอื้อต่อการส่งผ่านองค์ความรู้ เทคโนโลยี นวัตกรรม สู่อุปกรณ์และประชาชนได้อย่างรวดเร็ว และเป็นปัจจุบัน และ (2) มีศูนย์การเรียนรู้/มีระบบอินเทอร์เน็ตชุมชนที่อำนวยความสะดวกในการติดต่อสื่อสาร ให้รวดเร็ว ทันสมัย



2.2 อุปสรรค (Threat) ที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานด้านสาธารณสุข พบว่า 1) ด้านการเมือง/กฎหมาย/นโยบาย (Political and Legal) (1) นโยบายการทำงานของระดับกระทรวง เขต จังหวัด มีจำนวนมากเกินและบางส่วนไม่สอดคล้องกับบริบทในพื้นที่ และมีข้อจำกัดด้านงบประมาณสนับสนุนในการดำเนินงาน และ (2) นโยบายจากหน่วยงานส่วนกลางมีอิทธิพลต่อการกำหนดแผนงานโครงการของพื้นที่ **2) ด้านเศรษฐกิจ (Economic)** (1) สภาพเศรษฐกิจตกต่ำมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวมของประชาชนซึ่งส่งผลให้ประชาชนมีความเครียดและเจ็บป่วยด้านสุขภาพจิตมากขึ้น และ (2) มีการเคลื่อนย้ายแรงงานจำนวนมากเข้ามาทำงานและอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอหนองแควซึ่งเพิ่มความเสี่ยงด้านสุขภาพ **3) ด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social-Cultural)** (1) มีภูมิประเทศเป็นเขตพื้นที่อุตสาหกรรมหลายประเภทตั้งอยู่ในอำเภอและมีโอกาสเกิดมลพิษจากของเสียในกระบวนการผลิตของสถานประกอบการ/โรงงานอุตสาหกรรม (2) วิถีชีวิตของประชาชนในพื้นที่มีความเป็นเมืองมากขึ้น ทำให้การเข้าถึงประชาชนมีความยุ่งยากมากขึ้น และประชาชนส่วนใหญ่ขาดโอกาสในการร่วมเสนอความคิดเห็นและความต้องการด้านสุขภาพ (3) ประชาชนบางส่วนไม่ตระหนัก ในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (4) โครงสร้างประชากรมีสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นซึ่งมีโอกาเป็นภาวะพึ่งพิงสูง และ (5) สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อ COVID-19 ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานตามแผนงานโครงการได้ และ **4) ด้านเทคโนโลยี (Technology)** (1) มีการสื่อสารด้านธุรกิจสุขภาพเพื่อสร้างความเชื่อและค่านิยมในการใช้ผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และ (2) ประชาชนส่วนหนึ่งขาดการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมจากพฤติกรรมการติดสื่อออนไลน์

2. บทบาทและภาพลักษณ์ที่เป็นจริงและที่พึงประสงค์ต่อการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหนองแคว

กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นเพศชาย (117 คน, ร้อยละ 32.50) และเพศหญิง (243 คน, ร้อยละ 67.50) มีสถานภาพสมรส (297 คน, ร้อยละ 82.50) มีอายุระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 54.17) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (203 คน, ร้อยละ 56.39) รองลงมามัธยมศึกษาตอนต้น (53 คน, ร้อยละ 14.72) และมีอาชีพพ่อบ้าน/แม่บ้าน (189 คน, ร้อยละ 52.50) รองลงมาคือเกษตรกร (85 คน, ร้อยละ 23.61) โดยมีรายได้/เดือนระหว่าง 10,000 – 19,999 บาท (183 คน, ร้อยละ 50.83) รองลงมาน้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน (98 คน, ร้อยละ 27.22) และมีระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขระหว่าง 11-20 ปี (171 คน, ร้อยละ 47.50) รองลงมา มากกว่า 20 ปี (94 คน, ร้อยละ 26.11) และ 6-10 ปี (81 คน, ร้อยละ 22.50) และส่วนใหญ่ไม่เคยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานร่วมกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (284 คน, ร้อยละ 78.89) โดยมี (11 คน, ร้อยละ 3.06) ที่เคยร่วมปฏิบัติงานกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ซึ่งลักษณะงานที่ผู้เคยร่วมปฏิบัติกับ พชอ. ร้อยละ 100 เป็นการร่วมตัดสินใจ/ แสดงความต้องการของชุมชน และร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับด้านสาธารณสุข และพบว่าหากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะปฏิบัติร่วมกับ พชอ. ลักษณะงานที่ต้องการร่วมปฏิบัติด้วย คือ การร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับด้านสาธารณสุข (ร้อยละ 87.22) รองลงมา คือ การร่วมตัดสินใจ/ แสดงความต้องการของชุมชน (ร้อยละ 86.11) และการร่วมประเมินผลกิจกรรม/โครงการ (ร้อยละ 83.06) ตามลำดับ



และอาสาสมัครสาธารณสุขส่วนใหญ่ (204 คน, ร้อยละ 56.67) รับรู้เกี่ยวกับบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ในด้านการพัฒนางานสาธารณสุข และปัญหาด้านสาธารณสุขที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องการให้คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) พัฒนางานด้านสาธารณสุขมากที่สุด ในด้านปัญหาโรคติดต่อ เช่น โควิด 19 (229 คน, ร้อยละ 63.61) และรองลงมาคือ ปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (56 คน, ร้อยละ 15.56)

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทของการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองแค ภาพรวม พบว่า บทบาทและภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.51$, S.D. = .145) และเมื่อพิจารณารายด้านบทบาทและภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์ที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านผลลัพธ์การพัฒนาด้านสาธารณสุข ($\bar{x} = 4.59$, S.D. = .174) ในขณะที่ภาพรวมของบทบาทและภาพลักษณ์ที่เป็นจริงอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 3.09$, S.D. = .182) โดยบทบาทและภาพลักษณ์ที่เป็นจริงมีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านผู้นำ ($\bar{x} = 3.61$, S.D. = .215) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายบทบาทและภาพลักษณ์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์และที่เป็นจริงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ข้อ	การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์			ภาพลักษณ์ที่เป็นจริง		
		\bar{x}	S.D.	ความหมาย	\bar{x}	S.D.	ความหมาย
	ด้านผู้นำ	4.57	.141	มากที่สุด	3.61	.215	มาก
1	มีวิสัยทัศน์ให้ความสำคัญกับการพัฒนาด้านสาธารณสุข	4.73	.174	มากที่สุด	4.11	.274	มาก
2	มีภาวะความเป็นผู้นำด้านสุขภาพหรือปฏิบัติตนเป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ	4.52	.141	มากที่สุด	3.47	.551	มาก
3	มีความสามารถในการชี้แนะ/โน้มน้าวให้ชุมชนเห็นความสำคัญของการพัฒนางานด้านสาธารณสุข	4.44	.211	มากที่สุด	3.42	.144	มาก
4	สอดส่อง ดูแล และเข้าถึงความต้องการด้านสุขภาพของประชาชน	4.22	.145	มากที่สุด	3.75	.511	มาก
	ด้านบุคลากร/คณะทำงาน	4.41	.171	มากที่สุด	3.17	.135	ปานกลาง
5	มีความรู้ และทักษะเกี่ยวกับด้านสาธารณสุข	4.52	.144	มากที่สุด	3.31	.147	ปานกลาง
6	เข้าถึงชุมชนเพื่อรับฟังความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับความต้องการด้านสุขภาพ	4.77	.125	มากที่สุด	2.97	.141	ปานกลาง
7	มีความเสียสละและให้ความสำคัญกับการช่วยแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขอย่างจริงจัง	4.24	.141	มากที่สุด	3.41	.185	มาก



ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายบทบาทและภาพลักษณ์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์และที่เป็นจริงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ต่อ)

ข้อ	การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์			ภาพลักษณ์ที่เป็นจริง		
		\bar{x}	S.D.	ความหมาย	\bar{x}	S.D.	ความหมาย
8	มีทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างความร่วมมือด้านสุขภาพระหว่างภาคประชาชนและองค์กรท้องถิ่น	4.45	.217	มากที่สุด	3.33	.174	ปานกลาง
9	ปฏิบัติตนหรือมีพฤติกรรมสุขภาพเป็นแบบอย่างที่ดี	4.27	.142	มากที่สุด	2.89	.174	ปานกลาง
	ด้านวัฒนธรรมองค์กร	4.49	.109	มากที่สุด	2.97	.211	ปานกลาง
10	มีนโยบายที่เป็นรูปธรรมแสดงถึงค่านิยมเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านสุขภาพ	4.24	.114	มากที่สุด	2.64	.134	ปานกลาง
11	มีการดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขที่คำนึงถึงประโยชน์ และสิทธิของประชาชนเป็นหลัก	4.89	.173	มากที่สุด	3.44	.211	มาก
12	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหรือแก้ปัญหาสาธารณสุขระหว่างภาครัฐ เอกชน และภาคประชาชน	4.24	.201	มากที่สุด	3.31	.118	ปานกลาง
13	มีการบูรณาการเรื่องสุขภาพกับการพัฒนาอื่นๆ	4.19	.141	มาก	2.57	.301	น้อย
14	มีบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถด้านสาธารณสุขที่เป็นที่ยอมรับของประชาชนอยู่ในคณะทำงาน	3.99	.173	มาก	2.51	.141	น้อย
15	สร้างศรัทธาความเชื่อมั่นต่อความมั่นคงด้านสาธารณสุขให้กับประชาชน	4.11	.104	มาก	2.59	.027	ปานกลาง
16	มีสัมพันธภาพที่ดีกับภาคีเครือข่ายภาคประชาชน	4.52	.214	มากที่สุด	3.38	.221	ปานกลาง
17	มีการดำเนินงานในการพัฒนาหรือแก้ไขปัญหาสุขภาพในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรมและจริงจัง	4.87	.177	มากที่สุด	3.23	.214	ปานกลาง
18	สร้างคุณค่าและก่อให้เกิดประโยชน์ด้านสุขภาพของประชาชนในพื้นที่	4.89	.141	มากที่สุด	3.39	.019	ปานกลาง
	ด้านการบริหารจัดการ	4.55	.137	มากที่สุด	3.01	.177	ปานกลาง
19	มีการจัดทำและประกาศนโยบายด้านสาธารณสุขของพื้นที่ที่ครอบคลุมด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ	4.22	.174	มากที่สุด	2.77	.014	ปานกลาง
20	มีแผนการจัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขครอบคลุมทุกชุมชน	4.52	.125	มากที่สุด	3.40	.124	ปานกลาง



ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายบทบาทและภาพลักษณ์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์และที่เป็นจริงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ต่อ)

ข้อ	การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์			ภาพลักษณ์ที่เป็นจริง		
		\bar{x}	S.D.	ความหมาย	\bar{x}	S.D.	ความหมาย
21	โครงการและแผนงานแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาด้านสุขภาพมาจากความต้องการของประชาชน	4.24	.311	มากที่สุด	2.78	.141	ปานกลาง
22	มีหน่วยงานหรือองค์กรทำหน้าที่ประสานงานด้านข้อมูลปัญหาสุขภาพระหว่าง พชอ. กับประชาชน	4.49	.209	มากที่สุด	2.21	.241	น้อย
23	มีการบริหารงานเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนในรูปแบบแนวราบไม่ใช่การสั่งการ	4.23	.041	มากที่สุด	2.99	.141	ปานกลาง
24	มีการเชื่อมโยงและบูรณาการองค์ประกอบทุกมิติ ด้านสุขภาพในการกำหนดรูปแบบหรือแนวทางการแก้ไขปัญหา/พัฒนางานด้านสาธารณสุขของพื้นที่	4.23	.211	มากที่สุด	2.87	.132	ปานกลาง
25	สนับสนุนการดำเนินงานหรือภารกิจด้านสาธารณสุขของอาสาสมัครสาธารณสุข	4.79	.141	มากที่สุด	3.37	.143	ปานกลาง
26	ส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในบทบาทของการบริหารระบบสุขภาพชุมชน	4.53	.114	มากที่สุด	3.31	.101	ปานกลาง
27	มีการสนับสนุนการเตรียมความพร้อมของชุมชนต่อการเผชิญสถานการณ์หรือภัยคุกคามสุขภาพ	4.71	.004	มากที่สุด	3.43	.147	มาก
28	มีแนวทางการพัฒนาบทบาทของผู้นำชุมชนในการมีส่วนร่วมสร้างความมั่นคงด้านสาธารณสุข	4.63	.221	มากที่สุด	3.31	.211	ปานกลาง
29	สนับสนุนการพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานสถานบริการสุขภาพของชุมชน	4.88	.011	มากที่สุด	3.44	.144	มาก
30	สนับสนุนการนำทุนทางสังคม (สิ่งแวดล้อม/ภูมิปัญญา/ประเพณีวัฒนธรรม) มาใช้ประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาด้านสาธารณสุขของพื้นที่	4.59	.103	มากที่สุด	2.44	.084	น้อย
31	นำองค์ความรู้หรือนวัตกรรมด้านสุขภาพเข้ามาใช้ในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาด้านสาธารณสุขในพื้นที่	4.54	.117	มากที่สุด	3.11	.174	ปานกลาง
32	มีการกำกับดูแล ติดตาม และประเมินผลของภาครัฐท้องถิ่น และเอกชนด้านสาธารณสุข	4.29	.141	มากที่สุด	2.57	.141	น้อย



ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายบทบาทและภาพลักษณ์การดำเนินงาน ด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์และที่เป็นจริงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ต่อ)

ข้อ	การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์			ภาพลักษณ์ที่เป็นจริง		
		\bar{x}	S.D.	ความหมาย	\bar{x}	S.D.	ความหมาย
	ด้านการสื่อสารสังคม	4.52	1.78	มากที่สุด	3.02	.131	ปานกลาง
33	มีการสื่อสารด้านสุขภาพที่เข้าถึงประชาชนในพื้นที่	4.41	.041	มากที่สุด	3.39	.014	ปานกลาง
34	มีการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องตรงไปตรงมา ไม่ปิดบังข้อมูล	4.73	.011	มากที่สุด	3.31	.211	ปานกลาง
35	สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันด้านสุขภาพให้กับประชาชนทราบ	4.79	.141	มากที่สุด	3.23	.247	ปานกลาง
36	สนับสนุนการสร้างแหล่งการเรียนรู้ด้านสุขภาพให้กับชุมชน	4.53	.041	มากที่สุด	2.61	.714	ปานกลาง
37	มีการรณรงค์เพื่อกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือของประชาชนในการสร้างเสริมสุขภาพ	4.47	.201	มากที่สุด	3.37	.143	ปานกลาง
38	สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในด้านการแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุข	4.79	.141	มากที่สุด	3.31	.121	ปานกลาง
39	สนับสนุนการสร้างมาตรการด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาวะที่ดีของชุมชน	4.43	.117	มากที่สุด	3.33	.147	ปานกลาง
40	การเปิดโอกาสให้คนในชุมชนได้มีส่วนร่วมในการนำเสนอความต้องการด้านสุขภาพ	4.59	.134	มากที่สุด	2.44	.114	น้อย
	ด้านผลลัพธ์การพัฒนาด้านสาธารณสุข	4.59	.174	มากที่สุด	3.11	.274	ปานกลาง
41	แก้ไขปัญหาด้านสุขภาพได้อย่างสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน	4.82	.104	มากที่สุด	2.66	.201	ปานกลาง
42	มีแผนงาน/โครงการสนับสนุนการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของอำเภอ	4.52	.125	มากที่สุด	3.31	.147	ปานกลาง
43	มีการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง	4.22	.211	มากที่สุด	2.51	.014	น้อย
44	สามารถแก้ไขปัญหาสาธารณสุขของชุมชนได้อย่างรวดเร็วทันต่อสถานการณ์	4.79	.119	มากที่สุด	3.11	.214	ปานกลาง



ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความหมายบทบาทและภาพลักษณ์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่พึงประสงค์และที่เป็นจริงของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (ต่อ)

ข้อ	การดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ	ภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์			ภาพลักษณ์ที่เป็นจริง		
		\bar{x}	S.D.	ความหมาย	\bar{x}	S.D.	ความหมาย
45	มีช่องทางให้ประชาชนนำเสนอหรือแจ้งข้อมูลปัญหาด้านสาธารณสุขของชุมชน	4.53	.114	มากที่สุด	2.54	.012	น้อย
46	มีการพัฒนาระบบข้อมูลด้านสุขภาพ/ด้านสาธารณสุขของชุมชน	4.51	.104	มากที่สุด	2.63	.114	ปานกลาง
	ด้านการสื่อสารสังคม	4.52	1.78	มากที่สุด	3.02	.131	ปานกลาง
47	เกิดนวัตกรรมหรือองค์ความรู้สำหรับการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาด้านสาธารณสุขในพื้นที่	4.52	.405	มากที่สุด	2.21	.119	น้อย
48	เกิดความเปลี่ยนแปลงเชิงบวกด้านสุขภาพของประชาชน เช่น ลดปัญหาการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้	4.83	.241	มากที่สุด	3.07	.134	ปานกลาง
49	สถานบริการสุขภาพในชุมชนมีคุณภาพและมาตรฐาน	4.84	.031	มากที่สุด	3.99	.214	มาก
50	เกิดเครือข่ายด้านสุขภาพที่เข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนางานสาธารณสุขในพื้นที่	4.45	.104	มากที่สุด	3.23	.211	ปานกลาง
51	เกิดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน	4.49	.214	มากที่สุด	3.07	.199	ปานกลาง
52	ชุมชนมีศักยภาพและสามารถพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพได้ในระดับพื้นฐาน (การดูแลสุขภาพตนเอง/การแก้ปัญหาด้านสุขภาพเบื้องต้น/การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพตามความจำเป็น/การช่วยเหลือและดูแลสมาชิกในครอบครัว/มีความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่เหมาะสม)	4.77	.177	มากที่สุด	3.31	.117	ปานกลาง
	ภาพรวม	4.51	.145	มากที่สุด	3.09	.182	ปานกลาง



3. แนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอหนองแค

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีมุมมองเชิงข้อเสนอแนะโอกาสในการพัฒนาเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานเพื่อพัฒนางานด้านสาธารณสุข ดังนี้

แนวทางการพัฒนาเชิงนโยบาย

1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรจัดทำนโยบายการพัฒนาด้านสุขภาพระดับอำเภอที่เป็นรูปธรรม และแผนพัฒนาต้องเกิดจากความต้องการของประชาชนหรือสอดคล้องกับปัญหาสุขภาพร่วมของประชาชนในอำเภอหนองแค และสื่อสารประกาศนโยบายให้พื้นที่ทราบ

2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรส่งเสริมให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อเป็นคณะทำงานในการเชื่อมประสานข้อมูลสารสนเทศสุขภาพระหว่างประชาชนฐานรากและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

แนวทางการพัฒนาเชิงวิชาการ

1) ควรมีการพัฒนาหรือสร้างช่องทางสื่อสารความต้องการจำเป็นด้านสุขภาพที่สามารถสื่อสารได้อย่างสะดวก รวดเร็ว ทันต่อสถานการณ์ โดยตรงระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2) ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขเฉพาะทางและสอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ภายใต้สถานการณ์ปัจจุบัน

แนวทางการพัฒนาเชิงปฏิบัติการ

1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรมีการจัดประชุมเฉพาะด้านสาธารณสุข 2 ครั้ง/ปี และให้ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข ระดับตำบลทุกตำบลเข้าร่วมประชุมเพื่อ ร่วมกำหนดทิศทางการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของอำเภอหนองแค

2) สาธารณสุขอำเภอ/ผู้อำนวยการโรงพยาบาลควรมีการสื่อสารข้อมูลสารสนเทศสถานการณ์สาธารณสุขของอำเภอกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอเพื่อเป็นการกระตุ้นและนำเสนอความเชื่อมโยงในลักษณะบทบาทหน้าที่กับหน่วยงานภาคส่วนต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรม/ลายลักษณ์อักษร เพื่อสร้างความตระหนักและเกิดการทบทวนบทบาทหน้าที่หรือความเชื่อมโยงเชิงภารกิจ

อภิปรายผล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เห็นว่าบทบาทและภาพลักษณ์ที่เป็นจริงในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอหนองแค (พชอ.) อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับสมยศ ศรีจารณัย (2561) ในขณะที่ต่างจากแวตตี เหมวานนท์ (2563) ที่พบว่าภาพรวมความพึงพอใจต่อบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อยู่ที่ระดับมาก และภาพรวมประสิทธิภาพ



ในการดำเนินงานอยู่ที่ระดับดี รวมถึงผลการศึกษาของสุระจิต สุตะพันธ์, วรรณถ พรหมศวรร, จุฬารัตน์ ท้าวหาญ, ภาวินี เสาะสืบ, และชลดา กิ่งมาลา (2563) ที่พบว่าการปฏิบัติหน้าที่ในภาพรวมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภออยู่ในระดับมาก ซึ่งความแตกต่างที่พบอาจเนื่องมาจากความแตกต่างของประสบการณ์และบทบาทหน้าที่ของกลุ่มตัวอย่างการศึกษาที่ต่างกัน

บทบาทและภาพลักษณ์ของผู้นำ พบว่า ตัวแทนของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอจากทุกภาคส่วนเห็นตรงกันว่า “ผู้นำ” คือ ปัจจัยที่เป็นจุดแข็งของการดำเนินงานด้านสาธารณสุข ซึ่งมีคุณลักษณะภาวะผู้นำ มีวิสัยทัศน์ในงานสาธารณสุข และเข้าถึงประชาชน ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับมุมมองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่เห็นว่าบทบาทและภาพลักษณ์ปรากฏจริงในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข คือ ผู้นำมีวิสัยทัศน์ และเข้าถึงความต้องการสุขภาพของประชาชน ซึ่งสอดคล้องกับทวนธง ครุฑจ้อน (2554) ที่พบว่าปัจจัยด้านผู้นำ ทั้งผู้นำจากภาคส่วนราชการ ผู้นำจากภาคองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้นำชุมชนมีความสัมพันธ์กับการปรับภาพลักษณ์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทยที่มีการบริหารที่เป็นเลิศซึ่งถือว่าเป็นบทบาทของผู้บริหารท้องถิ่นในศตวรรษที่ 21 (พิชญ์นิฐา พรรณศิลป์, สัญญา เคนาภูมิ, และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร, 2558)

ภาพลักษณ์ด้านการสื่อสารสังคม พบว่า เป็นประเด็นที่อาสาสมัครสาธารณสุขให้ความสำคัญ โดยผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าบทบาทและภาพลักษณ์ที่เป็นจริงด้านการสื่อสารสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่บทบาทและภาพลักษณ์ที่พึงประสงค์อยู่ในระดับสูง อีกทั้งข้อเสนอแนะในการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานคุณภาพชีวิตด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอระบุว่าจำเป็นต้องมีการพัฒนาหรือสร้างช่องทาง การสื่อสารสารสนเทศสาธารณสุขที่สะดวก รวดเร็ว กับอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับหลักการด้านการสื่อสารโดยการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ถือเป็นหัวใจสำคัญของการกำหนดภาพลักษณ์ขององค์กร โดยจะต้องเลือกเครื่องมือการสื่อสารให้สอดคล้องกับจุดยืนหรือคุณค่าของสินค้า (สุจิตรา แก้วสีนวล, 2556) และสอดคล้องกับมโนทัศน์ สรุชัยกุลวัฒนา (2557) ที่ระบุว่าปัจจัยด้านการเป็นสื่อที่สร้างความจดจำที่ดีให้แก่ประชาชนในท้องถิ่น คือ การสื่อสารระหว่างบุคคล การสื่อสารมวลชน และการประชุมอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และสอดคล้องในทางเดียวกันกับสมาน คงสมบูรณ์ และยอดชาย สุวรรณวงษ์ (2564) ที่ระบุว่าระบบการสื่อสารที่เอื้อต่อการสั่งการและรายงานเป็นเงื่อนไขสนับสนุนต่อภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองแค ควรพิจารณาปรับปรุงหรือพัฒนาในประเด็นที่ตัวแทนคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เห็นว่าเป็นจุดอ่อนและอุปสรรคของการดำเนินงานด้านสาธารณสุข และเสริมสร้างความเข้มแข็งในประเด็นของบทบาทภาพลักษณ์



ที่พึงประสงค์ที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เห็นว่าสำคัญและปรับปรุงในประเด็นของบทบาท
ภาพลักษณ์ที่เป็นจริงที่ต่ำกว่าระดับมาถลงมา ดังนี้

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรจัดทำนโยบายการพัฒนาด้านสาธารณสุขของ
อำเภอหนองแค ให้เป็นรูปธรรมและประกาศนโยบายสุขภาพอำเภอหนองแคผ่านสื่อสาธารณะเพื่อสร้างกระแส
การรับรู้ร่วมของสังคมอำเภอหนองแค

2. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรสนับสนุนให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อให้สามารถเข้าถึงปัญหาสุขภาพของชุมชน และสามารถจัดทำแผนการพัฒ นา
ด้านสุขภาพได้สอดคล้องกับความต้องการจำเป็นที่แท้จริงของประชาชน

3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ควรพัฒนาและสร้างช่องทางการสื่อสารด้านสาธารณสุข
ระหว่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสนับสนุนให้มีตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ร่วมมีบทบาทในการร่วมเสนอความคิดเห็นและตัดสินใจต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในเวทีของคณะกรรมการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาด้วยรูปแบบการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed method Research) เพื่อพัฒนารูปแบบ
การเสริมสร้างความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อสนับสนุนกลไกการพัฒนาคุณภาพ
ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

2. ควรมีการศึกษาวิจัยด้วยรูปแบบการวิจัยเชิงประเมินผล (Evaluation Research) เพื่อประเมินศักยภาพ
และความต้องการในการพัฒนาเพื่อเสริมสร้างศักยภาพการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนา
คุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองแค

3. ควรศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการพัฒนางานด้านสาธารณสุขของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต
ระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอหนองแคกับคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภออื่นๆในจังหวัดสระบุรี
เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของอำเภอหนองแค



เอกสารอ้างอิง

- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2562). *คู่มือ อสม. หมอประจำบ้าน*. สืบค้น 10 กรกฎาคม 2564, จาก: http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/OSM_Doctor.pdf
- กรวิภา อมรประภาธิรุก. (2553). *อัตลักษณ์ภาพลักษณ์ของร้าน MOS BURGER ที่มีต่อความภักดีและพฤติกรรมการซื้อของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร* [สารนิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). *แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579)*. สืบค้น 11 กรกฎาคม 2564, จาก http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/EbookMOPH20yrsPlan2017_version2.pdf
- กองสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย. (2564). *มท.ประชุมคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พชอ. และ พชข. ร่วมกับ สธ. กำหนดเป้าหมายดำเนินงาน ปี 2564-2565 พร้อมยกระดับการขับเคลื่อน พชอ. โดย พชจ.* สืบค้น 13 กรกฎาคม 2564, จาก <http://newskm.moi.go.th/?p=11050>
- สุจิตรา แก้วสีนวล. (2556). *การสื่อสารเพื่อสร้างภาพลักษณ์*. สืบค้น 15 กรกฎาคม 2564, จาก: <http://utcc2.utcc.ac.th/localuser/brandthaicenter/Article%20etc/การสื่อสารเพื่อการสร้างภาพลักษณ์%20-%20สุจิตรา%20แก้วสีนวล.pdf>
- จำเนียร จวงตระกูล. (2561). ปัญหาการกำหนดกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ. *วารสารบริหารธุรกิจและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง*, 1(2), 1-21.
- ทวนธง ครุฑจ้อน. (2554). *การปรับภาพลักษณ์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไทย: กรณีศึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีการบริหารที่เป็นเลิศ*. สืบค้น 18 กรกฎาคม 2564, จาก: http://www.conference.phuket.psu.ac.th/proceedings/PSU_OPEN_WEEK_2011/data/FIS/FIS05_paper.pdf
- เบญญา ยอดดำเนิน-แอ๊ดติงก์. (2552). *การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ : การจัดการข้อมูลการตีความและการหาความหมาย*. นครปฐม : สำนักพิมพ์ประชากรและสังคม สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. (2550). *วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: สำนักทดสอบการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- พิชญ์ณัฐา พรรณศิลป์, สัญญา เคนาภูมิ, และเสาวลักษณ์ โกศลกิตติอัมพร. (2558). บทบาทของผู้บริหารท้องถิ่นในศตวรรษที่ 21. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร.*, 3(2): หน้า 146-61.
- มนัสชนก สุรัชกุลวัฒนา. (2557). *รูปแบบการสื่อสารเพื่อการสร้างภาพลักษณ์ของผู้นำท้องถิ่นในจังหวัดนครปฐม*. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์การเรียนรู้ทางไกลเชิงนวัตกรรม*, 4(1), 36-46.
- แหวดี เหมวารานนท์. (2563). การประเมินผลการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 6(1): หน้า 140-57.



เอกสารอ้างอิง (ต่อ)

- ศิริชัย กาญจนवास และดิเรก ศรีสุโข. (2559). *การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมยศ ศรีจารณัย. (2561). *ศึกษาเรื่องบทบาทของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและลดความเหลื่อมล้ำของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 [หลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่ 60]*. กรุงเทพฯ: วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.
- สมาน คงสมบูรณ์ และยอดชาย สุวรรณวงษ์. (2564). *การพัฒนารูปแบบภาวะผู้นำเชิงกลยุทธ์ ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในจังหวัดสระบุรี*.วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30(1), 115-128.
- สุระจิต สุตะพันธ์, วรรณถ พรหมศวร, จุฬารัตน์ ห้าวหาญ, ภาวินี เสาะสืบ, และชลดา กิ่งมาลา. (2563). การปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติเพื่อสุขภาวะชุมชน. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 10 (2), 254-273.
- สำนักงานบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย. (2561). *คู่มือประกอบการพิจารณาระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 หลักการ กรอบเนื้อหาและเจตนารมณ์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. (2562). *ถอดรหัส พขอ. กับ 5 ปัจจัยสู่ความสำเร็จ*. สืบค้น 13 กรกฎาคม 2564, จาก: https://r8way.moph.go.th/r8wayadmin/page/uploads_file/20191225110034.pdf
- เอกชัย บุญยาทิศฐาน. (2553). *คู่มือวิเคราะห์ SWOT อย่างมืออาชีพ*. กรุงเทพฯ: ปัญญาชน.
- D.D. Van Fleet with R.W. Griffin and others, (2006). “The Journal of Management’s First 30 Years,” *Journal of Management*, 32 (4), 477-506.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), page 607-610.
- Likert Rensis. (1967). “The Method of Constructing and Attitude Scale ”. In Reading in Fishbein, M (Ed.), *Attitude Theory and Measurement*. New York: Wiley & Son.



คำแนะนำสำหรับผู้แต่ง
วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา
(Thai Journal of Public Health and Health Education : TJPHE)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับผู้เขียน

1. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษาเป็นวารสารรับตีพิมพ์บทความทางวิชาการ และบทความวิจัย ด้านการแพทย์ ด้านการสาธารณสุข ด้านการพยาบาล ด้านสุขภาพศึกษา ด้านสหวิทยาการพฤติกรรมสุขภาพ และด้านสหวิทยาการวิทยาศาสตร์สุขภาพและนวัตกรรม
2. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษากำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ฉบับ ได้แก่
 - มกราคม-เมษายน
 - พฤษภาคม-สิงหาคม
 - กันยายน-ธันวาคม
3. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษาตีพิมพ์บทความทางวิชาการ และบทความวิจัย โดยต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างการพิจารณาเพื่อตีพิมพ์ในวารสารอื่น (หรือหากมีกรณออธิบายในข้อความส่งถึงบรรณาธิการ)
4. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสารและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 คน เป็นผู้อ่าน

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป Microsoft Word
2. จัดพิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 โดยมีระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. และด้านขวา 2.54 cm.
3. ตัวอักษรใช้ TH SarabunPSK
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 1 หน้า
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. รายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 30 รายการ

การเรียงลำดับเนื้อหาบทความ

1. ชื่อเรื่อง

- ภาษาไทย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 17 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 17 point จัดกึ่งกลาง

2. ชื่อผู้เขียน

-ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 14 point อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 12 point ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด

3. บทคัดย่อ

- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point ความยาวไม่เกิน

1 หน้ากระดาษ

4. คำสำคัญ

-กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3 – 5 คำ ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

5. บทนำ

- ชื่อ “บทนำ” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความบทนำ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point
- บรรยายประเด็นปัญหาของงานวิจัยและเหตุผลในการทำวิจัย

6. วัตถุประสงค์การวิจัย

- ชื่อ “วัตถุประสงค์การวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความวัตถุประสงค์การวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

7. สมมติฐานการวิจัย (ถ้ามี)

- ชื่อ “สมมติฐานการวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความสมมติฐานการวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

8. กรอบแนวคิดในการวิจัย (ถ้ามี)

- ชื่อ “กรอบแนวคิดในการวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความกรอบแนวคิดในการวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

9. ระเบียบวิธีวิจัย

- ชื่อ “ระเบียบวิธีวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความระเบียบวิธีวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point
- ระบุรูปแบบการวิจัย ประชากร เกณฑ์การคัดเลือกประชากรที่ศึกษา

10. เครื่องมือการวิจัย

- ชื่อ “เครื่องมือการวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความเครื่องมือการวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

11. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

- ชื่อ “การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

12. การเก็บรวบรวมข้อมูล

- ชื่อ “การเก็บรวบรวมข้อมูล” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความการเก็บรวบรวมข้อมูล พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

13. การวิเคราะห์ข้อมูล

- ชื่อ “การวิเคราะห์ข้อมูล” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความการวิเคราะห์ข้อมูล พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

14. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- ชื่อ “สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

15. จริยธรรมการวิจัย

- ชื่อ “จริยธรรมการวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความจริยธรรมการวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

16. ผลการวิจัย

- ชื่อ “ผลการวิจัย” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความผลการวิจัย พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point
- ตารางและข้อความในตาราง พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 14 point
- ควรนำเสนอผลการวิจัยเรียงตามลำดับให้สอดคล้องกับการตอบวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ถ้ามีการนำเสนอผล

ในรูปแบบตาราง กราฟ หรือรูปภาพ ควรมีการอธิบายผลที่สอดคล้องกัน

17. อภิปรายผล

- ชื่อ “อภิปรายผล” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความอภิปรายผล พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point
- การเขียนอภิปรายผลควรมุ่งไปที่ประเด็นสำคัญของการวิจัย และควรมีหลักฐานการอ้างอิงประกอบด้วย และสรุปผลเฉพาะเนื้อหาในแง่ของผลการวิจัยที่สำคัญ ๆ

18. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- ชื่อ “การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

19. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

- ชื่อ “ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

20. เอกสารอ้างอิง

- ชื่อ “เอกสารอ้างอิง” พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 16 point ตัวหนา ชิดขอบ
- ข้อความเอกสารอ้างอิง พิมพ์ด้วยตัวอักษร ขนาด 15 point

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิง

ตัวอย่างการเขียนอ้างอิงในเนื้อหา

-การอ้างอิงในเนื้อหาใช้รูปแบบการเขียนอ้างอิงแบบนาม-ปี โดยการระบุชื่อผู้เขียนและตามด้วยปีที่เขียน
เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม ปัจจัยสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ คือการพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้” (ธนสุกาญจน์, 2018)

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. หนังสือ

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีที่พิมพ์)/ ชื่อเรื่อง/ (พิมพ์ครั้งที่)/ สำนักพิมพ์.

Author, A.A./ (Year)/ Title of the book/ (Edition ed.)/ Publisher.

เช่น

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2563). พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิดทฤษฎี และการประยุกต์ใช้

////// (พิมพ์ครั้งที่ 3). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

Schmidt, N. A., & Brown, J. M. (2017). *Evidence-based practice for nurses: Appraisal and application of research* (4th ed.). Jones & Bartlett Learning, LLC.

1.1 บทความหรือบทในหนังสือ

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)/ ชื่อบทหรือชื่อบทความ./ ใน/ ชื่อบรรณาธิการ/ (บ.ก.),
//////// ชื่อหนังสือ/ (น./ xx-xxx)/ สำนักพิมพ์.

Author, A. A./ (Year)/ Title of the chapter./ In Editor/ (Eds.)/ Title of the
//////// book/ (pp./ xx-xxx)/ Publisher.

เช่น

วัลลภ สุขสวัสดิ์. (2561). แนวความคิดเรื่องชนชั้นนำทางการเมืองของกีตาโน มอสก้า กับชนชั้นนำ
////////ทางการเมืองไทยในยุคมาลามาไทย. ใน วัชรพล ศุภจักรวัฒนา และวัชรพล พุทธิรักษา (บ.ก.),
////////ว่าด้วยทฤษฎีรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ร่วมสมัย (พิมพ์ครั้งที่ 2). (น. 47-68).
////////สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

1.2 หนังสือแปล

ชื่อ นามสกุลผู้แต่ง./ (ปีพิมพ์)/ ชื่อเรื่องหนังสือภาษาต้นฉบับ/[ชื่อหนังสือภาษาไทย]
////////(พิมพ์ครั้งที่)/ สำนักพิมพ์.

เช่น

แบร์รี สมารี. (2555). *Michel Foucault* [มิเชล ฟูโกต์]. ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).

1.3 E-book

1.3.1 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ ไม่มี DOI

ชื่อผู้แต่งในบท./ (ปีพิมพ์)/ ชื่อบท./ ใน/ ชื่อบรรณาธิการ/ (บรรณาธิการ)/ ชื่อหนังสือ
////////(พิมพ์ครั้งที่)/ น./ xx-xxx)/ URL

Author, A. A./ (Year)/ Title of the chapter./ In Editor/ (Eds.)/ Title of the
////////book/ (Edition ed./ pp./ xx-xxx)/ URL

เช่น

จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. (2562). *พฤติกรรมสุขภาพ : แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้*.
////////(พิมพ์ครั้งที่ 3). <https://www.ookbee.com>

Haslam, S. (2003). *Research Methods and Statistics in Psychology* (SAGE
////////Foundations of Psychology series). <http://www.amazon.com>

1.3.2 บทความหรือบทในหนังสือ (Book chapter) ในรูปแบบหนังสืออิเล็กทรอนิกส์
ชื่อผู้แต่งในบท/(ปีพิมพ์)/ชื่อบท/ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บรรณาธิการ)/ชื่อหนังสือ
////////(พิมพ์ครั้งที่./น./xx-xxx)/URL

Author, A. A./ (Year)/Title of the chapter./In Editor/(Eds.)/Title of the
////////book/(Edition ed.,pp./xx-xxx)/URL

เช่น

วัลลภ สุขสวัสดิ์. (2561). แนวความคิดเรื่องชนชั้นนำทางการเมืองของกิตาโน มอสก้า กับ
////////ชนชั้นนำทางการเมืองไทยในยุคมลายูไทย. ใน วัชรพล ศุภจักรวัฒนา และวัชรพล
////////พุทธรักษา (บ.ก.), ว่าด้วยทฤษฎีรัฐศาสตร์และรัฐประศาสนศาสตร์ร่วมสมัย (พิมพ์ครั้งที่
////////ที่ 2). (น. 47-68). สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.

1.3.3 หนังสืออิเล็กทรอนิกส์ที่มี DOI

ชื่อ นามสกุล/(ปีพิมพ์)/ชื่อหนังสือ/(พิมพ์ครั้งที่)/https://doi.org/xxxxxxx

Author, A. A. (Year)/Title of the book/(Edition ed.)/https://doi.org/xxxxxxx

เช่น

Chu, Z. (2022). *People-Oriented Education Transformation*.

////////https://doi.org/10.1007/978-981-16-6353-6

2. วิทยานิพนธ์

2.1 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทและวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกที่ไม่ได้ตีพิมพ์
ชื่อ นามสกุล/(ปีที่เผยแพร่)/ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทและปริญญาเอกที่ไม่ได้ตีพิมพ์
////////หรือวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกที่ไม่ได้ตีพิมพ์]/ชื่อมหาวิทยาลัย.

Author, A. A. (Year)/Title/[Unpublished doctoral or master's thesis]/Name of
////////the Institution awarding the degree.

เช่น

สรญา แสงเย็นพันธ์. (2559). *การพัฒนารูปแบบการเขียนบรรณานุกรมออนไลน์* [วิทยานิพนธ์]
////////ปริญญาเอกที่ไม่ได้ตีพิมพ์]. มหาวิทยาลัยนเรศวร

Stewart, Y. (2000). *Dressing the tarot* [Unpublished master's thesis]. Auckland
////////University of Technology.

2.2 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทและวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกหาบัณฑิตจากเว็บไซต์ไม่อยู่ในฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่) ./ชื่อวิทยานิพนธ์/[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทและวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกหาบัณฑิต หรือ
///////วิทยานิพนธ์ปริญญาเอกหาบัณฑิต./ชื่อมหาวิทยาลัย./ชื่อเว็บไซต์./URL

2.3 วิทยานิพนธ์ปริญญาโทและวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกหาบัณฑิตจากฐานข้อมูลเชิงพาณิชย์

ชื่อ นามสกุล./ (ปีที่เผยแพร่) ./ชื่อวิทยานิพนธ์/(หมายเลข UMI หรือ เลขลำดับอื่น ๆ)
///////[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทและวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกหาบัณฑิต หรือวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกหาบัณฑิต,
///////ชื่อมหาวิทยาลัย./ชื่อฐานข้อมูล

เช่น

Becker, J. C. (2013). *Landscape-level influences on community composition and ecosystem function in a large river ecosystem* (Publication No. //3577776) [Doctoral dissertation, Graduate Council of Texas State University – San Marcos]. ProQuest Dissertations and Theses Global.

3. รายงานการประชุมเชิงวิชาการที่มี proceeding

3.1 ในรูปแบบรูปเล่ม

ชื่อ นามสกุล./ (ปี) ./ชื่อบทความ./ใน/ชื่อบรรณาธิการ/(บ.ก.) ./ชื่อหัวข้อการประชุม./
///////ชื่อการประชุม/(น./เลขหน้า) ./ฐานข้อมูล.

Contributor, A. & Contributor, B./ (Year) ./Title./In/ Editor / (Ed. หรือ Eds.), Title of
///////conference./Title of conference / (pp./xx-xxx) ./database.

กรณีมีเลข DOI หรือ URL ให้เติมต่อท้ายจากฐานข้อมูล ตัวอย่าง ชื่อฐานข้อมูล./https://doi.org/xxxx

เช่น

วิตะ กัลป์กลาย, อลิสา คุ่มเคี่ยม, และอมลวรรณ วีระธรรมโม. (2553). ผลการพัฒนา
///////บทเรียนสำเร็จรูป เรื่อง ภาษาไทยถิ่นใต้ ตำบลเตราะบอน อำเภอสายบุรีจังหวัด
///////ปัตตานี สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 3. ใน มนัส สุวรรณ(บ.ก.), *การจัดการ
///////เรียนรู้ การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน. รายงานสืบเนื่องจากการประชุม
///////วิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53* (น. 3–14).
///////บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.

3.2 ในรูปแบบวารสาร

ชื่อ นามสกุล./ (ปี)/ชื่อเรื่อง:/ชื่อเรื่องย่อย./ชื่อวารสาร./เลขของปีที่(เลขของฉบับที่)/เลขหน้า./
/////////URL

Contributor, A. & Contributor, B./ (Year)/Title:/ Sub-title./Journal./เลขของปีที่(เลข
/////////ของฉบับที่)/เลขหน้า./URL

เช่น

Herculano-Houzel, S., Collins, C. E., Wong, P., Kaas, J. H., & Lent, R. (2008).
/////////The basic nonuniformity of the cerebral cortex. *Proceedings of the National
/////////Academy of Sciences of the United States of America*, 105(34), 12593-12598.
/////////https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.0805417105

4. การนำเสนองานวิจัยหรือการนำเสนอโปสเตอร์ (Paper/Poster Presentation)

ชื่อ นามสกุล./ (วัน./เดือน/ปี)/ชื่อเอกสาร หรือโปสเตอร์/[เอกสารนำเสนอในที่ประชุม หรือ
/////////โปสเตอร์นำเสนอในที่ประชุม]/ชื่อการประชุม./สถานที่.

Presenter, A & Presenter, B./ (Year./Month/day)/Title of conference paper or
/////////poster/[Paper presentation or Poster presentation]/Conference
/////////Name./Location.

เช่น

Mason, I. & Missingham, R. (2019, October 21–25). *Research libraries, data
/////////curation, and workflows* [Paper presentation]. eResearch Australasia
/////////Conference, Brisbane, QLD, Australia. https://bit.ly/2v1CjRg

5. รายงานการประชุม/การสัมมนา/อภิปราย

ชื่อหน่วยงานที่จัดประชุม./ (ปีพิมพ์)/ชื่อเรื่องการประชุม./ชื่อการประชุม./สถานที่จัดประชุม.

เช่น

ที่ประชุมคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยของรัฐ. (2565). การประชุมสามัญที่ประชุม
/////////คณบดีบัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยของรัฐ และมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ.
/////////การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับ.บัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ครั้งที่ 53.
/////////มหาวิทยาลัยนเรศวร

6. หนังสือพิมพ์และหนังสือพิมพ์ออนไลน์

ชื่อผู้แต่ง./ (วัน/เดือน/ปี)/ชื่อคอลัมน์./ชื่อหนังสือพิมพ์./เลขหน้า.

เช่น

ทีมเราไว้ดี. (21 กุมภาพันธ์ 2565). *จับตามผลกระทบโควิดระลอกสามทำคนไทยหนีท่วม.*

/////////เดลินิวส์. 1.

7. เว็บไซต์

ชื่อ นามสกุลผู้เขียน./ (วัน/เดือน/ปีที่เผยแพร่)/ชื่อบทความ./ชื่อเว็บไซต์./URL

Author, A. A./ (Year, Month date)/Title of the work: Subtitle./Website name./URL

เช่น

สรุณา แสงเย็นพันธ์. (18 กันยายน 2561). *มาทำความเข้าใจระบบสี CMYK กับ RGB.*

/////////สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร. <https://www.nupress.grad.nu.ac.th/cmyk->

/////////and-rgb/

Sparks, D. (2019). *Women's wellness: Lifestyle strategies ease some bladder*

/////////control problems. Mayo Clinic. <https://newsnetwork.mayoclinic.org/>

/////////discussion/womens-wellness-lifestyle-strategies-ease-some-bladder-

/////////control-problems/

-กรณีที่ไม่มีวันที่เผยแพร่ปรากฏ ให้ใส่ (ม.ป.ป.) หรือ (n.d.)

-กรณีที่มีปรากฏเฉพาะ พ.ศ. หรือ ค.ศ. ให้ใส่แค่ (ปี) เท่านั้น

-กรณีชื่อผู้เขียนและชื่อเว็บไซต์เป็นชื่อเดียวกัน ให้ตัดชื่อเว็บไซต์ออก

7.1 เว็บไซต์ไม่ระบุปีที่เผยแพร่

เช่น

Athletics New Zealand. (n.d.). *Form a new club.* <http://www.athletics.org.nz/Clubs/Starting-a-New-Club>

/////////org.nz/Clubs/Starting-a-New-Club

7.2 Wikipedia

เช่น

Global warming. (2019, December 9). In *Wikipedia*. http://en.wikipedia.org/wiki/Global_warming

/////////_warming

Psychometric assessment. (n.d.). In *The psychology wiki*. Retrieved January 28,

/////////2009, from http://psychology.wikia.com/wiki/Psychometric_assessment



8. ราชกิจจานุเบกษา

ชื่อกฎหมาย/(วัน/เดือน/ปี)/ราชกิจจานุเบกษา/เล่ม/ตอนที่/หน้า/เลขหน้า.

เช่น

ประกาศ ก.พ.อ. เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการพิจารณาแต่งตั้งบุคคลให้ดำรงตำแหน่ง

/////////ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รองศาสตราจารย์ และศาสตราจารย์ พ.ศ. 2564. (7 มกราคม

/////////2565). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 4 ง หน้า 22-50.

การส่งบทความ

ต้นฉบับผลงานวิจัยและหนังสือรับรองบทความ/ผลงานวิจัยที่ต้องส่งในระบบ Online ถึงบรรณาธิการวารสารที่ tjphe_editor@scphub.ac.th

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

ดร.ภคิน ไชยช่วย (บรรณาธิการวารสาร)

โทรศัพท์มือถือ : 08-1389-9146 , 094-520-9823 , 045-2102709 ต่อ 251

สำนักงานวารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา (Thai Journal of Public Health and Health Education) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี 187 ม.3 ถนนสถลมารค ตำบลเมืองศรีไค อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 34190 tjphe_editor@scphub.ac.th