



วารสาร การพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา Nursing Public Health and Education Journal ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2559 ISBN 0859-3949

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุขในนักศึกษาพยาบาล

* กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์

ความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติของพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11

* อติญาณ์ ศรเกษตริน, รุ่งนภา จันทรา, ไศรตรีย์ แพน้อย, อำนาจธัญรัตน์ ศรีสกุล

ประสิทธิผลของโปรแกรมการเดินเร็วต่อระดับน้ำตาลในเลือดและสมรรถภาพของหัวใจและหลอดเลือดในผู้ใหญ่ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดบกพร่องในชนบท จังหวัดอุตรธานี

* ชัญญาวีร์ ไชยวงศ์, นิรมล พัจจนสุนทร, เนลินี ไชยเอื้อ, เสาวนันท บำเรอราช

ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

* ชลียา วามะสุน, มาลี ไชยเสนา, นุสรา ประเสริฐศรี

ผลของสารน้ำสักร่างจืดต่อระบบเอ็นไซม์โคเลสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร

ที่เคยสัมผัสสารพิษกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดสุรินทร์

* ภัทราธร จรรยาเลิศอดุลย์, ปราโมทย์ ทองกระจ่าย, สอาด วีระเจริญ

การรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของผู้สำเร็จการศึกษาศึกษาปีการศึกษา 2557

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

* สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์, พิมพ์มล วงษ์ไชยา, สุทธิณี มหามิตร วงศ์แสน, ทักษิณี บรรณกิจ

คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตต่อบัณฑิต

หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

* สุภาพร ชื่นขุจิตร์, เกศทิพย์ ดวงคำ, กิตติศักดิ์ นามวิชา, มณีนุช ให้ศิริกุล, สุภาพร บุญมี

การพัฒนาการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายตามมาตรฐานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน

บ้านโนนท่าโพธิ์ ตำบลราษฎร์เจริญ อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครราชสีมา

* วัฒนา วงษ์สันต์, สิริมา ภิญญอนันตพงษ์

การพัฒนาการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

* สุรัตน์ เตชะ, มนกันต์ อินทรกำแหง, สกิด เชื้อลิ้นฟ้า

ผลของการจัดกิจกรรมบริการในท้องเรียนที่มีต่อจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัย

* ณัฐกานต์ ร้อยกรอง, สิริมา ภิญญอนันตพงษ์

การพัฒนาทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัยด้วยการจัดกิจกรรมศิลปะ

* วัฒนา วงษ์สันต์, สิริมา ภิญญอนันตพงษ์



วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ปีที่ 17 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2559 ISBN 0859-3949

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา

กำหนดการออกวารสาร

ทุกๆ 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ)

มกราคม – เมษายน

พฤษภาคม – สิงหาคม

กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

312 หมู่ 11 ต.บ้านต้อม อ.เมือง จ.พะเยา 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 โทรสาร 0-5443-1889

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.เวทิน นพินิต

ผู้อำนวยการ Professional Associates of Thailand

ดร.สุภาภรณ์ อดุลย์พงษ์

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

บรรณาธิการ

ดร.ปณณธร ชัยวัฒน์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน ดร. ดลนภา หงษ์ทอง

เลขานุการ

อาจารย์จรรยา แก้วใจบุญ

อาจารย์สมศรี ทาทาน

อาจารย์อัมพร ยานะ

อาจารย์วรัญญากร โนใจ

อาจารย์สุพิชญา เสมอเชื้อ

นางสาว วินิตรา เพ็งเสงี่ยม

กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.อุทัย ภิรมย์รัตน์

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

รองศาสตราจารย์ ดร.ศุภรัตน์ ลิทธิสมบัติ

มหาวิทยาลัยเนชั่น

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพล นธการกิจกุล

คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รองศาสตราจารย์ ดร.พรรณพิไล ศรีอาภรณ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เดชา ทำดี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นฤมล สิงห์ตง

สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมานจิต ภิรมย์รัตน์

ผู้อำนวยการหลักสูตรศึกษาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

ดร.บรรจง ไชยรินคำ

มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.ประจวบ แผลมหลัก

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

ดร.นุสรา ประเสริฐศรี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สรรพสิทธิประสงค์

ดร.สุชาดา อินทรกำแหง ณ ราชสีมา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์

ดร.ปณณธร ชัยวัฒน์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร.กฤตพัทธ์ ฝึกฝน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

ดร.ดลนภา หงษ์ทอง

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

สารบัญ

	หน้า
• การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุขในนักศึกษาพยาบาล	3
• ความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติของพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 11	14
• ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเดินเร็วต่อระดับน้ำตาลในเลือดและสมรรถภาพของหัวใจ และหลอดเลือดในผู้ใหญ่ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดบกพร่องในชนบท จังหวัดอุดรธานี	25
• ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	40
• ผลของสารน้ำสกัดรางจืดต่อระบบเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร ที่เคยสัมผัสสารพิษกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดสุรินทร์	52
• การรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และการจัดการศึกษา ที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2557 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา	64
• คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตต่อบัณฑิต หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ พะเยา	80
• การพัฒนาการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายตามมาตรฐานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน บ้านโนนนาใหม่ ตำบลราษฎร์เจริญ อำเภอพยุหะคีรี พิษณุ จังหวัดมหาสารคาม	95
• การพัฒนาการสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	109
• ผลของการจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียนที่มีต่อจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัย	121
• การพัฒนาทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัยด้วยการจัดกิจกรรมศิลปะ	132



การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุขในนักศึกษาพยาบาล

Disaster Nursing Competencies Development in Nursing Students

กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์
วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย

บทคัดย่อ

ปัจจุบันสาธารณภัยหรือภัยพิบัติ มีความถี่ในการเกิดและความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง นำมาซึ่งความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินแก่มวลมนุษยชาติอย่างมหาศาล โดยก่อให้เกิดผลกระทบด้านต่างๆ ได้แก่ ชีวิตความเป็นอยู่ ที่อยู่อาศัย สาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง สาธารณูปโภค การคมนาคมขนส่ง และสิ่งแวดล้อม ฯลฯ ซึ่งเป็นปัญหาระดับโลกที่ทุกประเทศต้องเตรียมความพร้อมรับการจัดการ ความเสี่ยงจากสาธารณภัย ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่สำคัญในการเข้าถึงพื้นที่ประสบภัย และสามารถให้ความช่วยเหลือในระยะต่างๆ ของการเกิดภัย ซึ่งพยาบาลสาธารณสุขหรือพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ควรมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการปฏิบัติการพยาบาลได้ทุกระยะของสาธารณภัย ดังนั้นการเตรียมความพร้อมให้พยาบาลและนักศึกษาพยาบาลให้มีสมรรถนะที่เหมาะสม จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุขตามข้อเสนอของสภาพยาบาลระหว่างประเทศ เพื่อให้สามารถปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นมาตรฐานทั้งในระดับชาติและนานาชาติ

คำสำคัญ : พยาบาล สมรรถนะพยาบาล
ด้านสาธารณสุข นักศึกษาพยาบาล

Abstract

Nowadays, both the frequency and severity of disasters are continuously increasing due to environment changed, leading to immense losses of life and property of human beings. Disasters affect not only human life but also residence, public utility, economy, society, political situation, transportation, and the environment. For these reasons, every country all over the world needs to be prepared for disaster risk management. Nurses are members of the public healthcare team who play an important role to access and provide assistance at the scene. Nurses play different roles during different stages of a disaster, need to have knowledge, understanding and nursing skills throughout all phases of a disaster situation. Therefore, it is deemed significant that nurses/student nurses must be developed disaster nursing competencies based on the International Council of Nurses Framework for standardized nursing practice both in the national and international levels.



Keywords : Nurse, Disaster Nursing Competencies , Nursing Students

ภัยต่างๆ ได้ (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2557)

บทนำ

จากสถานการณ์สาธารณภัยหรือภัยพิบัติมีความถี่ในการเกิดและความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ นำมาซึ่งความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินแก่มวลมนุษยชาติอย่างมหาศาล โดยก่อให้เกิดผลกระทบด้านต่างๆ ได้แก่ ชีวิตความเป็นอยู่ ที่อยู่อาศัย สาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง สาธารณูปโภค การคมนาคมขนส่ง และสิ่งแวดล้อม ฯลฯ สำหรับประเทศไทยก็มีการเกิดสาธารณภัยบ่อยครั้ง ไม่ว่าจะเป็นภัยธรรมชาติหรือภัยที่เกิดจากการกระทำของมนุษย์ ซึ่งจะต้องดำเนินการหาวิธีป้องกัน ระวังเหตุ ลดผลกระทบ และการให้ความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เพื่อให้สถานการณ์กลับเข้าสู่ภาวะปกติ รวมถึงการฟื้นฟูชีวิตความเป็นอยู่ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสภาพแวดล้อม (คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ, 2558) ซึ่งผลกระทบจากเหตุการณ์ภัยพิบัติเป็นเพียงเท่านั้น แต่ความเสียหายและความสูญเสียจากสาธารณภัยมักขยายวงกว้างด้วยเหตุปัจจัยทางสังคมมากมาย เช่น การขยายตัวของถิ่นฐานที่อยู่และการเพิ่มขึ้นของประชากรในพื้นที่เสี่ยงต่อภัย การปลูกสร้างสิ่งก่อสร้างต่าง ๆ ที่ไม่แข็งแรงและไม่สามารถต้านทานต่อภัยที่เกิดขึ้นได้ หรือแม้แต่การที่มีสวัสดิการไม่เพียงพอ ทำให้ประชาชนไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้อย่างทั่วถึงหรือไม่มีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมตัวให้พร้อมรับมือกับสถานการณ์

พยาบาลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการสร้างคุณค่างานบริการให้กับผู้รับบริการ ครอบครัว และชุมชน เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรกลุ่มใหญ่และใกล้ชิดกับผู้รับบริการมากที่สุด นอกจากนี้องค์การอนามัยโลก (WHO, 1999) ได้ระบุว่าพยาบาลเป็นบุคลากรสาขาสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ประสบภัยเพราะพยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพหลักของระบบสุขภาพทั่วโลก โดยมีบทบาทหน้าที่การทำงานและสามารถปฏิบัติงานได้หลายรูปแบบ ดังนั้นพยาบาลควรมีการเตรียมความพร้อมด้านความรู้ ความสามารถ ทักษะการปฏิบัติ การจัดการบริการพยาบาลเมื่อเกิดเหตุการณ์สาธารณภัยเพื่อรองรับสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา ซึ่งการที่จะเตรียมให้พยาบาลมีสมรรถนะดังกล่าวควรจะเริ่มตั้งแต่การพัฒนาหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนในนักศึกษาพยาบาล วัตถุประสงค์ของบทความนี้จะให้เห็นความสำคัญของการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุข เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของพยาบาลตั้งแต่ช่วงที่เป็นนักศึกษาพยาบาล โดยบทความนี้จะกล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับสาธารณสุขและการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย การพยาบาลสาธารณสุข และบทบาทพยาบาลในการพยาบาลผู้ประสบภัย สมรรถนะพยาบาลสาธารณสุข และการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุขในนักศึกษาพยาบาล



แนวคิดเกี่ยวกับสาธารณภัย และการจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย

ในแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ.2558 ได้ให้ความหมายของภัย (Hazard) หมายถึงเหตุการณ์ที่เกิดจากธรรมชาติหรือการกระทำของมนุษย์ที่อาจนำมาซึ่งความสูญเสียต่อชีวิตทรัพย์สิน ตลอดจนทำให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และให้ความหมายของสาธารณภัย หรือภัยพิบัติ (Disaster) ตามพระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย พ.ศ. 2550 ว่าหมายถึง อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย ภัยแล้ง โรคระบาดในมนุษย์ โรคระบาดสัตว์ โรคระบาดสัตว์น้ำ การระบาดของศัตรูพืช ตลอดจนภัยอื่นๆ อันมีผลกระทบต่อสาธารณชน ไม่ว่าจะเกิดจากธรรมชาติ มีผู้ทำให้เกิดขึ้น อุบัติเหตุ หรือเหตุอื่นใด ซึ่งก่อให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตร่างกายของประชาชนหรือความเสียหายแก่ทรัพย์สินของประชาชนหรือของรัฐ และให้หมายความรวมถึงภัยทางอากาศ และการก่อวินาศกรรม (คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ, 2558) นอกจากนี้ในแผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2553-2557 ได้กำหนดขอบเขตของสาธารณภัย ไว้ 2 ด้าน ดังนี้

1) ด้านสาธารณภัย กำหนดไว้ 14 ประเภทภัย ได้แก่ อุทกภัยและดินโคลนถล่ม ภัยจากพายุหมุนเขตร้อน ภัยจากอัคคีภัย ภัยจากสารเคมีและวัตถุอันตราย ภัยจากโรคคนนาคมและการขนส่ง ภัยแล้ง ภัยจากอากาศหนาว ภัยจากไฟฟ้าและหมอกควัน ภัยจากแผ่นดินไหวและอาคารถล่ม ภัยจากคลื่นสึนามิ ภัยจากโรคระบาดในมนุษย์ ภัยจากโรคแมลง สัตว์ศัตรูพืชระบาด ภัยจากโรคระบาดสัตว์และสัตว์น้ำ และภัยจากเทคโนโลยีสารสนเทศ

2) ด้านความมั่นคง กำหนดไว้ 4 ประเภทภัย ได้แก่ ภัยจากการก่อวินาศกรรม ภัยจากทุ่นระเบิดกับระเบิด ภัยทางอากาศ และภัยจากการชุมนุมประท้วงและการจลาจล (คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ, 2552)

การจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย

ปัจจุบันทั่วโลกยอมรับว่าสาธารณภัยเป็นเรื่องที่จัดการได้โดยไม่จำเป็นต้องรอให้ภัยเกิดขึ้นก่อนจากแนวคิดในอดีตที่เคยมุ่งเน้น “การจัดการสาธารณภัย (Disaster Management : DM)” เมื่อภัยเกิดขึ้นแล้ว คือการจัดการในภาวะฉุกเฉิน การให้ความช่วยเหลือบรรเทาทุกข์ผู้ประสบภัย หรือการฟื้นฟูสภาพ มาเป็นการให้ความสำคัญมากขึ้นกับการดำเนินการอย่างยั่งยืน โดยให้ความสำคัญกับ “การจัดการความเสี่ยงจากสาธารณภัย (Disaster Risk Management : DRM)” ประกอบด้วย การลดความเสี่ยงจากสาธารณภัย (Disaster Risk Reduction : DRR) ได้แก่ การป้องกัน (Prevention) การลดผลกระทบ (Mitigation) และการเตรียมความพร้อม (Preparedness) ควบคู่กับการจัดการในภาวะฉุกเฉิน (Emergency Management) ได้แก่ การเผชิญเหตุ (Response) และการบรรเทาทุกข์ (Relief) รวมถึงการฟื้นฟูสภาพและบูรณะ (Recovery) ได้แก่ การฟื้นฟูสภาพและการซ่อมสร้าง (Rehabilitation and Reconstruction) การสร้างให้ดีกว่าและปลอดภัยกว่าเดิม (Build Back Better and Safer) (กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย, 2557; คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ, 2558)

การพยาบาลสาธารณภัยและบทบาทพยาบาลในการพยาบาลผู้ประสบภัย

การพยาบาลสาธารณภัย (Disaster Nursing) เป็นการพยาบาลที่ต้องนำความรู้และทักษะทางการพยาบาลทั่วไปและด้านการพยาบาลฉุกเฉิน มาประยุกต์ใช้ในสถานการณ์สาธารณภัยทั้งในระยะก่อนเกิด ขณะเกิด และหลังเกิดภัย เพื่อป้องกันและ/หรือ



ลดความสูญเสียที่จะเกิดกับชีวิตและทรัพย์สิน รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ประสบภัยและญาติ โดยลักษณะของการปฏิบัติการพยาบาลสาธารณสุข เป็นการปฏิบัติการพยาบาลให้ครอบคลุมทุกระยะของการเกิดสาธารณภัย โดยเป็นบริการเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงที่จะเกิดจากสาธารณภัย มุ่งเน้นด้านการพยาบาลฉุกเฉินที่ให้แก่ผู้ประสบภัยจำนวนมากในขณะเกิดภัย และช่วยฟื้นฟูสภาพของผู้ประสบภัยและญาติทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และสมจินดา ชมพูนุท, 2557; Veenema, 2009) นอกจากคุณสมบัติทั่วไปของพยาบาลแล้ว พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลสาธารณสุขควรมีความรู้และทักษะต่างๆ ได้แก่ ความรู้ทางการพยาบาลและประสบการณ์การปฏิบัติงานการพยาบาลฉุกเฉิน การพยาบาลวิกฤตและด้านการรักษาขั้นต้น ความรู้ด้านสาธารณสุข มีความสามารถในการประเมินสถานการณ์และคาดการณ์ถึงปัญหาสุขภาพที่จะเกิดจากสาธารณภัยชนิดต่างๆ รวมทั้งมีความสามารถในการพยาบาลได้ครอบคลุมทุกระยะของสาธารณภัย ทักษะในการตัดสินใจที่ดี มีภาวะผู้นำ และสามารถแก้ปัญหาเฉพาะหน้าได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และทักษะในการสื่อสารและการบันทึกข้อมูลต่างๆ ได้อย่างถูกต้องครบถ้วนชัดเจน นอกจากนี้ควรต้องเป็นผู้ประสบภัยควรต้องดำเนินการในทุกระยะของการเกิดภัยดังนี้

1. การจัดการสาธารณภัยและการพยาบาลระยะก่อนเกิดภัย (Pre-impact phase) หมายถึง ช่วงเวลาที่ยังไม่เกิดสาธารณภัยเกิดขึ้น นับตั้งแต่ช่วงเวลาที่ปกติที่ยังไม่มีสิ่งบอกเหตุว่าจะมีภัยเกิดขึ้นจนถึงช่วงเวลาที่สิ่งบอกเหตุว่ากำลังจะมีภัยเกิดขึ้น หรือเป็นช่วงเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงาน

1.1 การประเมินสาธารณภัย (Disaster Assessment) ด้วยการศึกษารวบรวมข้อมูลทั้งด้านภูมิศาสตร์ สภาพแวดล้อม สถิติการเกิดของภัย

ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีต่างๆ ที่อาจจะส่งผลต่อการเกิดภัย และความขัดแย้งในสังคมต่างๆ ซึ่งการประเมินสาธารณภัยที่คาดว่าจะเกิดขึ้นนี้ประกอบด้วย การประเมินภัย การประเมินกลุ่มเสี่ยง และการประเมินการจัดการภัย

1.2 การป้องกันสาธารณภัย (Prevention)

เป็นการป้องกันการเกิดสาธารณภัยและป้องกันไม่ให้ประชาชนหรือสิ่งของต่างๆ ได้รับความเสียหายจากสาธารณภัย ซึ่งสามารถกระทำได้โดยการกำหนดนโยบายในระดับชาติที่ชัดเจนในด้านการป้องกันหรือลดสาธารณภัย การสร้างความตระหนักรู้และการให้ความรู้เกี่ยวกับสาธารณภัยแก่ประชาชน และการใช้กฎหมาย

1.3 การลดผลกระทบของสาธารณภัย (Mitigation) เป็นมาตรการเฉพาะที่มีจุดมุ่งหมาย เพื่อลดความรุนแรง/ ความเสียหาย/ ผลกระทบของสาธารณภัยที่จะเกิดกับผู้ประสบภัย ชุมชนและประเทศชาติ โดยการกำหนดหลักเกณฑ์และมาตรฐานสำหรับสิ่งก่อสร้างโดยเฉพาะสิ่งก่อสร้างในบริเวณที่เสี่ยงภัย การแบ่งเขตการใช้ที่ดินสำหรับการก่อสร้างอาคารสูง การควบคุมสารพิษ

1.4 การเตรียมพร้อมรับสาธารณภัย

(Preparedness) เป็นมาตรการซึ่งช่วยให้รัฐ ชุมชน และบุคคลตอบสนองต่อสถานการณ์สาธารณภัยได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นแนวทางในการเตรียมพร้อมรับสถานการณ์สาธารณภัย กระทำได้โดยการจัดทำแผนสาธารณภัย การจัดเตรียมสถานที่สำหรับการอพยพเคลื่อนย้ายประชาชนหรือผู้ประสบภัย ซึ่งต้องพิจารณาถึงความสะดวกรวดเร็ว ความปลอดภัย การจัดเตรียมอุปกรณ์ต่าง ๆ ทั้งในส่วนของประชาชนและรัฐ เช่น เครื่องอุปโภคบริโภคต่างๆ



ยารักษาโรค และการเตือนภัย เป็นการให้ข่าวสาร สัญญาณต่างๆ เพื่อให้ประชาชน ชุมชนทราบว่าภัย ภัยเกิดขึ้น รวมทั้งลักษณะและการดำเนินของภัยว่า เป็นอย่างไร การเตือนภัยที่ดีต้องชัดเจนทั้งระบบ วิธีการ การบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษร ต้องเผยแพร่ ให้ทราบในทุกระดับทั้งรัฐและประชาชน ระบบการ เตือนภัยควรต้องเหมาะสมกับชุมชน ประเทศ และต้อง รับการเตือนภัยจากนานาชาติได้ และควรต้องมี มาตรการเตือนภัยสำรองกรณีระบบเตือนภัยหลัก ล้มเหลวด้วย

2. การจัดการสาธารณภัยและการพยาบาล ระยะเกิดภัย (Impact Phase) หมายถึง ช่วงเวลาที่มี สาธารณภัยเกิดขึ้นก่อให้เกิดความเสียหายทั้งแก่ชีวิต และทรัพย์สิน เป็นช่วงเวลาที่ผู้ประสบภัยมักหลีกเลี่ยง ได้ยากหรือควบคุมสถานการณ์ไม่ได้

2.1 การควบคุมภัย (Control Hazard) เป็นการระงับให้ภัยนั้นคงอยู่เท่าเดิมหรือลดการทำลาย ภัยให้ภัยนั้นขยายออกไป โดยการประเมินภัย และจํา ไรใช้แผนสาธารณภัย

2.2 การกู้ภัย (Rescue) เป็นการช่วยเหลือ ผู้ประสบภัยและระงับภัยที่เกิดขึ้นให้ลดน้อยลง ซึ่งควร กระทำทันทีในขณะเกิดสาธารณภัย โดยจะต้องมีการ ฝึกอบรมและมีอุปกรณ์ เครื่องใช้และบุคลากรที่พร้อม จะปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ประสบภัยอย่างมีประสิทธิภาพ ตั้งแต่การค้นพบและช่วยเหลือผู้ประสบภัย การให้บริการ รักษาพยาบาลฉุกเฉิน ได้แก่ การจําแนกผู้ประสบภัย การปฐมพยาบาล การเคลื่อนย้ายและการส่งต่อ ผู้ประสบภัย

2.3 การสื่อสารและคมนาคม (Communication and Transportation) เมื่อเกิด สาธารณภัย การสื่อสารและการคมนาคมอาจถูก

ทำลายได้ จำเป็นต้องมีการจัดตั้งเครื่องมือในการ ติดต่อสื่อสารที่จําเป็น เช่น วิทยุ โทรศัพท์ โทรสาร เพื่อประโยชน์ในการติดต่อสื่อสารด้วย สำหรับการ คมนาคมนั้นต้องพิจารณาใช้ยานพาหนะที่เหมาะสม กับลักษณะและความเร่งด่วน และรวมถึงการ ประชาสัมพันธ์ด้วย

2.4 การรักษาความปลอดภัยและความ สงบเรียบร้อย (Safety and Security)

3. การจัดการสาธารณภัยและการพยาบาล ระยะหลังเกิดภัย (Post-Impact Phase) หมายถึง ช่วงเวลาที่สาธารณภัยได้ผ่านพ้นไปแล้ว ซึ่งเป็น ช่วงเวลาที่หน่วยงานต่างๆ ต้องให้ความช่วยเหลือ ทั้งด้านการบรรเทาภัยและการฟื้นฟูสภาพในด้านต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นตัวผู้ประสบภัยเองทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ รวมทั้งการฟื้นฟูบูรณะอาคารบ้านเรือน

3.1 การช่วยเหลือฉุกเฉินและการ บรรเทาทุกข์ (Emergency Response and Relief)

ต้องทำอย่างรีบด่วน เพื่อประโยชน์ในการดูแล ผู้ประสบภัยที่อยู่ในสภาวะจิตใจที่ระสํ่าระสย และ ป้องกันภาวะความผิดปกติทางจิตใจและสิ่งแวดล้อม อื่นๆ โดยการดูแลช่วยเหลือผู้ประสบภัย ทั้งด้านการ รักษาพยาบาลที่ต่อเนื่องจากการรักษาพยาบาล ฉุกเฉินจนถึงการดูแลในระยะยาว การดูแลเรื่องอาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม การจัดการกับ ผู้ประสบภัยที่เสียชีวิตและผู้ที่สูญหาย รวมถึงการ จัดสร้างศูนย์อพยพสำหรับให้ผู้ประสบภัยที่สูญเสียที่ พักอาศัยได้พัก

3.2 การฟื้นฟูสภาพ (Recovery) เมื่อ สาธารณภัยสงบและการช่วยเหลือในระยะเร่งด่วนผ่าน ไปแล้ว การฟื้นฟูสภาพสิ่งชำรุดเสียหายที่เกิดขึ้นเป็น



งานที่ต้องกระทำตามลำดับความสำคัญ บางอย่างต้องการการฟื้นฟูที่รวดเร็ว เช่น การสาธารณสุขโรค แต่บางอย่างต้องใช้เวลา เช่น การสร้างถนน การสร้างที่พักอาศัย เป็นต้น

3.3 การประเมินผลการจัดการสาธารณสุข (Disaster Management Evaluation) เพื่อประโยชน์ที่จะทำให้ทราบว่า การแก้ไขปัญหาด้านสาธารณสุขประสบความสำเร็จหรือไม่อย่างไร การประเมินผลนี้ควรกระทำอย่างรวดเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้หลังเกิดสาธารณภัย

พยาบาลที่ปฏิบัติงานสาธารณสุขต้องมีสมรรถนะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บที่อยู่ในภาวะฉุกเฉินและวิกฤตและจัดการกับผู้บาดเจ็บจำนวนมากได้อย่างเหมาะสม ซึ่งสภาพยาบาลระหว่างประเทศ (International Council of Nurses : ICN) กล่าวถึงสมรรถนะหลักสำคัญ (core competencies) ที่พยาบาลทุกคนจำเป็นต้องมีคือ การเตรียมความพร้อมรับมือกับสาธารณภัยและการลดผลกระทบ และการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนหรือการพัฒนาพยาบาลให้สามารถจัดการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ นั้น จะต้องเริ่มต้นที่การกำหนดสมรรถนะให้ชัดเจน (พูลสุข ศิริพล และสุพัฒนา ศักดิ์ฐานันท์, 2555; อรรถพรณ โตสิงห์, 2556, 2558; ICN, 2001)

สมรรถนะพยาบาลสาธารณสุข

จากสาเหตุที่ภาวะสาธารณสุข/ภัยพิบัติเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก มีโอกาสเกิดขึ้นทุกเมื่อ เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะส่งผลกระทบต่อในวงกว้างเกินขอบเขตความสามารถของคนในท้องถิ่นหรือชุมชนหรือบุคคลากรเฉพาะพื้นที่หรือแหล่งทรัพยากรในพื้นที่ใกล้เคียงจะช่วยเหลือได้ ต้องอาศัยการจัดการช่วยเหลือดูแลจากแหล่งทรัพยากรภายนอกหรือจากนานาชาติที่มีความพร้อม ดังนั้นจึงต้องมีการเตรียมความพร้อมให้พยาบาลมีขีดความสามารถใน

การเผชิญกับสถานการณ์สาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการกำหนดสมรรถนะของพยาบาลสาธารณสุข จะนำไปสู่การจัดหลักสูตรการศึกษาพยาบาล การฝึกอบรมหรือการศึกษาต่อเนื่อง เพื่อช่วยให้พยาบาลรวมถึงผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเข้าใจบทบาทของพยาบาลในสถานการณ์สาธารณสุขอย่างชัดเจน ช่วยในการพัฒนาการฝึกอบรมและการจัดการศึกษาพยาบาลให้สอดคล้องและตอบสนองกับความต้องการการจัดการสาธารณสุขของสังคมโลก รวมทั้งพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุขในประเทศให้มีมาตรฐานระดับสากล อรรถพรณ โตสิงห์, 2558; WHO and ICN, 2009)

การกำหนดสมรรถนะเฉพาะด้านการพยาบาลสาธารณสุขเป็นเรื่องจำเป็นของวิชาชีพ เพราะการจัดการและการดูแลสาธารณสุขมีความซับซ้อน จึงควรมีการกำหนดสมรรถนะแยกออกมาจากสมรรถนะพื้นฐานของพยาบาล ซึ่งสภาพยาบาลระหว่างประเทศได้ประกาศถึงความสำคัญในการเตรียมความพร้อมของพยาบาลในการรับสถานการณ์สาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลงไป (อรรถพรณ โตสิงห์, 2556, 2558; ICN, 2001)

ความรู้ด้านการพยาบาลและการส่งเสริมมาตรฐานการศึกษาทางการพยาบาล ตลอดจนได้กำหนดทิศทางการศึกษาวิจัยทางการพยาบาลไว้อย่างชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการของประเทศสมาชิก โดย ICN ได้พัฒนารอบสมรรถนะด้านการพยาบาลสาธารณสุขขึ้น จากการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางการพยาบาลที่เป็นตัวแทนองค์กรวิชาชีพทั่วโลก ใช้เวลาในการพัฒนาสมรรถนะด้านพยาบาลสาธารณสุขสำหรับพยาบาลทั่วโลกมาเป็นเวลากว่า 100 ปี มีการทบทวนปรับเปลี่ยนแก้ไขเป็นระยะๆ จนกระทั่งได้ประกาศเป็น ICN Framework



of Disaster Nursing Competencies ในปี ค.ศ.2009 เพื่อเป็นกรอบสมรรถนะสำหรับพยาบาลทั่วไป (ICN framework of competencies of generalist nurse) ให้ได้รับการเตรียมความพร้อมให้มีขีดความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์สาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยแบ่งสมรรถนะตามระยะการเกิดสาธารณสุขภัย โดยกรอบสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุขภัย (ICN Framework of Disaster Nursing Competencies) ตามข้อเสนอของสภาพยาบาลระหว่างประเทศ แบ่งออกเป็น 4 หมวด ประกอบด้วยสมรรถนะ 10 ด้าน ดังนี้ (อรพรรณ โตสิงห์, 2558; WHO and ICN, 2009)

ระยะก่อนเกิดสาธารณสุขภัย ประกอบด้วย 5 สมรรถนะ

หมวดที่ 1 การป้องกันและลดผลกระทบ ประกอบด้วย 2 สมรรถนะได้แก่

สมรรถนะด้านที่ 1 การลดความเสี่ยง การป้องกันโรค และการสร้างเสริมสุขภาพ

สมรรถนะด้านที่ 2 การพัฒนานโยบาย และการวางแผน

หมวดที่ 2 สมรรถนะการเตรียมความพร้อมรับ ประกอบด้วย 3 สมรรถนะ ได้แก่

สมรรถนะด้านที่ 3 การปฏิบัติตามหลัก จริยธรรม กฎหมาย และความรับผิดชอบ

สมรรถนะด้านที่ 4 การสื่อสารและการเป็นทีม

สมรรถนะด้านที่ 5 การให้ความรู้และการเตรียมความพร้อม

ระยะเกิดสาธารณสุขภัย ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ

หมวดที่ 3 สมรรถนะในการรับมือ/ตอบสนอง ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ ได้แก่

สมรรถนะด้านที่ 6 การดูแลชุมชน
สมรรถนะด้านที่ 7 การดูแลบุคคลและครอบครัว

สมรรถนะด้านที่ 8 การดูแลด้านจิตใจ
สมรรถนะด้านที่ 9 การดูแลกลุ่มเปราะบาง

ระยะหลังเกิดสาธารณสุขภัย ประกอบด้วย 1 สมรรถนะ

หมวดที่ 4 สมรรถนะในการฟื้นฟูบูรณะ ภายหลังการเกิดภัยพิบัติ ประกอบด้วย 1 สมรรถนะ ได้แก่

สมรรถนะด้านที่ 10 การดูแลในระยะยาวเพื่อส่งเสริมการฟื้นตัวของบุคคล ครอบครัวและชุมชน

การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุขภัยในนัศึกษพยาบาล

พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีสุขภาพที่สำคัญในการเข้าถึงพื้นที่และตอบสนองต่อสถานการณ์สาธารณสุขภัยในหลากหลายบทบาทหน้าที่ในระยะต่างๆ ของการเกิดภัย การเตรียมความพร้อมให้พยาบาลมีสมรรถนะที่เหมาะสมในการจัดการสาธารณสุขภัยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง (พลสุข ศิริพล และสุพัฒนา ตักดิฐฐานนท์, 2555) นอกจากนี้พยาบาลวิชาชีพควรมีการเตรียมความพร้อม ด้านความรู้ ความสามารถ ทักษะการปฏิบัติ การจัดการบริการพยาบาลเมื่อเกิดเหตุการณ์สาธารณสุขภัย เพื่อรองรับสถานการณ์ต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา เนื่องจากพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ที่ได้รับผลกระทบจากสาธารณสุขภัย และควรเริ่มเตรียมความพร้อมและเรียนรู้ตั้งแต่ในหลักสูตรของการศึกษาพยาบาล (Cusack, et al., 2010; Sanders, et al., 2005) ซึ่งการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุขภัยที่จะช่วยให้พยาบาล/นัศึกษพยาบาลมีความพร้อม



ในการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ควรเป็นความร่วมมือของส่วนต่างๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งด้านนโยบาย/องค์กรวิชาชีพ และในส่วนของสถาบันการศึกษาพยาบาล ดังนี้

ด้านนโยบาย/องค์กรวิชาชีพ

การที่จะพัฒนาพยาบาลไทยให้มีความรู้ความสามารถในการพยาบาลด้านสาธารณสุขให้เท่าเทียมกับระดับสากลได้นั้น เป็นบทบาทขององค์กรวิชาชีพในการกำหนดนโยบายที่เป็นรูปธรรมและสอดคล้องกับกรอบสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุขของสภาพยาบาลระหว่างประเทศ (พูลสุข ศิริพูล และสุพัฒนา ศักดิชฐานนท์, 2555) นอกจากนี้หน่วยงานควรมีนโยบายที่ชัดเจน ซึ่งจะช่วยในการกำหนดทิศทางและแนวทางการปฏิบัติงาน และพยาบาลควรมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขของหน่วยงาน

สภาการพยาบาลได้ตระหนักถึงความรุนแรงของสาธารณสุขที่เพิ่มขึ้นและมีผลกระทบต่อสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ซึ่งบทบาทพยาบาลนอกจากจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยแล้ว ยังเป็น

(วิจิตร ศรีสุพรรณ, 2558) ดังนั้นสภาการพยาบาลได้บรรจุประเด็นและแผนพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการรับมือภัยพิบัติในแผนพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ฉบับที่ 3 (2555-2559) โดยในแผนมีการกำหนดสมรรถนะออกเป็นสมรรถนะระดับผู้ปฏิบัติ ผู้มีความรู้ ความชำนาญ สมรรถนะเฉพาะทาง และสมรรถนะของพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรปริญญาตรี ซึ่งการกำหนดสมรรถนะนี้จะเป็นทิศทางในการจัดทำหลักสูตรต่อไป โดยสภาการพยาบาลจะเป็นผู้สนับสนุนและขอการสนับสนุนจากหน่วยงาน

หรือองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องด้วย สำหรับสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ มีการจัดตั้งศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติขึ้นตั้งแต่ พ.ศ. 2553 มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอำนวยการและคณะกรรมการปฏิบัติงาน (สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ 2558) ซึ่งมีหน้าที่ 1) กำหนดนโยบายและแผนงาน 2) พัฒนามาตรฐานบริการพยาบาลสาธารณสุข 3) ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านสาธารณสุข 4) ทำวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงจัดทำหนังสือเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับบริการพยาบาลสาธารณสุข 5) จัดทำฐานข้อมูลพยาบาลด้านสาธารณสุข และฐานข้อมูลความรู้เกี่ยวกับสาธารณสุขเพื่อการเผยแพร่สู่สาธารณะ 6) สร้างเครือข่ายพยาบาลสาธารณสุขเตรียมความพร้อมและดำเนินการให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ และ 7) ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบบริการพยาบาลสาธารณสุขในหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ โดยมุ่งเน้นการเป็นศูนย์กลางข้อมูลการจัดการภัยพิบัติของพยาบาลและศูนย์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉินหรือภัยพิบัติ

ด้านสถาบันการศึกษาพยาบาล

สถาบันการศึกษาควรให้ความสำคัญในการกำหนดมาตรฐานหลักสูตรการพยาบาลสาธารณสุข ซึ่งควรเริ่มเตรียมความพร้อมและเรียนรู้ตั้งแต่ในหลักสูตรของพยาบาล ทั้งในระดับปริญญาตรี ปริญญาโท และปริญญาเอก รวมถึงหลักสูตรฝึกอบรมระยะสั้น การพยาบาลเฉพาะทาง และการจัดประชุมวิชาการด้านสาธารณสุข โดยนำแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุขตามกรอบของสภาพยาบาลระหว่างประเทศ มาใช้ในการพัฒนาหลักสูตร



และการจัดการเรียนการสอน นอกจากนี้พูลสุข ศิริพูล และ สุพัฒนา ศักดิชฐานนท์ (2555) ได้กล่าวถึง หลักสูตรการศึกษายาบาลว่ามีจำนวนน้อยที่เปิดสอน เนื้อหาของยาบาลสาธารณสุขหรือการพยาบาล ผู้ประสบสาธารณสุขเป็นรายวิชาที่ชัดเจน มีการจัดการเรียนการสอนและการฝึกปฏิบัติที่ไม่เพียงพอ และพยาบาลไทยได้รับการเตรียมพร้อมด้านสมรรถนะ ในการจัดการและการดูแลผู้ประสบภัยในภาวะพิบัติภัยที่หลากหลายแตกต่างกันและยังไม่เพียงพอตามมาตรฐานในการดูแลและการจัดการสาธารณสุขในระดับสากล

วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทยเป็นหน่วยงานหนึ่งในสังกัดสภากาชาดไทย มีพันธกิจหลักในการผลิตบุคลากรสาขาพยาบาลศาสตร์ให้มีอัตลักษณ์ ของพยาบาลกาชาด มีคุณลักษณะและความสามารถเชิงวิชาชีพสูง มีความเป็นสากล โดยปณิธานของวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย คือ “มีความมุ่งมั่นที่จะศึกษา ค้นคว้า และพัฒนาความรู้ทางกรพยาบาล เพื่อสร้างบุคลากรทางการพยาบาลที่มีคุณลักษณะ และความสามารถเชิงวิชาชีพสูง มีความเป็นสากล มีอัตลักษณ์ของพยาบาลกาชาดในด้านกาสาสงเคราะห์ การช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ และการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพให้เป็นที่ยังของสังคมด้านการดูแลรักษาสุขภาพ” นอกจากนี้ในวัตถุประสงค์ของหลักสูตรยังได้ระบุว่าเมื่อสำเร็จการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต บัณฑิตพยาบาลจะมีความรู้ความสามารถขั้นพื้นฐานในการจัดการสาธารณสุข (วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย, 2556) ซึ่งวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ตั้งแต่อดีตจนถึงหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตในปัจจุบัน (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2547) มีการสอนรายวิชาการพยาบาล

ฉุกเฉินและสาธารณสุข สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 โดยในวิชานี้มีการจัดการเรียน การสอนที่หลากหลาย ได้แก่ 1) การบรรยายและการฝึก ปฏิบัติ โดยคณะผู้สอน 2) การบรรยายพิเศษจากผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขจากหน่วยงานต่างๆ เช่น กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย เป็นต้น 3) การศึกษาฐานด้านการจัดการสาธารณสุข ที่สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย และ 4) การฝึกปฏิบัติสถานการณ์จำลอง และขณะนี้ได้ปรับปรุงหลักสูตรเป็นรายวิชาการพยาบาลสาธารณสุข (หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ.2555) โดยจัดการเรียน การสอนตามกรอบสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุขของสภากาชาดระหว่างประเทศ ซึ่งจะเริ่มสอน สำหรับนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ภาคฤดูร้อน ปีการศึกษา 2558 นอกจากนี้วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทยอยู่ระหว่างการร่างหลักสูตรเฉพาะทางสาขาการพยาบาลสาธารณสุข โดยการพัฒนาหลักสูตรตามกรอบสมรรถนะการพยาบาลสาธารณสุข ตามข้อเสนอของสภากาชาดระหว่างประเทศเช่นกัน

บทสรุป

สาธารณสุขหรือภัยพิบัติจากธรรมชาติและจากน้ำมีมนุษย์ที่ผ่านมาในอดีตจนถึงปัจจุบัน นำมาซึ่งความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินซึ่งประมาณค่ามิได้ ดังนั้นการจัดการกับสาธารณสุขในปัจจุบันและอนาคต จำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมซึ่งพยาบาลนับเป็นหนึ่งในทีมบุคลากรทางสุขภาพที่สำคัญและมีบทบาทอย่างมากในการเตรียมความพร้อมและให้ความช่วยเหลือผู้ประสบภัย รวมทั้งการฟื้นฟูทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังนั้นการ



เตรียมความพร้อมให้พยาบาลมีสมรรถนะที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งด้านความรู้ ความสามารถ ทักษะ การปฏิบัติ ให้สามารถประยุกต์ใช้ในสถานการณ์สาธารณสุขทั้งในระยะก่อนเกิด ขณะเกิด และหลังเกิดภัย โดย ส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลได้รับการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุข ซึ่งควรจะเริ่มต้นในการเตรียมความพร้อมตั้งแต่การพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนในนักศึกษาพยาบาล เพื่อให้สามารถเป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีสมรรถนะพยาบาลสาธารณสุข ตามข้อเสนอของสภาพยาบาลระหว่างประเทศ นอกจากนี้ยังเป็นพยาบาลที่มีความพร้อมและสามารถวางแผนเตรียมรับสถานการณ์สาธารณสุข ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กำไลรัตน์ เย็นสุจิตร์ และรัตนา พึ่งเสมา. (2557). สมรรถนะพยาบาลสาธารณสุขตามการรับรู้ของ นักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 15 (28): 6-20.
- กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ. (2557). *การลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน*. สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ สำนักงานประเทศไทย .
- คณะกรรมการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ. (2552). *แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย แห่งชาติ พ.ศ.2553 – 2557*. สำนักนโยบายป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย กรมป้องกัน และบรรเทาสาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย.
- . (2558). *แผนการป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ.2558*. กรมป้องกันและบรรเทา สาธารณภัย กระทรวงมหาดไทย.
- พลสุข ศิริพล และสุพัฒนา คักดิษฐ์วนันท์. (2555). การพยาบาลภาวะพิบัติภัย : สมรรถนะที่จำเป็นสำหรับ พยาบาลไทย. *วารสารวิชาการพยาบาล*, 27 (ฉบับพิเศษ), 18-30.
- พรพิมล รักษาแก้ว. (2546). *การวิเคราะห์ตัวประกอบสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานสาธารณสุข โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงกลาโหม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิจิตร ศรีสมบูรณ์. (2558). *สภาการพยาบาลกับการรับมือภัยพิบัติ*. สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2558, จาก [http://www.ns.mahidol.ac.th/conference/ns22/doc/slide/01/TNMC%20and%20disaste r%20management%20Jan%2014,%202013%20\(TNMC%20President\).pdf](http://www.ns.mahidol.ac.th/conference/ns22/doc/slide/01/TNMC%20and%20disaste r%20management%20Jan%2014,%202013%20(TNMC%20President).pdf)
- วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย. (2556). *คู่มือนักศึกษา 2556*. มปท.
- วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และสมจินดา ชมพูนุท. (2557). *การพยาบาลสาธารณสุข*. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์พับลิช จำกัด.



เอกสารอ้างอิง

- สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ (2558). ศูนย์การพยาบาลสาธารณสุขแห่งชาติ. สืบค้นเมื่อ 6 พฤษภาคม 2558, จาก http://www.thainurse.org/new/index.php?option=com_content&view=article&id=84v&Itemid=113.
- อรุณรัตน์ สิริภักดีกาญจน์ และวาสนี วิเศษฤทธิ์. (2557). การศึกษาการจัดการภาวะภัยพิบัติทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15 (2), 348-359.
- อุบลรัตน์ โพธิ์พัฒนชัย, อติญาณ ศรีเกษตริน, รุ่งนภา จันทรา และอรรณ ชัยพันธ์. (2554). การพัฒนาหลักสูตรเสริมเพื่อพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลในเขตพื้นที่ประสบภัยพิบัติสึนามิสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารกองการพยาบาล*, 38 (1), 4-15.
- อุบลรัตน์ โพธิ์พัฒนชัย, อติญาณ ศรีเกษตริน และรุ่งนภา จันทรา. (2558). การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติสำหรับนักศึกษาพยาบาล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ*. 31 (1), 1-11.
- อรพรรณ โตสิงห์. (2556). สภาการพยาบาลกับการรับมือภัยพิบัติ. สืบค้นเมื่อ 15 พฤษภาคม 2556, จาก http://www.thaicne.com/images/sub_1335175250/final%20TNMC.pdf.
- (2558). การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านการพยาบาลสาธารณสุข. สืบค้นเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2558, จาก <http://www.nsi.mai.ac.th/conferencens22docslide02development%20of%20disaster%20nursing%20competency%20Jan%202013.pdf>.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี

พะเยา



ความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติ ของพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 11

The Needs of People for Disaster Nursing Competencies among
Registered Nurses in Regional Service Provider 11

อติญาณ ศรีเกษมรินทร์

รุ่งนภา จันทร์ตรา

ไศรย์ชัย แสนน้อย

อัมภรณ์ อรุณรัตน์ ศรีสกุล

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบราชบรรพต สุราษฎร์ธานี

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติของพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 และเปรียบเทียบความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11 จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ จังหวัดที่อาศัย และประสบการณ์ด้านภัยพิบัติ โดยมีกลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ประกอบด้วยจังหวัดระนอง ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา และภูเก็ต จำนวน 400 คน ซึ่งได้มาจากวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดเกี่ยวกับสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติของสภาการพยาบาลนานาชาติ โดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน และทดลองใช้หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานการทดสอบค่าทีและการทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียว

ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล ในภาพรวมอยู่ในอยู่ในระดับสูงมาก ทั้งด้านการป้องกัน/การหลีกเลี่ยงภัยพิบัติด้านความพร้อมรับภัยพิบัติด้านการตอบสนองต่อภัยพิบัติและด้านการฟื้นฟูหลังภัยพิบัติ

2. ความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับประชาชนที่มีอาชีพ จังหวัดที่อาศัย และประสบการณ์ด้านภัยพิบัติต่างกันมีความต้องการต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาลแตกต่างกัน

คำสำคัญ : ความต้องการของประชาชน
สมรรถนะพยาบาลด้านภัยพิบัติ

Abstract

This study aims to determine the people's level of demand for disaster nursing competencies among registered nurses in Regional Service Provider 11 and to compare the people's demand for disaster nursing competencies according to sex, age, education level, occupation, province, and disaster experience. The sample consisted of 400 people from Regional Service Provider



11 including: Ranong, Chumphon, Suratthani, Nakhon Si Thammarat, Krabi, Phang-nga and Phuket. These samples were recruited using a multi-stage sampling method. The questionnaire was developed based on the International Council of Nurses' framework of disaster nursing competencies. The questionnaire was validated by 5 experts. The reliability (Cronbach's alpha) was .82. The data were analyzed using mean, standard deviation, t-test and one-way ANOVA. The findings were as follows:

1. Overall, the people's level of demand for disaster nursing competencies among registered nurses in Regional Service Provider 11 was high and in all 4 domains including prevention/Mitigation, preparedness, response, and recovery/rehabilitation competencies were high as well.

2. There were statistically significant differences in occupational province and disaster experience for the demand of people for disaster nursing competencies in Regional Service Provider 11.

Keywords: The Needs of People, Disaster nursing competencies

บทนำ

สถานการณ์ของโลกในปัจจุบันประสบภัยพิบัติเพิ่มขึ้น เกิดเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเสียหายแก่ชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนมากมาย ทั้งที่มาจากธรรมชาติและน้ำมีมนุษย์ เช่น เหตุการณ์พิบัติภัยเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2547 เกิดแผ่นดินไหวทำให้เกิดคลื่นยักษ์สึนามิ (Earth quake sea wave) สร้าง

ความเสียหายบริเวณพื้นที่ชายฝั่งมหาสมุทรอินเดียทางตอนเหนือของเกาะสุมาตราไปจนถึงทวีปแอฟริกาและออสเตรเลีย ได้แก่ประเทศอินโดนีเซีย มาเลเซีย บังคลาเทศ อินเดีย พม่า เคนยา แทนซาเนีย และประเทศไทย เฉพาะประเทศไทยได้รับความเสียหายในจังหวัดพังงา ภูเก็ต กระบี่ ระนอง สตูล และตรัง ทำให้ผู้คนบาดเจ็บสูญหาย และเสียชีวิต ทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ (กรมทรัพยากรธรณี, 2548) โดยมีผู้เสียชีวิตจำนวน 5,395 ราย บาดเจ็บ 5,457 คน สูญหาย 2,393 คน นอกจากนี้คลื่นยักษ์สึนามิได้ทำความเสียหายแก่อาคารบ้านเรือน โรงแรม รีสอร์ท เรือเล็ก เรือใหญ่ สถานประกอบการ เกิดผลกระทบทั้งทรัพย์สิน สิ่งแวดล้อม และชีวิตทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ต่อมาในปี 2553 เกิดอุทกภัยทั่วทุกภาคของประเทศไทยตั้งแต่วันที่ 10 กันยายน 2553 เป็นต้นมา กรมป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยรายงานข้อมูลจังหวัดที่ประสบภัยน้ำท่วมทั้งสิ้น 43 จังหวัด ซึ่งส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรง และกว้างขวางต่อชีวิตผู้คนหลายล้านคน ทั้งด้านคุณภาพชีวิตและสุขภาพ ผลผลิตทรัพย์สิน สถานที่สำคัญของชุมชน อาทิ วัด โรงเรียน สถานบริการสาธารณสุข (สำนักงานสนับสนุนสร้างเสริมสุขภาพ, 2554) สำหรับภาคใต้ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ได้รับผลกระทบต่อบ้านเรือน และชีวิตที่สูญหายไปกับสายน้ำเกิดโรคภัยทั้งทางกาย และจิตใจ เช่นกัน ภัยพิบัติที่สร้างปัญหาให้กับประชาชนอย่างรุนแรงและขยายวงกว้างเช่นนี้ ประชาชนต้องการได้รับการดูแลช่วยเหลือทางสุขภาพอย่างเร่งด่วน ทั้งจากแพทย์ พยาบาล และทีมสุขภาพ

เมื่อการเกิดภัยพิบัติทำให้เกิดความเสียหายในวงกว้าง Mohammad H.I. Dore and David Etkin (2003: 75-76) ได้อธิบายขั้นตอนการจัดการภัยพิบัติไว้เป็น 3 ขั้นตอน คือ 1) ขั้นเตรียมความพร้อม 2) ขั้นหลีกเลี่ยงจากภัยพิบัติ และ 3) ขั้นตอนรองและฟื้นฟูซึ่งการเตรียมความพร้อมจะทำให้ลดอัตราการสูญเสียได้ องค์การอนามัยโลกได้เสนอแนะให้



แต่ละประเทศมีแผนการบริหารจัดการเมื่อเกิดภัยพิบัติทางด้านองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ได้พยายามกำหนดบทบาทของเจ้าหน้าที่ในองค์กรต่อการปฏิบัติเมื่อมีภัยพิบัติ เช่น สมาคมพยาบาลระหว่างประเทศ กระตุ้นเตือนว่าพยาบาลควรมีการวางแผนและเตรียมพร้อมต่อการเกิดภัยพิบัติ (Fung, Loke & Lai, 2008)

พยาบาลจัดเป็นบุคลากรด้านสุขภาพกลุ่มใหญ่ที่สุดที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุได้เป็นอย่างดี เมื่อเกิดอุบัติเหตุขนาดใหญ่สถานพยาบาลต่างๆ จะเฝ้าระวังไปด้วยผู้บาดเจ็บญาติและผู้เกี่ยวข้อง พยาบาลทุกคนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลถูกเรียกมาปฏิบัติกรช่วยเหลือผู้ป่วยหรืออาจมีการประสานงานเพื่อขอความช่วยเหลือจากโรงพยาบาลในจังหวัดใกล้เคียงมาให้การช่วยเหลือและการบริหารจัดการเพื่อจัดส่งผู้ป่วยต่อไปยังโรงพยาบาลอื่นๆ พยาบาลจึงเป็นเฟืองจักรที่สำคัญในการบริหารจัดการที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด ในขณะที่ จากเหตุการณ์ภัยพิบัติที่ผ่านมาทำให้มองเห็นบทบาทของพยาบาลได้อย่างชัดเจนในการจัดการกับงานอุบัติเหตุ และเป็นบทเรียนในการจัดการศึกษาเพื่อการเตรียมความพร้อมให้เพียงพอสำหรับพยาบาลในการเผชิญกับปัญหาและแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง และตรงตามความต้องการของผู้ประสบภัย ในพื้นที่ประสบภัยหรือได้รับผลกระทบโดยตรง

การศึกษาความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะของพยาบาลด้านการจัดการภัยพิบัติ ในเขตบริการสุขภาพที่ 11 ซึ่งเป็นพื้นที่ที่เคยประสบภัยพิบัติจึงเป็นการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาบุคลากรและรับภัยพิบัติที่จะเกิดขึ้นที่และตรงกับความต้องการได้อย่างแท้จริง สามารถนำมาพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 11

2. เพื่อเปรียบเทียบความต้องการของประชาชนเกี่ยวกับสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล

ระเบียบวิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ดำเนินการตามระเบียบวิธีการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นประชาชนทั่วไป ในพื้นที่จังหวัดระนอง ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา และจังหวัดภูเก็ต จำนวน 124 คน โดยสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากประชาชน ในเขตสุขภาพที่ 11 ประกอบด้วย จังหวัดระนอง ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา และภูเก็ต จำนวน 400 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีลักษณะเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ประกอบด้วย 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพสถานที่อยู่อาศัยและประสบการณ์ด้านภัยพิบัติ 2) ความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีขั้นตอนการสร้าง ดังนี้

1. ศึกษา ค้นคว้า ทบทวนแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล

2. สร้างแบบสอบถาม ประกอบด้วย อายุ วุฒิการศึกษา อาชีพสถานที่อยู่อาศัยและประสบการณ์ด้านภัยพิบัติ และความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล ในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการป้องกัน/การหลีกเลี่ยงภัยพิบัติ ด้านความพร้อมรับภัยพิบัติ ด้านการตอบสนองต่อภัยพิบัติและด้านการฟื้นฟูหลังภัยพิบัติ จำนวน 50 ข้อ

3. นำแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสาธารณสุขจำนวน 5 คน ตรวจสอบความ



เที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.60-1.00

4. ทดลองใช้แบบสอบถาม แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามเกี่ยวกับความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล เท่ากับ 0.82

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิสุราษฎร์ธานี ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่เป็นหน่วยสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

2. ประสานงานกับผู้ประสานงานโครงการของแต่ละโรงพยาบาลชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือการเก็บรวบรวมข้อมูล

4. นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ถูกต้อง พร้อมข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการวิจัยตามวิธีทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการพิจารณาผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิ สุราษฎร์ธานี หมายเลขจริยธรรมเลขที่ 2014/03 ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แนะสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบผู้ให้ข้อมูลสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลข้อมูลที่ได้จะถูกได้รับการปกปิดและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมและนำไปใช้เพื่อ

ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งจะทำลายข้อมูลทันทีหลังจากได้รายงานวิจัยที่แล้วเสร็จอย่างสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และวิเคราะห์เปรียบเทียบความต้องการของประชาชนโดยใช้การทดสอบค่าที (t-test) และการทดสอบความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way ANOVA)

ผลการวิจัย

1. ประชาชนในพื้นที่จังหวัดระนอง ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา และภูเก็ต จำนวน 2,124 คน กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนในเขตจังหวัดระนอง ชุมพร สุราษฎร์ธานี นครศรีธรรมราช กระบี่ พังงา และภูเก็ต จำนวน 400 คน ส่วนใหญ่เพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.50 มีอายุอยู่ระหว่าง 31-40 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.25 ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 28.20 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.50 อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราชมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.50 และกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์เคยประสบภัยพิบัติน้ำท่วมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 81.40

2. ระดับความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 11 ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติจำแนกตามสมรรถนะด้านภัยพิบัติของพยาบาล

สมรรถนะด้านภัยพิบัติของพยาบาล	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความต้องการ
1.สมรรถนะด้านการป้องกัน การหลีกเลี่ยง ภัยพิบัติ	3.68	0.54	มาก
2.สมรรถนะด้านความพร้อมรับภัยพิบัติ	3.73	0.66	มาก
3.สมรรถนะด้านการตอบสนองต่อภัยพิบัติ	3.76	0.65	มาก
4.สมรรถนะด้านการฟื้นฟูหลังภัยพิบัติ	3.76	0.69	มาก
รวม	3.73	0.60	มาก

จากตาราง พบว่า ระดับความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล จำแนกตามสมรรถนะ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.73$, S.D.=0.60)เมื่อจำแนกตามสมรรถนะพบว่า สมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือสมรรถนะด้านการตอบสนองต่อภัยพิบัติ ($\bar{X}=3.76$, S.D.=0.65)และ สมรรถนะด้านการฟื้นฟูหลังภัยพิบัติ ($\bar{X}=3.76$, S.D.=0.69)รองลงมา คือ สมรรถนะด้านความพร้อมรับภัยพิบัติ ($\bar{X}=3.73$, S.D.=0.66) สำหรับข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ สมรรถนะด้านการป้องกัน การหลีกเลี่ยงภัยพิบัติ ($\bar{X}=3.68$, S.D.=0.54)

3. ผลเปรียบเทียบความต้องการของประชาชนเกี่ยวกับสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล ดังตารางที่ 2-10 ดังนี้

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล จำแนกตามเพศ

เพศ	N	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
ชาย	250	3.78	0.61	1.589	.09
หญิง	150	3.67	0.59		

จากตาราง พบว่า ประชาชนเพศหญิงและเพศชายมีความต้องการต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความต้องการของประชาชน ต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	.215	2	.108	.295	.74
ภายในกลุ่ม	144.77	397	.365		
รวม	144.99	399			

จากตาราง พบว่า ประชาชนที่มีกลุ่มอายุต่างกันมีความต้องการต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาลไม่แตกต่างกัน



ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความต้องการของประชาชน ต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	.988	5	.198	.541	.75
ภายในกลุ่ม	144.001	394	.365		
รวม	144.99	399			

จากตาราง พบว่า ประชาชนที่มีระดับการศึกษาต่างกันมีความต้องการต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาลไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความต้องการของประชาชน ต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล จำแนกตามการประกอบอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	3.608	4	.902	2.520	.041*
ภายในกลุ่ม	141.381	395	.358		
รวม	144.99	399			

* $p < .05$

จากตาราง พบว่า ประชาชนประกอบอาชีพต่างกันมีความต้องการต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้ทำการเปรียบเทียบรายคู่ต่อไปนี้

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความต้องการของประชาชน ต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล จำแนกตามการประกอบอาชีพ

อาชีพ	รับจ้างทั่วไป	เกษตรกร	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	นักเรียน/นักศึกษา
ค้าขาย	.04	.25*	.05	.21*
รับจ้างทั่วไป	-	.21*	.01	.16*
เกษตรกร	-	-	-.20	.04
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	-	-	-	.15

* $p < .05$

จากตาราง พบว่า ประชาชนที่ประกอบอาชีพค้าขาย มีความต้องการต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล สูงกว่าอาชีพเกษตรกรและนักเรียน/นักศึกษา, ประชาชนที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีความต้องการต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาลสูงกว่าอาชีพเกษตรกรและนักเรียน/นักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความต้องการของประชาชน ต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล จำแนกตามจังหวัดที่อาศัย

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	66.634	6	11.106	55.703	.01**
ภายในกลุ่ม	78.354	393	.199		
รวม	144.99	399			

* * $p < .05$

จากตาราง พบว่า ประชาชนที่มีจังหวัดที่อาศัยต่างกัน มีความต้องการต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้ทำการเปรียบเทียบรายคู่ต่อ ดังนี้

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบรายคู่ ความต้องการของประชาชน ต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล จำแนกตามจังหวัดที่อาศัย

จังหวัดที่อาศัย	กระบี่	ภูเก็ต	พังงา	สุราษฎร์ธานี	ระนอง	ชุมพร
นครศรีธรรมราช	-1.16**	-.03	-1.09**	-.21	-.24*	-.12
กระบี่	-	1.13**	.07	1.11**	.93**	1.04**
ภูเก็ต		-	-1.05**	-.01	-.20	-.09
พังงา			-	1.04**	.85**	.97**
สุราษฎร์ธานี				-	-1.89	-.07
ระนอง					-	.11

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากตาราง พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดกระบี่มีความต้องการต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล สูงกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดภูเก็ต จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดระนอง และจังหวัดชุมพร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดระนอง มีความต้องการต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล สูงกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพังงา มีความต้องการต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล สูงกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนครศรีธรรมราช จังหวัดภูเก็ต จังหวัดสุราษฎร์ธานี จังหวัดระนอง และจังหวัดชุมพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ตารางที่ 9 เปรียบเทียบความต้องการของประชาชน ต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล จำแนกตาม
ประสบการณ์การประสบภัยพิบัติ

ประสบการณ์ด้าน ภัยพิบัติ	SS	df	MS	F	p-value
ระหว่างกลุ่ม	7.814	4	1.953	5.625	.01
ภายในกลุ่ม	137.175	395	.347		
รวม	144.98	399			

**p<.01

จากตาราง พบว่า ประชาชนที่มีประสบการณ์ด้านภัยพิบัติต่างกัน มีความต้องการต่อสมรรถนะด้านภัย
พิบัติสำหรับพยาบาล แตกต่างกัน

ตารางที่ 10 เปรียบเทียบรายคู่ ความต้องการของประชาชน ต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล จำแนก
ตามประสบการณ์การประสบภัยพิบัติ

ประสบการณ์ ด้านภัยพิบัติ	ภัยพิบัติ พายุถล่ม	ภัยพิบัติ โคลนถล่ม	ภัยพิบัติ ภัยแล้ง	ภัยพิบัติ คลื่นสึนามิ
ภัยพิบัติน้ำท่วม	.19	.30	.20	-.49**
ภัยพิบัติพายุถล่ม	-	.18	.01	-.68**
ภัยพิบัติโคลนถล่ม		-	-.16	.85*
ภัยพิบัติภัยแล้ง			-	-.69**

*p<.05,**p<.01

จากตาราง พบว่า ประชาชนที่มีประสบการณ์การประสบภัยพิบัติน้ำท่วม สูงกว่าประชาชนที่มี
ประสบการณ์การประสบภัยพิบัติน้ำท่วม ภัยพิบัติพายุถล่ม ภัยพิบัติภัยแล้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
ประชาชนที่มีประสบการณ์การประสบภัยพิบัติโคลนถล่มมีความต้องการต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับ
พยาบาล สูงกว่าประชาชนที่มีประสบการณ์การประสบภัยพิบัติน้ำท่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



อภิปรายผล

จากผลการศึกษาความต้องการของประชาชนเกี่ยวกับสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามาตรฐานการวิจัยดังนี้

1. ความต้องการของประชาชนเกี่ยวกับสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล พบว่า อยู่ในระดับมาก ทั้งในภาพรวมและรายด้าน ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์ด้านภัยพิบัติเป็นสถานการณ์ที่มีความสำคัญ รุนแรง และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตลอดเวลา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านธรรมชาติ ภัยพิบัติทางภูมิอากาศ และการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก เมื่อเกิดเหตุการณ์แล้วประชาชนไม่สามารถรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้ จึงเห็นความสำคัญของภัยพิบัติสอดคล้องกับการศึกษาของ อำนวย ธัญรัตน์ศรีสกุล อติญาณ ศรีเกษตริน และชลีพร เอกรัตน์ (2555) ที่พบว่าประชาชนส่วนใหญ่จะมีการเตรียมข้าวของเครื่องใช้ การปรับปรุงบ้านเรือนให้พร้อมรับอุทกภัย และปัจจัยที่มีผลต่อการเตรียมความพร้อมรับอุทกภัย คือ ความตระหนักในปัญหาอุทกภัย ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีลำดับขั้นแห่งความต้องการพื้นฐานของมาสโลว์ (Maslow) (นุชลี อุบนิย, 2551) ที่กล่าวว่าความต้องการทางด้านร่างกายได้รับการตอบสนองในระดับสูงต่อไป คือ ความรู้สึกที่ ต้องการความปลอดภัยหรือความมั่นคงในปัจจุบันและอนาคต ความต้องการที่พักพิงแวดล้อมที่ปลอดภัยจากอันตรายทั้งทางกายและจิตใจ ต้องการได้รับการปกป้องคุ้มครองต้องการความปลอดภัยจากอันตรายต่างๆ ซึ่งทั้งหมดจำเป็นต้องได้รับการตอบสนอง ไม่เช่นนั้นจะทำให้บุคคลเกิดความเครียด ดังนั้นพยาบาลที่เป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน จำต้องมีสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล โดยพยาบาลจะต้องเป็นผู้จัดการภัยพิบัติ ตั้งแต่การวางแผนเพื่อเผชิญหน้ากับสถานการณ์ ตั้งแต่ก่อนเกิดภัยพิบัติ ระหว่างเกิดภัยพิบัติ และหลังเกิดภัยพิบัติ เป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง (วรรณเพ็ญ อินทร์

แก้ว และ สมจินดา ชมพูนุช: 2557) ซึ่งในปีค.ศ. 2001 International Council of Nurse (ICN) ได้กำหนดสมรรถนะการจัดการภัยพิบัติสำหรับพยาบาลไว้ 4 สมรรถนะ ประกอบด้วย 1) สมรรถนะการป้องกันและลดความรุนแรง/ผลกระทบ (Prevention/mitigation competencies) 2) สมรรถนะการเตรียมพร้อม (Preparedness competencies) 3) สมรรถนะการตอบสนอง/การรับมือ (Response competencies) และ 4) สมรรถนะการฟื้นฟูภายหลังการเกิดภัยพิบัติ (Recovery/rehabilitation competencies) (ICN, 2006; WHO and ICN, 2009) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า ประชาชนมีความต้องการให้พยาบาลมีสมรรถนะด้านการจัดการภัยพิบัติอยู่ในระดับสูง จากการศึกษารายงานของ สพรินา ครองแถว และนพวรรณ เปียชื่อ (2558) พบว่า พยาบาลมักเป็นคนแรกที่จะพบในสถานการณ์ฉุกเฉิน และให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลจึงเป็นทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติควรได้รับการส่งเสริมให้มีสมรรถนะด้านการพยาบาลในภาวะภัยพิบัติ 4 ด้าน คือ การป้องกัน/การลดความรุนแรง การรับมือ/ตอบสนองต่อภัยพิบัติในทันที และการฟื้นฟู/ฟื้นฟูสภาพ เพื่อที่จะสามารถนำความรู้ และทักษะมาใช้ในการจัดการภัยพิบัติได้

2. ความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล เมื่อจำแนกตามอาชีพพบว่าอาชีพค้าขาย และอาชีพรับจ้างทั่วไปมีความต้องการสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาลสูงกว่าอาชีพเกษตรกร และอาชีพนักเรียน/นักศึกษา ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่าอาชีพค้าขาย และอาชีพรับจ้างทั่วไปเป็นอาชีพที่จะก่อเกิดรายได้เป็นรายวัน เมื่อเกิดเหตุภัยพิบัติจึงได้รับผลกระทบสูงกว่าอาชีพอื่น จึงมีความต้องการในการช่วยเหลือมากกว่า ส่วนอาชีพเกษตรกรนั้น เมื่อเกิดเหตุภัยพิบัติ จะมีเวลาในการปรับตัวมากกว่า เพราะลักษณะอาชีพนั้นใช้ระยะเวลาในการเกิดรายได้ หรือสูญเสียรายได้มากกว่าอาชีพอื่น สำหรับอาชีพนักเรียน/นักศึกษานั้นจะเกิดผลกระทบ



น้อยเช่นกัน เนื่องจากยังไม่ต้องรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายทั้งหมดด้วยตนเองทำให้เมื่อเกิดเหตุภัยพิบัติจึงได้รับผลกระทบน้อยกว่าอาชีพอื่น ๆ ซึ่งจากการศึกษาของ อำนวย ธีรรัตน์ศรีสกุล อติญาณ ศรีเกษตริน และชูลีพร เอกรัตน์ (2555) ก็พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อม นั้นแสดงว่าอาชีพมีผลต่อพฤติกรรมเกี่ยวกับภัยพิบัติ

สำหรับความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล เมื่อจำแนกตามจังหวัดที่อาศัย พบว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดกระบี่และจังหวัดพังงา มีความต้องการสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาลสูงกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอื่น เนื่องจากเป็นจังหวัดที่เคยได้รับผลจากภัยคลื่นสึนามิมากที่สุด ทำให้เกิดความต้องการความปลอดภัยสูง จึงมีความต้องการความช่วยเหลือสูง ส่วนจังหวัดภูเก็ตแม้จะได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติภัยคลื่นยักษ์สึนามิ ในปี พ.ศ. 2547 (ปัญญา จารุศิริ และไพฑูรย์ พงศบุตร, 2548) เช่นเดียวกับจังหวัดพังงา และจังหวัดกระบี่ แต่เป็นความเสียหายเฉพาะพื้นที่แคบ ๆ และเน้นกลุ่มนักท่องเที่ยว เนื่องจากพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบเป็นชายหาดที่มีภูเขาสูงเป็นกำแพงป้องกันคลื่นไว้ ส่วนจังหวัดสุราษฎร์ธานี แม้ไม่ได้รับผลกระทบโดยตรง แต่จากเหตุการณ์อุทกภัยครั้งใหญ่ในปีพ.ศ. 2554 (สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำและการเกษตร, 2554) ส่งผลให้เกิดความเสียหายเป็นวงกว้าง โดยเฉพาะในเขตอำเภอเมืองสุราษฎร์ธานีที่แม้ไม่ได้รับผลกระทบโดยตรงแต่ถูกตัดขาดการคมนาคมทุกเส้นทาง ทำให้ประชาชนมีความต้องการได้รับความช่วยเหลือสูง

ส่วนความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล เมื่อจำแนกตามประสบการณ์การประสบภัยพิบัติ พบว่าผู้ประสบภัยพิบัติจากคลื่นยักษ์สึนามิ มีความต้องการของประชาชนต่อสมรรถนะด้านภัยพิบัติสำหรับพยาบาล สูงกว่าผู้ที่มีประสบการณ์การประสบภัยพิบัติ

ประเภทอื่น ๆ เพราะเป็นภัยพิบัติที่เกิดอย่างกะทันหัน ไม่มีผู้คาดคิดมาก่อนและทำความเสียหายกับชีวิตทรัพย์สิน และสุขภาพของคนจำนวนมากโดยคาดว่าประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตประมาณ 5,400 คน (ปัญญา จารุศิริ และ ไพฑูรย์ พงศบุตร, 2548)





เอกสารอ้างอิง

กรมทรัพยากรธรณี.(2548).ธรณีพิบัติภัยคลื่นยักษ์“สึนามิ” จากแผ่นดินไหว 9 ริกเตอร์,Retrieved July 17, 2015, from http://www.dmr.go.th/download/tsunami_manual/005.pdf.

นุชลี อุปภัย.(2551).จิตวิทยาการศึกษา.กรุงเทพฯ:แม่ทัพพอยท์.

ปัญญา จารุศิริ และ ไพฑูรย์พงษ์ศบุตร.(2548).คลื่นสึนามิ. สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชน โดยพระราชประสงค์ในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเล่มที่ 30.

วรรณเพ็ญ อินทร์แก้ว และ สมจินดา ชมพูนุท.(2557).การพยาบาลสาธารณสุข.กรุงเทพฯ:ปิยอนต์พับลิชชิ่ง.

สถาบันสารสนเทศทรัพยากรน้ำและการเกษตร (องค์การมหาชน).(2554). บันทึกเหตุการณ์มหาอุทกภัย.คลังข้อมูลสภาพน้ำ.Retrieved July 17, 2015, from <http://www.thaiwater.net/current/flood54.html>.

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. เตรียมพร้อมรับมือผู้ประสบภัยระยะยาว. Retrieved July 22, 2013, from <http://www.thaihealth.or.th/healthcontent/news/thaihealth>.

สุพรรณา ครองแถว และนพวรรณ เปี้ยเชื้อ.(2558).แนวคิดและบทบาทพยาบาลในการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ.รามาสีปิตยบาลสาร.21(2); 141-156.

อานวย ธัญรัตน์ศรีสกุลอดิยาณ์ ศรีเกษตริณและชุลีพร เอกรัตน์. (2555).การเตรียมความพร้อมในการรับอุทกภัยของประชาชนในจังหวัดสุราษฎร์ธานี.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข.22(1): 76-84.

Dore Mohammad, H. I., &Etkin, D. (2003). Natural disaster adaptive capacity and development in the twenty first century in M. Pelling. (Ed.). *Natural disaster and development in a globalizing world*. London: Routledge.

Fung, O. W. M., Loke, A. Y.,& Lai, C.Y. (2008). Disaster preparedness among Hong Kong nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 62(6), 698-703.

International Council of Nurses (2006).*Nurses and disaster preparedness*.Retrieved October 16, 2014, from http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A11_Nurses_DisasterPreparedness.pdf

World Health Organization and International Council of Nurses and Western Pacific Region. (2009). *ICN Framework of Disaster Nursing Competencies*. Geneva: Switzerland.



ประสิทธิผลของโปรแกรมการเดินเร็วต่อระดับน้ำตาลในเลือด และสมรรถภาพของหัวใจและหลอดเลือดในผู้ใหญ่

ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดบกพร่องในชนบท จังหวัดอุดรธานี

The Effects of supervised pedometer program on blood glucose
and cardiorespiratory fitness among Diabetes high risk group in
Nhongtaguy Village Muang District, Udonthani province

ชญาวีร์ ไชยวงศ์

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

รองศาสตราจารย์ พญ.นิรมล พັນสุนทร รองศาสตราจารย์ ดร.พญ.เนลิณี ไชยเอื้อ

และ ดร.พญ.เสาวนันท บำเรอราช

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบประสิทธิผลของการเดินเร็วที่มีต่อระดับน้ำตาลในเลือดและสมรรถภาพของหัวใจและปอด การศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่ม กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเข้าสูงระหว่าง 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จำนวน 56 คน อายุ 35-59 ปี แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ละ 28 คน กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ได้รับการแนะนำให้ทำกิจกรรมตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การสาธิตและฝึกทักษะการออกกำลังกาย การเดินออกกำลังกายโดยมีผู้นำออกกำลังกายร่วมเดิน และฝึกสอนทุกครั้ง จำนวน 40 ครั้งๆ ละ 60 นาที

หลังจาก 5 วัน (จันทร์-ศุกร์) หลังทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับสมรรถภาพของหัวใจและปอดเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเข้าและระดับน้ำตาลสะสมในหนึ่งเดือนลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม สรุปการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการจูงใจในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ให้ออกกำลังกายโดยการเดินเร็วผลของการออกกำลังกายช่วยเพิ่มระดับสมรรถภาพของหัวใจและปอด และควบคุมความดันโลหิต สามารถนำไปเป็นแนวทางในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต

คำสำคัญ : โรคเบาหวาน การออกกำลังกาย

สมรรถภาพของหัวใจและปอด เครื่องนับจำนวนก้าว



Abstract

This research aimsto compare the mean of glycated hemoglobin, maximum velocity O2 consumption (VO2 max estimation), BMI, waist circumference and Blood pressure before and after entering the program. This study was a quasi-experimental designed. Fifty-six participants age 35-59 years had fasting glucose between 100-125 mg %, were assigned to intervention group and to a control group (no changes in lifestyles). All participants in the intervention group were informed to provide knowledge about diabetes 4-time group session based on diabetes, lifestyle modification and skill training and 40 supervised pedometer exercise sessions, minimum 30 minutes of daily brisk walking on 5 days of the week. Anthropometric, body mass index, blood pressure, blood glucose level, and maximal oxygen estimation were measured at baseline and post test. Results After 12 weeks, there were significantly improved in VO₂ max ($p < 0.001$), fasting blood sugar ($p < 0.001$); glycated hemoglobin ($p < 0.001$) when compared to the control group. Conclusions. This study suggested that the motivation strategy to exercise program can motivate 28 Pre-diabetes participants in 12 weeks of brisk walking ,the result show improvement in

cardio-respiratory fitness, blood sugar and blood pressure.

Keywords : Diabetes, Exercise ,Cardio-respiratory fitness, Pedometer

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก สถานการณ์ในปัจจุบันพบว่าปี พ.ศ. 2554 มีประชากรเป็นเบาหวานทั่วโลก จำนวน 366 ล้านคนและจะเพิ่มเป็น 552 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2573 (International Diabetes Federation, 2011) ประเทศไทยมีแนวโน้มของผู้เป็นเบาหวานเพิ่มขึ้นโดยเพิ่มจากร้อยละ 4.4 ในปีพ.ศ. 2530 เป็นร้อยละ 6.9 ในปีพ.ศ. 2552 จากข้อมูลแสดงว่าในระยะ 30 ปีจะมีผู้เป็นเบาหวานทั่วโลกเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว ผลของการเพิ่มจำนวนของผู้เป็นเบาหวานนี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ครอบครัว ชุมชน รวมไปถึงการพัฒนาทางเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศชาติ ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเปรียบเทียบระหว่างการสำรวจในปี พ.ศ.2548, พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2553 ของสำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค พบการเพิ่มขึ้นของภาวะอ้วนและการลดลงของการออกกำลังกาย ในประชากรไทยอายุ 15-74 ปีการออกกำลังกายลดลงหรือไม่ค่อยเคลื่อนไหวออกแรง แต่มีพฤติกรรมนั่งๆ นอนๆ มากขึ้นร่วมกับการบริโภคอาหารที่ให้พลังงานสูง ส่งผลให้มีภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วน ปัจจัยดังกล่าวสัมพันธ์กับการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Baker, Simpson, Lloyd, Bauman, & Singh, 2011; Lindström et al., 2010)



จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินชีวิตสามารถป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเบาหวานได้โดยการออกกำลังกาย และควบคุมอาหารช่วยให้ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ สามารถลดการเกิดโรคเบาหวานได้ร้อยละ 46-58 (Baker, et al., 2011; Lindström, et al., 2010) การเดินเร็วเป็นการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีความหนักปานกลางที่เหมาะสมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (American Diabetes Association, 2010; Baker, et al., 2011) การเดินเร็วที่มีอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดร้อยละ 50-70 ด้วยอัตราเร็วประมาณ 4.8-6 กิโลเมตรต่อชั่วโมง ใช้เวลาประมาณ 20-60 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ หรือมากกว่า 150 นาทีต่อสัปดาห์ (American College of Sports Medicine 2010; Geiss et al., 2010) การเดินเป็นการออกกำลังกายที่นิยมกันอย่างแพร่หลายสามารถปฏิบัติได้โดยประหยัดสะดวกไม่จำเป็นต้องใช้ทักษะหรือความชำนาญใดๆ สามารถปฏิบัติได้ทุกที่และตลอดเวลา เนื่องจากมีแรงกระแทกต่อข้อต่อต่ำ ทำให้ไม่เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากบาดเจ็บและการเกิดอุบัติเหตุ (Moura, Magalhães, & Amorim, 2011)

ในบริบทพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านหนองตะไก้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ได้ดำเนินการคัดกรองความเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่ามีประชากรจำนวน 126 คน มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ในปีงบประมาณ 2555 ที่ผ่านมาได้มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้ว แต่ยังไม่มีการดำเนินกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มนี้อย่าง

จริงจัง เพื่อป้องกันการเกิดโรคเบาหวานและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่จะเกิดขึ้นในอนาคต การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรแซก้า (2002) มาประยุกต์ใช้ ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบด้วย 5 ขั้น 1) ขั้นไม่สนใจปัญหา (precontemplation) บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้ยังไม่คิดจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใน 6 เดือนข้างหน้า คิดว่าพฤติกรรมที่ปฏิบัติอยู่ไม่เป็นปัญหา ไม่เห็นผลเสียที่เกิดขึ้น 2) ขั้นซังใจลังเลใจ (Contemplation) บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้เริ่มคิดหรือรับรู้ว่าจะพฤติกรรมที่ทำอยู่เป็นปัญหา จึงคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายใน 6 เดือนข้างหน้า กลุ่มนี้จะเริ่มต้นพิจารณาผลดีและผลเสียของการปฏิบัติพฤติกรรมของตนที่ผ่านมา แต่จะรับรู้ข้อดีและข้อเสียของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3) ขั้นเตรียมตัว (Preparation) บุคคลในขั้นนี้มีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนพฤติกรรมใน 30 วันข้างหน้า กลุ่มนี้จะเริ่มต้นการกระทำบางอย่างที่จะมุ่งไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 4) ขั้นลงมือปฏิบัติ (action) บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้เริ่มปฏิบัติในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมแต่ยังไม่ถึง 6 เดือน และ 5) ขั้นดำรงการปฏิบัติตัว (Maintenance) บุคคลที่อยู่ในขั้นนี้กระทำพฤติกรรมใหม่มาแล้วมากกว่า 6 เดือนโดยมีการป้องกันการกลับทำพฤติกรรมเดิมซ้ำ ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการให้ความรู้รายกลุ่มสัปดาห์ละครั้ง จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที การให้คำแนะนำต่างๆ เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน การตั้งเป้าหมาย สาธิตเทคนิคการออกกำลังกาย รวมทั้งการให้คำแนะนำสัญญาและประกาศให้ชาวบ้านและผู้เข้าร่วมเป็นสักขีพยานในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมก่อนจัดกิจกรรมเดินออกกำลังกายมีการประเมินความพร้อมและตรวจ



สมรรถภาพทางกาย เพื่อให้มั่นใจว่ากิจกรรมเดินเร็ว ไม่มีอันตราย ในช่วงปฏิบัติกิจกรรมเดินออกกำลังกาย มีผู้ชำนาญในด้านการเดินวิ่งเป็นผู้นำและต้นแบบ ในการฝึกสอนและกำกับดูแลการออกกำลังกาย คอย กระตุ้นและสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้กลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ได้มีการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นและเหมาะสม ทำให้ระดับความฟิตของ หลอดเลือดหัวใจดีขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวาน และบุคลากรสาธารณสุขสามารถนำไป เป็นแนวทางในการดูแลประชากรกลุ่มวัยแรงงานให้มี สุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลหลังอด อาหารเช้า (FBS) และค่าเฉลี่ยน้ำตาลสะสมในเม็ด เลือดแดง (HbA1C) ประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจน ต่ำ นิมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิต ภายใ น กลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่าง กลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังเข้าร่วมโครงการ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มโดยประเมินผลก่อนและหลังทดลอง (Pre test-post test experimental design) การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research)

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคเบาหวาน ในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองตะไไ้

ต. หนองไผ่ อ. เมือง จ. อุดรธานี ผู้วิจัยคำนวณ ขนาดตัวอย่างโดยหาค่าขนาดอิทธิพลจากค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มซึ่งจากผลการคำนวณค่าจากงานวิจัยที่มี ผลลัพธ์เหมือนกับงานวิจัยที่จะศึกษาของเชนอยและ คณะ (Shenoy, Guglani, & Sandhu, 2010) พบว่า มีค่าHbA_{1c} Effect size .75 ใช้สูตร

$$n/\text{group} = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{d^2}$$

ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 56 คน รวมทั้ง 2 กลุ่ม

56 คน

การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่สมัครใจเข้าร่วม โครงการ ทำการจับคู่เข้ากลุ่มด้วยวิธีการแบ่งกลุ่มแบบ จับคู่ (match group) แล้วแยกกลุ่มออกเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 28 คนคือกลุ่มควบคุม ได้รับการแนะนำให้ทำ กิจกรรมตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมต่อเนื่อง 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่อง โรคเบาหวาน การป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย การสาธิตและฝึกทักษะการ ออกกำลังกาย การเดินออกกำลังกายโดยมีผู้นำออก กำลังกาย ร่วมเดินและฝึกสอนทุกครั้ง จำนวน 40 ครั้งๆ ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน (จันทร์-ศุกร์)

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าสู่โครงการ

(Inclusion criteria)

- 1) เพศชายหรือหญิง มีอายุตั้งแต่ 35-59 ปี
- 2) ระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดหลังอดอาหารอย่าง น้อย 8 ซม. ผิดปกติ (Impaired Fasting glucose, IFG) อยู่ระหว่าง 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน
- 3) ไม่มีประวัติรับการ วินิจฉัยและรักษาด้วยโรคเบาหวาน
- 4) อ่านเขียน ภาษาไทย และสามารถลงชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการ



ได้ 5) มีการรับรู้ดี สามารถมองเห็นและได้ยินปกติโดยไม่มีเครื่องช่วย 6) สามารถเดินได้เองโดยไม่มีประวัติของอาการที่บ่งบอกถึงความไม่สุขสบาย เจ็บปวด เดินเซ 7) ผลการประเมินความพร้อมก่อนการออกกำลังกาย (Physical Activity Readiness Questionnaire : PAR-Q) ตอบ “ไม่เคย” ทั้ง 7 ข้อ และ 8) ยินดีและเต็มใจให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา

(Exclusion criteria)

1) ตั้งครรภ์หรือมีโรคที่ห้ามออกกำลังกาย เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจขาดเลือด 2) มีอาการและอาการแสดงที่ห้ามออกกำลังกาย เช่น ก) เจ็บหน้าอกในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ข) หัวใจและชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอ ค) อัตราการเต้นของหัวใจและชีพจรเต้น ≥ 150 ครั้ง/นาที ง) ความดันโลหิต $\geq 150/90$ มิลลิเมตรปรอท ง) และมีน้ำตาลในเลือดมากกว่า 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์

เกณฑ์การนำอาสาสมัครออกจากการ

ทดลอง (Withdrawal of participant criteria)

1) ไม่สมัครใจเป็นอาสาสมัครอีกต่อไป 2) อาสาสมัครเจ็บป่วยในระหว่างการศึกษา 3) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยชำรุดเสียหาย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือผู้วิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยนำโปรแกรมที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา และความตรงเชิงเนื้อหา ความเหมาะสมและความชัดเจนของวัตถุประสงค์กิจกรรมและระยะเวลาของกิจกรรมแล้วนำมาพิจารณาปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน พบว่ามีค่าความตรงเท่ากับ 0.62 ซึ่งมีค่าคะแนนตามเกณฑ์

ดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence; IOC) ที่มีคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ 0.50-1.00 แสดงว่าโปรแกรมนี้ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ จากนั้นผู้วิจัยปรับปรุงโปรแกรมตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้โปรแกรมมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง



การจัดโปรแกรมครั้งนี้พัฒนาขึ้นจากทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลง (Transtheoretical Model) ของ โพรแชสกา (Prochaska & DiClemente, 1984; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992; Prochaska, Velicer, Rossi, & al., 1994) และการทบทวนวรรณกรรมเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้มีการ ออกกำลังกายมากขึ้น มีการออกแบบกิจกรรมที่มีรูปแบบหลากหลาย เช่น จัดกิจกรรมการให้ความรู้รายกลุ่มตาม ระดับความพร้อมและคำแนะนำต่างๆ การตั้งเป้าหมาย จำนวน 4 ครั้ง สัปดาห์ละครั้ง การสาธิตและฝึกทักษะ การออกกำลังกาย รวมทั้งการให้พันธะสัญญาและประกาศให้ชาวบ้านและผู้เข้าร่วมเป็นสักขีพยานในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ก่อนจัดกิจกรรมเดินออกกำลังกายมีการประเมินความพร้อมและตรวจสมรรถภาพ ทางกาย เพื่อให้มั่นใจว่ากิจกรรมเดินเร็วไม่มีอันตราย รวมทั้งมีผู้ชำนาญในด้านการเดินวิ่งเป็นผู้นำและต้นแบบ ในการฝึกสอนและกำกับดูแลการออกกำลังกาย คอยกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจเพื่อให้เกิดการปฏิบัติอย่าง ต่อเนื่อง สัปดาห์ที่ 5-12 เป็นกิจกรรมเดินออกกำลังกายโดยผู้วิจัยเป็นผู้ฝึกสอน แล่นำเดินออกกำลังกายทุกครั้ง จำนวน 40 ครั้งๆ ละ 60 นาที สัปดาห์ละ 5 วัน (จันทร์-ศุกร์) นาน 8 สัปดาห์

กิจกรรม	สัปดาห์											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
การประเมินสมรรถภาพ และความพร้อม	/											/
ความรู้รายกลุ่ม(สัปดาห์ละครั้ง)	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
กิจกรรมเดินออกกำลังกาย					/	/	/	/	/	/	/	/

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลและ ภาวะสุขภาพ ลักษณะของคำถามเป็นแบบเติมคำลงในช่องว่างและเลือกตอบ 18 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ความพร้อมในการปฏิบัติกิจกรรมทางกาย ลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่ , ไม่ใช่” 7 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับการออกกำลังกายทางกาย ลักษณะของข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 1 ข้อ ที่ตรงกับผู้ตอบ ส่วนที่ 4 แบบบันทึกการรับทราบการทดสอบด้วยการเดิน 1.6 กิโลเมตร และส่วนที่ 5 แบบบันทึกน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเช้า ระดับน้ำตาลสะสมในเม็ดเลือดเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพ การออกกำลังกาย ก่อนและหลังทดลองตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผ่านการหาค่าความสอดคล้อง จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 0.65 แล้วนำไปทดสอบด้านความเที่ยงของ เครื่องมือโดยนำเครื่องมือไปทดสอบ (Try out) กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในหมู่บ้านที่มีความคล้ายคลึงกับกลุ่ม ตัวอย่างที่ทำการศึกษานาน 30 คนแล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือในด้าน ขั้นตอนของการออกกำลังกายโดยวิธีสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบคอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.92



การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมเพื่อการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น ตามเอกสารรับรองเลขที่ HE562190

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ผลข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ข้อมูลทางคุณลักษณะประชากร วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และค่ากลางของข้อมูล เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired Sample t-test และ Independent Sample t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

ผลการวิจัย

กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 50.18 ± 6.13 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 57.14 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 39.29 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 82.70 รับจ้าง ร้อยละ 7.10 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,500 บาท ร้อยละ 92.9 ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มอาสาสมัครมีญาติสายตรงที่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 67.86 ส่วนใหญ่มีสภาวะทางสุขภาพดี ร้อยละ 92.86 และมีการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ภาวะอาหารอ้วนเกินไป ไม่มีประวัติไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 96.43 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 96.43 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 82.14 ส่วนกลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 49.75 ± 5.65 ปี การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 75 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 17.90 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 85.72 รับจ้าง ร้อยละ 4.28 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,500 บาท ร้อยละ 92.9 ข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มควบคุมมีญาติสายตรงที่เป็นเบาหวาน ร้อยละ 85.72 ส่วนใหญ่มีสภาวะทางสุขภาพดี และไม่มีประวัติไข้หวัดใหญ่ ร้อยละ 100 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 92.86 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 82.14 ผลการเปรียบเทียบลักษณะทางกายภาพของอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันพบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ตั้ช้นี้น้ำหนักกาย เส้นรอบเอว ระดับระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเข้าระดับระดับน้ำตาลสะสมในเลือด, ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (SBP), ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (DBP), ประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ออกซิเจนของร่างกายในหนึ่งนาที ($VO_2 \max$) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1 จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคุณลักษณะประชากรคล้ายคลึงกัน



ตารางที่ 1. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร
 เข้าระดับน้ำตาลสะสมในเลือดความดันโลหิตและประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ออกซิเจนของร่างกาย
 ในหนึ่งนาที ($VO_2 \max$) ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=28)		กลุ่มควบคุม (n=28)		p-value
	Mean	S.D	Mean	S.D	
น้ำหนักตัว	63.96	8.18	60.46	10.23	0.18
ดัชนีมวลกาย	26.47	3.18	24.52	4.69	0.09
รอบเอว	86.15	7.66	85.04	10.13	0.51
FBS ¹	106.65	7.70	108.42	6.87	0.39
HbA _{1c} ²	4.98	0.66	5.16	0.56	0.30
SBP ³	117.27	12.12	118.19	11.82	0.78
DBP ⁴	76.31	7.78	76.96	7.41	0.76
$VO_2 \max$ ⁵	37.75	5.65	38.43	5.83	0.67

หมายเหตุ FBS= ระดับระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเข้า¹ HbA_{1c} ระดับระดับน้ำตาลสะสมในเลือด²,
 Systolic blood pressure (SBP)= ค่าเฉลี่ยความดันโลหิต³, Diastolic blood pressure (DBP)=ค่าเฉลี่ยความ
 ดันโลหิต⁴ $VO_2 \max$ = ประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ออกซิเจนของร่างกายในหนึ่งนาที⁵

ตารางที่ 2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร
 เข้า ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดความดันโลหิตและประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ออกซิเจนของร่างกาย
 ในหนึ่งนาที ($VO_2 \max$) หลังทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และระหว่างกลุ่มทดลอง
 และกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=28)		p	กลุ่มควบคุม (n=28)		p	ระหว่างกลุ่ม	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		t	p
น้ำหนักตัว ดัชนี	63.96(8.18)	63.98(8.55) ^{NS}	0.95	60.46(10.23)	61.75(10.14) **	0.000	0.86	0.40
มวลกาย	26.47(3.18)	26.49(3.43) ^{NS}	0.88	24.52(4.83)	25.05(4.81) **	0.000	1.24	0.22
รอบเอว	86.15(7.66)	86.19(8.03) ^{NS}	0.90	85.65(8.48)	86.15(8.33) **	0.000	0.02	0.98
FBS	106.65(7.67)	104.42(6.24) ^{NS}	0.12	108.42(6.87)	119.31(9.93)**	0.000	-6.27	0.000
HbA _{1c}	4.98 (0.66)	4.97(0.63) ^{NS}	0.81	5.16(0.56)	5.59(0.45) **	0.000	-4.11	0.30
SBP	117.27 (7.78)	113.15(10.49)***	0.000	118.19(11.82)	119.46(12.51) ^{NS}	0.16	-1.97	0.54
DBP	76.31(7.78)	74.38(8.12)**	0.000	76.96(7.41)	78.08(7.77) ^{NS}	0.12	-1.68	0.76
VO ₂ max	37.75 (5.65)	46.05 (5.62)***	0.000	38.43(5.83)	37.87(4.72) ^{NS}	0.96	5.68	0.000

NS = no significant (ไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ); * แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$,
 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ** $p < 0.01$ และแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ *** $p < 0.001$



หลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย น้ำหนักตัวค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ($p=0.95$), ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ($p=0.88$), ค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวเพิ่มขึ้น ($p=0.90$) ขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายและค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ($p<0.001, p<0.001$), ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเช้าและค่าเฉลี่ยระดับระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.92, p=0.81$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน (SBP) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001, p=0.003$) และค่าเฉลี่ย $VO_2 \max$ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$), หลังการทดลองพบว่าภายในกลุ่มควบคุมพบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเช้าและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001, p<0.001$) ค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน (SBP) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) เพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.16, p=0.12$) ค่าเฉลี่ย $VO_2 \max$ ลดลงเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.33$) หลังการทดลองเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ย $VO_2 \max$ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเช้า และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

อภิปรายผล

กลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมออกกำลังกายโดยการเดินเร็วที่มีความหนักระดับปานกลาง เป็นเวลา 60 นาที จำนวน 5 ครั้งต่อสัปดาห์ นาน 8 สัปดาห์ ทำให้ค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของอาสาสมัครกลุ่มทดลองหลังการทดลองลดลงเล็กน้อย แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.05$) ส่วนกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวเปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.46, p=0.22, p=0.98$) ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมการออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วที่มีความหนักระดับปานกลาง ซึ่งไม่หนักและไม่นานพอที่จะทำให้เกิดการเผาผลาญไขมัน (Bogardus et al., 1983) อีกทั้งอาสาสมัครส่วนใหญ่อยู่ในภาวะอ้วน ผลการศึกษาในอดีตต้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา (Rahmehri, Liang, & Beh, 2013) เช่นเดียวกับการศึกษาของชาวซัและคณะที่ศึกษาในสตรีอ้วนที่มีอายุเฉลี่ย 53.3 ปี ซึ่งมีประวัติคนในครอบครัวเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 18 คน ในระยะควบคุมอาสาสมัครไม่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายเป็นเวลา 4 สัปดาห์ จากนั้นให้เข้าร่วมโปรแกรมเดินพร้อมติดเครื่องนับก้าว เป็นเวลา 8 สัปดาห์ โดยตั้งเป้าหมายให้เดินวันละ 10,000 ก้าวบันทึกจำนวนลงในแบบบันทึกกิจกรรมในแต่ละวัน ในระหว่างทดลองอาสาสมัครจะไม่ได้ควบคุมอาหาร ผลการศึกษาพบว่าหลังทดลองอาสาสมัครกลุ่มทดลองมีการดื่มน้ำเพิ่มขึ้น ลดลง ระดับความดันโลหิตลดลง แต่ไม่มีการ



เปลี่ยนแปลงต่อน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมัน รอบเอว (Swartz et al., 2003) แต่ตรงข้ามกับการศึกษาของบูยูกียาซีและคณะที่ศึกษาในสตรีอายุ 30-49 ปี โดยเดินที่ระดับความหนัก 50-55% และ 70-75% ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด สัปดาห์ละ 5 วัน นาน 12 สัปดาห์ ผลการศึกษพบว่าค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกายของทั้งสองกลุ่ม ลดลง ($p < 0.01$) (Buyukyazi et al., 2010) และสอดคล้องกับการศึกษาของโอโนะที่ศึกษาในกลุ่มที่มีภาวะเมตาบอลิก จำนวน 28 คน โดยได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากพยาบาล โดยตั้งเป้าหมายลดน้ำหนัก 3 กิโลกรัมต่อเดือน เดินวันละ 10,000 ก้าว เป็นเวลา 6 เดือน ผลการศึกษพบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวและรอบเอวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Ohno et al., 2015)

หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเช้าและค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงต่ำกว่ากลุ่มทดลอง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.92$, $p = 0.81$) หลังการทดลองเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมพบว่าค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเช้าลดลงน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ส่วนค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเปลี่ยนแปลง แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.30$) ทั้งนี้เนื่องจากกิจกรรมเดินเร็วที่มีความหนักระดับปานกลางและระยะเวลายังไม่นานพอ ทำให้ไม่มีผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเช้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) เนื่องจากกลุ่มควบคุมได้รับกิจกรรมตามปกติ และไม่ได้ควบคุมการรับประทานอาหารซึ่งอาจจะมีผลต่อระดับน้ำตาลใน

เลือดของกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของเมนดัมและคณะ (2015) ที่ศึกษาในชายชาวพื้นเมืองที่ไม่มีการเคลื่อนไหวร่างกายในประเทศออสเตรเลียจำนวน 18 คนที่ให้ออกกำลังกาย ออกกำลังกาย โดยฝึกในโรงยิม 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์ หลังจาก 12 สัปดาห์ผ่านไป กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในกลุ่มทดลอง ($5.9 \pm 0.4\%$ to $\pm 6.3 \pm 0.3\%$) ส่วนกลุ่มควบคุม ($5.6 \pm 0.5\%$ to $\pm 6.4 \pm 0.5\%$) (Mendham, Duffield, Marino, & Coutts, 2015) และคล้ายกับการศึกษาของดอว์สและคณะที่ศึกษาในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นระยะเวลา 6 เดือน พบว่าค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือดเปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (Dawes et al., 2015) ตรงข้ามกับการศึกษาของโอโนะที่พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเช้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Ohno, et al., 2015) จากข้อความดังกล่าว ผู้วิจัยสรุปได้ว่าผลโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกที่มีความหนักระดับปานกลาง ด้วยความถี่ 2-5 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลา 2-3 เดือนไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของโอโนะ พบว่ากลุ่มตัวอย่างได้รับคำแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากพยาบาล โดยตั้งเป้าหมายลดน้ำหนัก 3 กิโลกรัมต่อเดือน เดินวันละ 10,000 ก้าว เป็นเวลานาน 6 เดือนค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวรอบเอวและค่าเฉลี่ยน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารเช้าลดลง

จากผลการทดลองพบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน (SBP) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ลดลงต่ำกว่าก่อน



ทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$, $p < 0.001$) กลุ่มควบคุมพบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน (SBP) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) เพิ่มขึ้นเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.16$, $p=0.12$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน (SBP) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) เปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.54$, $p=0.76$) กิจกรรมเดินเร็วที่มีความหนักระดับปานกลาง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน (SBP) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Kelley & Kelley, 2007; Wang, Li, Zhang, Zhou, & Zhang, 2015) แต่ขัดแย้งกับการศึกษาที่พบว่ากิจกรรมเดินเร็วที่มีความหนักระดับปานกลาง ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวบน (SBP) และค่าเฉลี่ยความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) (Murtagh, Boreham, Nevill, Hare, & Murphy, 2005; Tully, Cupples, Chan, McElade, & Young, 2005) โปรแกรมการออกกำลังกายแบบแอโรบิกตามหลัก FITT (ACSM, 2010) ในคนปกติพบว่าเมื่อออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3-5 ครั้ง/สัปดาห์ ที่มีความหนักปานกลางและระยะเวลาในการออกกำลังกายเฉลี่ย 20-50 นาที/ครั้งนาน 8 สัปดาห์ขึ้นไปมีผลต่อระดับความดันโลหิตตัวบน (SBP) และความดันโลหิตตัวล่าง (DBP) ลดลง

ค่าเฉลี่ยประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ออกซิเจนของร่างกายใน 1 นาที ($VO_2 \max$) ของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($p < 0.001$) ส่วนกลุ่มควบคุมเปลี่ยนแปลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.96$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่าค่าเฉลี่ย $VO_2 \max$ แตกต่างกัน

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2 ซึ่งอธิบายได้ว่าการออกกำลังกายประเภทแอโรบิกที่มีการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่อย่างต่อเนื่องในเวลาอย่างน้อย 20 ถึง 30 นาทีต่อครั้งที่มีความหนักเบาระดับปานกลางเช่นการวิ่งเดินเร็วปั่นจักรยานเดินรำเป็นต้น (ACSM, 2001) เพื่อเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจให้มีการนำออกซิเจนไปสู่กล้ามเนื้อต่างๆทั่วร่างกาย และเพิ่มสมรรถภาพของกล้ามเนื้อในการนำออกซิเจนไปใช้ในกระบวนการเผาผลาญให้เกิดเป็นพลังงานได้ (Marsden, 1999) การออกกำลังกายสามารถเพิ่มขีดความสามารถของการใช้ออกซิเจนสูงสุดของร่างกาย ($VO_{2\max}$) ร้อยละ 50 ถึง 70 ของ $VO_{2\max}$ ในระยะเวลา 20 นาที ถึง 60 นาที ความถี่ 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์ จะสามารถช่วยคงสภาพหรือช่วยเพิ่มมวลของกล้ามเนื้อ ส่งผลให้มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่าประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนของกลุ่มวัยผู้ใหญ่ที่เข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับผลการศึกษามากมายของ Guelfi, Dongs, & Duffield, 2013; Wu, Yang, Chen, & Huang, 2014) ที่ศึกษาในกลุ่มวัยกลางคนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการให้ความรู้จากนักกายภาพบำบัดและอธิบายเป้าหมายและการออกกำลังกายที่บ้าน การเฝ้าระวังตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย และออกกำลังกายที่มีความหนักปานกลางอย่างน้อย 5 วัน หรือออกกำลังกายที่มีความหนักมากครั้งละ 30 นาทีนาน 3 วัน หรือออกกำลังกายครั้งละ 10 นาทีสะสมให้ครบ 30 นาที หลังทดลองพบว่าประสิทธิภาพการใช้ออกซิเจนสูงสุดของกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นแต่ขัดแย้งกับการศึกษา



ของเบลลี่ที่ศึกษาในสตรีที่เป็นเบาหวาน อายุเฉลี่ย 53.4 ปี น้ำหนักตัวเฉลี่ย 75 ± 6.1 กิโลกรัมรอบเอวเฉลี่ย 100.8 ± 3.3 เซนติเมตรโดยกำหนดเป้าหมายให้เดินบนพื้นราบ 20–60 นาที/ครั้งในระดับความเร็วที่สามารถทนได้ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง หลังการทดลองพบว่ากลุ่มทดลองเดินออกกำลังกายโดยเฉลี่ย 15.7 ± 0.7 นาที $VO_2\max$ ไม่เปลี่ยนแปลง ($P > 0.05$) (Belli et al., 2011) ผู้วิจัยสรุปได้ว่าการออกกำลังกายที่มีความหนักเบา ระดับปานกลางร้อยละ 50 ถึง 70 ของ $VO_2\max$ นาน 20 นาที ถึง 60 นาที ความถี่ 3 - 5 ครั้งต่อสัปดาห์ สามารถเพิ่ม $VO_2\max$ ส่วนสตรีที่เป็นเบาหวานซึ่งมีน้ำหนักตัวเกินและรอบเอวเฉลี่ยเกิน 100 เซนติเมตร ออกกำลังกายที่มีความหนักเบา ระดับปานกลาง น้อยกว่า 20 นาทีสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ไม่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลง $VO_2\max$

สรุปได้ว่า การศึกษานี้สามารถนำไปใช้ในการจูงใจในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อยู่ในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยให้ออกกำลังกาย ผลของการออกกำลังกายช่วยเพิ่มระดับสมรรถภาพทางกาย และปอด และควบคุมความดันโลหิต สามารถนำไปเป็นแนวทางในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ป้องกันการเกิดโรคเบาหวานในอนาคต

ข้อจำกัด
โปรแกรมนี้ผู้วิจัยไม่สามารถควบคุมระดับความหนักของการออกกำลังกายในแต่ละครั้งได้ เนื่องจากเครื่องนับก้าวสามารถบันทึกได้เพียงจำนวนก้าว การศึกษาครั้งนี้อาสาสมัครไม่ได้บันทึกจำนวนก้าวที่เดินในแต่ละวัน ผู้วิจัยจึงไม่สามารถนำผลมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้โปรแกรมนี้กลุ่มอาสาสมัครกลุ่ม

ทดลองที่เข้าร่วมโครงการมีกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มผู้นำ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาจจะส่งผลต่อแรงจูงใจทำให้อาสาสมัครคนอื่นๆ สนใจอยากเข้าร่วมโครงการด้วย และผู้วิจัยเป็นที่รู้จักในนามบุคลากรด้านสุขภาพอาจจะส่งผลต่อความเกรงใจของกลุ่มอาสาสมัครจึงเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น กลุ่มวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์การออกกำลังกายและการกีฬา มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยในครั้งนี้



เอกสารอ้างอิง

- American College of Sports Medicine.(2010). *ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- American Diabetes Association.(2010). *Diagnosis and Classification of Diabetes*. Diabetes Care, 33(Suppl1)), S62-69.
- Baker, M. K., Simpson, K., Lloyd, B., Bauman, A. E., & Singh, M. A. F. (2011).Behavioral strategies in diabetesprevention programs: A systematic review of randomized controlled trials.*Diabetesresearchand clinical practice*,(91), 1-12.
- Belli, T., Ribeiro, L. F. P., Ackermann, M. A., Baldissera, V., Gobatto, C. A., &Galdino da Silva, R. (2011). Effects of 12-week overground walking training at ventilatory threshold velocity in type 2 diabetic women.*Diabetes Research and Clinical Practice*, 93(3), 337-343.
- Bogardus C, Thuillez P, Ravussin E, Vasquez B, Narimiga M, Aghar S. Effect of muscle glycogen depletion on in vivo insulin action in man. *Journal of Clinical Investigation*. 1983;72(5):1605-10
- Buyukyazi, G., Ulman, C., Taneli, F., Esen, H., Goztulaya, F., Ozcan, I., et al. (2010).The effects of different intensity walking programs on serum blood lipids, high-sensitive C-reactive protein, and lipoprotein-associated phospholipase A2 in premenopausal women. *Science & Sports*, 25(5), 245-252.
- Dawes, D.,Ashe, M.,Campbell, K,Cave, D.,Elley, C.R., Kaczorowski, J.,et al. (2015). Preventing Diabetes In Primary Care: A Feasibility Cluster Randomized Trial. *Canadian Journal of Diabetes*,39(2), 111-116.
- Geiss, L. S., James, C., Gregg, E. W., Albright, A., Williamson, D. F., &Cowie, C. C. (2010).Diabetes Risk Reduction Behaviors Among U.S. Adults with Prediabetes. *American Journal of Preventive Medicine*, 38(4), 403-409.
- International Diabetes Federation.(2011). *Diabetes atlas*. Brussels,Belgium
- Kelley, G. A., & Kelley, K. S. (2007).Effects of aerobic exercise on lipids and lipoproteins in adults with type 2 diabetes: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Public Health*, 121(9), 643-655.
- Lindstrom, J., Ilanne-Parikka, P., Peltonen, M., Aunola, S., Eriksson, J. G., Hemi?, K., et al. (2010). Reducing the risk of type 2 diabetes with nutrition and physical activity- efficacy and implementation of lifestyle interventions in Finland.*Public Health Nutrition*, 13(6(A)), 993-999.



เอกสารอ้างอิง

- Marsden, E. (1999). Adoption and maintenance of a physical activity programmed for People with diabetes In B. Burr & D. Nagi (Eds.), *Exercise and sport in diabetes* (pp. 30-17). Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Mendham, A. E., Duffield, R., Marino, F., & Coutts, A. J. (2015). A 12-week sports-based exercise programme for inactive Indigenous Australian men improved clinical risk factors associated with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Science and Medicine in Sport*, 18(4), 438-443.
- Moura, B. P. d., Marinsa, J. C. B., & Amorima, P. R. S. (2011). Self selected walking speed in overweight adults: Is this intensity enough to promote health benefits? *Apunts Med Esport*, 46, 11-15.
- Murtagh, E. M., Boreham, C. A. G., Nevill, A., Hare, L. G., & Murphy, M. H. (2005). The effects of 60 minutes of brisk walking per week, accumulated in two different patterns, on cardiovascular risk. *Preventive Medicine*, 41(1), 92-97.
- Murtagh, E. M., Nichols, L., Mohammed, M. A., Holder, M., Nevill, A. M., & Murphy, M. H. (2015). The effect of walking on risk factors for cardiovascular disease: An updated systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Preventive Medicine*, 72, 34-43.
- Ohno, Y., Miyazaki, T., Sato, M., Araki, R., Takahashi, S., Takenaka, T., et al. (2015). Lifestyle modifications supported by regional health nurses lowered insulin resistance, oxidative stress and central blood pressure in subjects with metabolic syndrome. *Obesity Research & Clinical Practice*, Article in Press.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Towards a Systematic Eclectic Framework*. Homewood, IL, USA Dow Jones Irwin publisher.
- Prochaska, J., DiClemente, C., & Norcross, J. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol* 47(9), 1102-1114.
- Prochaska, J., Velicer, W., Rossi, J., & al., e. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39-46.
- Ramli, A., Henry, L. J., Liang, Y. F., & Beh, J. Y. (2013). Effects of a Worksite Health Program on the Improvement of Physical Health among Overweight and Obese Civil Servants: A Pilot Study. *The Malaysian Journal of Medical Sciences : MJMS*, 20(5), 54-60.



เอกสารอ้างอิง

- Shenoy, S., Guglani, R., & Sandhu, J. S. (2010). Effectiveness of an aerobic walking program using heart rate monitor and pedometer on the parameters of diabetes control in Asian Indians with type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes*, 4(1), 41-45
- Swartz, A. M., Strath, S. J., David R. Bassett Jr., J. Brian Moore, B. S., Redwine, B. A., Groe, M., et al. (2003). Increasing daily walking improves glucose tolerance in overweight women. *Preventive Medicine*, (37), 356-362.
- T. Howley, E., & Don, F. B. (1997). *Physical fitness; Exercise; Health; Handbooks, manuals, etc.; Testing; Physiological aspects*. Champaign, IL: Human Kinetics
- Tully, M. A., Cupples, M. E., Chan, W. S., McGlade, K., & Young, I. S. (2005). Brisk walking, fitness, and cardiovascular risk: A randomized controlled trial in primary care. *Preventive Medicine*, 41(2), 622-628.
- Wang, D., Li, X.-y., Zhang, L.-n., Zhou, L., & Zhang, K.-j. (2013). Effects of motivational interviewing on lifestyle modification and diabetes prevention in adults with pre-diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice* (Article in press).
- Wu, Y.-T., Hwang, C.-L., Chen, C.-N., & Chuang, L.-M. (2011). Home-based exercise for middle-aged Chinese at diabetic risk: A randomized controlled trial. *Preventive Medicine* (52), 337-343.
- Wu, Y. C., Yang, Y. S., Chen, Y. J., & Huang, C. N. (2014). The Effect Of Structured Self-Monitoring Of Blood Glucose In Insulin-Treated Type 2 Diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 106, Supplement 1, S86-S87.

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพะเยา



ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

Caregiving Skill of Cancer Patients in the End-of-life stage

ชลียา วามะลุน

นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต

สาขาศาสตร์การพัฒนาศาสตร์

คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

รองศาสตราจารย์ นงนิตย์ ชาญเสนา

มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์

ดุษฎีบัณฑิต

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

บทคัดย่อ

การเข้าใจทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสำคัญ เพื่อเป็นข้อมูลพัฒนาโปรแกรมสำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง วัตถุประสงค์การครั้งนี้เพื่อศึกษาทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 30 ราย เลือกแบบเจาะจง ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนตัว และแบบสอบถามทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามกรอบแนวคิด A transactional model of cancer family caregiving skill วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติพรรณนา ผลการศึกษาพบว่าทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวม 9 ด้านอยู่ในระดับน้อย ต้องปรับปรุง ($\bar{X} = 65.7 \pm 0.78$) เมื่อวิเคราะห์รายด้านพบว่าทักษะการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 75.83 \pm 12.63$) ทักษะการเข้าถึงแหล่งสนับสนุน ($\bar{X} = 70.00 \pm 19.64$) อยู่ในระดับพอใช้

ทักษะอยู่ในระดับน้อยต้องปรับปรุงได้แก่ 1) ทักษะการปรับกิจกรรมต่างๆ ตามความเหมาะสม ($\bar{X} = 61.11 \pm 12.05$) 2) ทักษะการตัดสินใจ ($\bar{X} = 61.94 \pm 16.03$) 3) ทักษะการแปลความหมายของอาการ ($\bar{X} = 62.22 \pm 13.08$) 4) ทักษะการให้การดูแล ($\bar{X} = 64.16 \pm 12.78$) 5) ทักษะการร่วมมือกับผู้ป่วย ($\bar{X} = 64.16 \pm 13.03$) 6) ทักษะการปลอบใจ ($\bar{X} = 64.44 \pm 14.33$) และ 7) ทักษะการเฝ้าระวังตรวจสอบอาการ ($\bar{X} = 67.50 \pm 12.25$) ตามลำดับ

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีทักษะที่อยู่ในระดับต่ำมีความจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้เกิดความมั่นใจให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : ผู้ดูแล ทักษะ มะเร็งระยะสุดท้าย



Abstract

It is important to understand the skills of caregivers of the end of life in cancer patients for developing and refining program services for cancer care. The purpose of this study was to study caregiver's skills in the end of life of cancer patients. This study used a cross-sectional and descriptive design. The participants were 30 caregivers of cancer patients' end of life. Purposive selection was performed in Ubonratchathani cancer hospital.

Data were collected with general information questionnaire and the caregiving skill questionnaire based on framework of a transactional model of cancer family caregiving skill. The data were analyzed using descriptive statistics. The results found that overall of caregiver's skills 9 domain were

low level and need to improve ($\bar{x} = 65.7 \pm 0.78$). When analyzed each domain, domain negotiating the health care system's skill ($\bar{x} = 75.83 \pm 12.6$) and accessing resources' skill ($\bar{x} = 70.00 \pm 19.64$) were at satisfaction level. The skills at low level and need to improving were 1) making adjustment skill ($\bar{x} = 61.11 \pm 12.05$), 2) decision making skill ($\bar{x} = 61.94 \pm 16.03$), 3) interpretation skill ($\bar{x} = 62.22 \pm 13.08$), 4) handy on care skill ($\bar{x} = 64.16 \pm 12.78$), 5) working together with the care receiver skill ($\bar{x} = 64.16 \pm 15.03$), 6) taking action skill ($\bar{x} = 64.44 \pm 14.33$), and 7)

monitoring skill ($\bar{x} = 67.50 \pm 12.25$) respectively. Caregivers of the end of life in cancer patients have low level of caregiving skills, the supports are needed from health care team provider to improve their skills to take care cancer patients in the end of life. Thus they will confidence and effectively caring cancer patients.

Keywords : Caregiver Skill, Cancer, End of Life

บทนำ

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก อุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมะเร็งเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของประชากรในประเทศกำลังพัฒนาและอันดับสองของประเทศที่พัฒนาแล้ว (Jemal, Vineis, Bray, Torre, & Forman, 2014) สำหรับประเทศไทย พบว่าอัตราการตายของผู้ป่วยโรคมะเร็งมีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก และเป็นสาเหตุการตายเป็นอันดับหนึ่งของประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 – 2556 (Thiravud Khuhaprema, Pattarawin Attasara, Hutch Srip lung, Surapon Wiangnon, & Suleeporn Sangrajang, 2013) การรักษาและการดูแลแบบประคับประคองจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งและอย่างต่อเนื่องจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวที่กำลังเผชิญหน้ากับความเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นโดยผ่านกระบวนการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการค้นหา ประเมินและ



ให้การจัดการรักษาอาการของผู้ป่วยรวมไปถึงปัญหาด้านอื่นๆ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ป่วยอาจมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 12 เดือน (Earle et al., 2003) การดูแลมีความจำเป็นต้องอาศัยวิธีการดูแลเป็นขั้นตอนที่แตกต่างจากการดูแลรักษาในภาวะปกติธรรมดา (Michiels et al., 2007) ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ที่ท้าทายมากขึ้น จะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้นกว่าเดิมเพราะผู้ป่วยจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง มีอาการทุกข์ทรมานมากขึ้น (Porter, Keefe, Garst, McBride, & Baucom, 2008) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต้องเผชิญกับอาการต่างๆ เช่น ความปวด เหนื่อย อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร หายใจลำบาก เป็นต้น (Dong et al., 2016) อาการที่มารบกวนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (J. Cui et al., 2014) ผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับความเครียดในการจัดการกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเพิ่มมากขึ้น (Rush et al., 2001; Tang et al., 2013) อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมักถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา ทั้งการให้การดูแลผู้ป่วยโดยตรง การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การบริหารจัดการอาการต่างๆ ของผู้ป่วย การให้กำลังใจ ปลอบใจ และการดูแลเกี่ยวกับการรับประจักษ์ตามแผนการรักษา (Williams, Zimmerman, & Williams, 2012) และแนวโน้มปัจจุบันผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่ได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องจากญาติผู้ดูแล (Bee, Barnes, & Luker, 2009)

การดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านส่วนใหญ่แล้วผู้ดูแลจะเป็นสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดามารดา ญาติใกล้ชิด หรืออาจ

เป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ เช่น เพื่อนที่รับภาระเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Jo, Brazil, Lohfeld, & Willison, 2007; Munck, Fridlund, & Mårtensson, 2008; Waldrop, Kramer, Skretny, Milch, & Finn, 2005) สำหรับประเทศไทยเดิมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การดูแลมักจะทำโดย พ่อ แม่ พี่น้อง หรือญาติ เนื่องจากบริบทของไทยเป็นสังคมที่อยู่รวมกันเป็นครอบครัวใหญ่ ทำให้มีการพึ่งพาอาศัยกันเป็นอย่างดี แต่ในปัจจุบันความเจริญก้าวหน้า วิถีชีวิตในสังคมได้เปลี่ยนไปสู่สังคมเดี่ยวมากขึ้น การดำเนินชีวิตมีลักษณะความสัมพัทธ์ทางสังคมเปลี่ยนไป ผู้ดูแลผู้ป่วยอาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่นๆ นอกเหนือจากพ่อ แม่ พี่น้อง หรือญาติ แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงในสังคมไทย แต่ที่สำคัญผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจและมีทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เนื่องจากเป็นการดูแลจัดการอาการผู้ป่วยโดยตรงและต้องตอบสนองต่อความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอย่างแท้จริงซึ่งเป็นบทบาทใหม่ที่นอกเหนือจากงานประจำที่เคยทำและไม่ได้รับการเตรียมตัวมาก่อน (McCune, Grant, & Park, 2012) ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายนั้นนับว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณและผู้ดูแลสามารถเผชิญความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ อีกทั้งผู้ดูแลผู้ป่วยต้องการสนับสนุน ประสานงานและสื่อสารกับทีมผู้ให้บริการบริการด้านสุขภาพ (Given, Given, & Sherwood, 2012)

จากการศึกษาที่ผ่านมาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีประสิทธิภาพและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนในการดูแลอาการผู้ป่วยมะเร็งตามกรอบแนวคิด A transactional model of



cancer family caregivingskill (Schumacher, Beidler, Beeber, & Gambino, 2006) Schumacher และคณะพบว่าหลักการที่สำคัญของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งคือขั้นตอนการดูแลอาการ (caregiving processes) ของผู้ป่วยมะเร็ง โดยที่ผู้ดูแลผู้ป่วยประสานเพื่อประโยชน์ระหว่างผู้ป่วย แหล่งสนับสนุนทรัพยากรในชุมชน และระบบการดูแลสุขภาพเพื่อจัดการอาการของผู้ป่วย โดยประกอบด้วยทักษะ 9 ด้าน คือ 1) การเฝ้าระวังตรวจสอบอาการ (Monitoring) 2) ความสามารถในการแปลผลอาการ (Interpreting) 3) การสรุปผลของอาการและตัดสินใจ (Making decisions) 4) การปฏิบัติการ (Taking action) 5) การปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม (Making adjustments) 6) การให้การดูแล (Providing hands-on care) 7) การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทรัพยากรในชุมชน (Accessing resources) 8) ความร่วมมือ กับผู้ป่วย (Working together with the ill person) และ 9) การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ (Navigating the healthcare system) ทักษะเหล่านี้ตระหนักให้เห็นถึงสมรรถของ ผู้ดูแลผู้ป่วยที่สามารถตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วยมะเร็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Schumacher et al., 2006)

สำหรับประเทศไทยในปัจจุบันยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายค่อนข้างน้อย มีข้อมูลจำกัดในเรื่องนี้ ทำให้องค์ความรู้ที่จะนำมาใช้ในการพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายยังขาดความชัดเจน ดังนั้นจึงมีความสำคัญและจำเป็นต้องมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายเพื่อให้ได้ข้อมูลความจำเป็นทางสุขภาพโดยประโยชน์

ของการศึกษานี้เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิดของ Schumacher (Schumacher et al., 2006)

ระเบียบวิธีการวิจัย

การออกแบบของการศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รับการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี โดยสุ่มเลือกผู้ป่วยจำนวน 30 ราย ตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการศึกษา คือ 1) เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีภาวะก้าวหน้าของโรค ไม่สามารถรักษาหายได้ มีอาการของโรคที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 12 เดือน

2) สามารถติดต่อสื่อสารด้วยวิธีการเขียน พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ดี และ 3) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ โรค



ประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วย

2. แบบสอบถามทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งของ Schumacher (Schumacher et al., 2006) เป็นแบบประเมินตนเองแบบมาตราส่วนประมาณค่าของลิเคิร์ต (Likert Scale) วัดเป็น 5 ระดับ คือ ไม่มี น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด จำนวน 28 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือได้ทดสอบความตรง (Validity) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน วิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence :IOC) ได้ค่า IOC รายข้อเท่ากับ 0.6-1.0 และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.99

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี เอกสารเลขที่ EC 005/2514

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่มารับการรักษา ณ โรงพยาบาลมะเร็งอุบลราชธานี ตั้งแต่เดือนเมษายน ถึงเดือนมิถุนายน 2557

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่และร้อยละ

2. ทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย รายข้อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน คะแนนรายด้านรวมแปลงข้อมูลเป็น 100 เพื่อประเมินระดับ โดยใช้หลักการของ Cox (1994)(Cox DR, 1994) โดยคำนวณ

$$\text{คะแนน} = \frac{(\text{คะแนนรวมเฉลี่ยรายด้าน} - 1)}{(\text{พิสัยของมาตราวัด} (5 - 1 = 4))} \times 100$$

โดยมีเกณฑ์การคะแนนดังนี้

ต่ำกว่า 70 หมายถึง

มีทักษะระดับ

น้อยต้อง

ปรับปรุง

70 - 79.99 หมายถึง

มีทักษะระดับ

พอใช้

80 - 89.99 หมายถึง

มีทักษะระดับดี

90 - 100 หมายถึง

มีทักษะระดับ

ดีมาก

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็น

เพศหญิง อายุระหว่าง 27- 83 ปี ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นมารดาหรือบิดา กลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเวลาที่ให้การดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่า 12 ชั่วโมงดังแสดงในตารางที่ 1



การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.00 และ 23.33 ประกอบอาชีพส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.30 อาชีพทำนา ร้อยละ 26.67 มีรายได้อยู่ในช่วง 1,000-5,000 บาท/เดือน และ 5,000-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 43.34 แหล่งที่มาของรายได้มาจากการทำงานประกอบอาชีพ ร้อยละ 93.33 ภาวะสุขภาพผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 70 พบว่ามีโรคประจำตัวร้อยละ 30 ได้แก่ ความดันโลหิตสูง หอบหืด ไทรอยด์

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (N = 30)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	21	70
ชาย	9	30
2. อายุเฉลี่ย 47.1ปี(SD ± 13.1)		
3. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา หรือ มารดา	11	36.6
บุตร	5	16.6
ภรรยา หรือสามี	6	20
น้องสาว	4	13.3
ญาติ	4	13.3
4. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย		
เคย	13	13.3
ไม่เคย	26	87.7
5. จำนวนชั่วโมงเฉลี่ยต่อวันในการทำหน้าที่		
6 - 8 ชั่วโมง	2	6.6
9 - 12 ชั่วโมง	4	13.3
> 12 ชั่วโมง	24	80

ผลการสำรวจทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

ผลการสำรวจทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายตามกรอบแนวคิด A transactional model of cancer family caregiving skill พบว่า คะแนนเฉลี่ยรวมสูงสุดคือทักษะการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ ($\bar{X}$ = 4.03, SD = 0.50) และ ทักษะการเข้าถึงแหล่งสนับสนุน ($\bar{X}$ = 3.80, SD = 0.78) และทักษะการเฝ้าระวัง ($\bar{X}$ = 3.70, SD = 0.49) ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยรวมต่ำสุดคือทักษะการปรับกิจกรรมต่างๆตามความเหมาะสม ($\bar{X}$ = 3.44, SD = 0.48) รองลงมาคือทักษะการตัดสินใจ ($\bar{X}$ = 3.47, SD = 0.64) ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงทักษะรายข้อของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (N = 30)

ทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	$\bar{x}$	SD
การเฝ้าระวัง (Monitoring)		
1. ท่านสามารถติดตามอาการผิดปกติผู้ป่วยได้	3.83	0.74
2. ท่านทราบข้อมูลรายละเอียดของผู้ป่วยที่ท่านดูแล	3.83	0.79
3. ท่านค้นหาปัญหาความต้องการของผู้ป่วยได้รวดเร็ว ถูกต้อง	3.43	0.81
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.70	0.49
การแปลความหมาย (Interpretation)		
4. ท่านบอกอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้	3.68	0.81
5. ท่านสามารถแยกลักษณะอาการที่ผิดปกติของผู้ป่วยได้	3.43	0.62
6. ท่านเข้าใจอธิบายและสรุปอาการที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้	3.40	0.77
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.48	0.52
การตัดสินใจ (Decision making)		
7. ท่านประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยได้	3.27	0.74
8. ท่านสามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้	3.60	0.77
9. ท่านสามารถตัดสินใจให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ตามลำดับความสำคัญ	3.57	0.93
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.47	0.64
การปฏิบัติการ (Taking action)		
10. ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยได้ในเวลาที่เหมาะสมและเมื่อผู้ป่วยต้องการได้	3.70	0.70
11. ท่านดูแลผู้ป่วยตามรูปแบบกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วย	3.87	0.82
12. ท่านสามารถพัฒนาการดูแลการที่หลากหลายและซับซ้อนของผู้ป่วยได้	3.17	0.95
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.57	0.57
การปรับกิจกรรมต่าง ๆ ให้เหมาะสม (Making adjustment)		
13. ท่านสามารถจัดตั้งองค์การทำการกิจกรรมในการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยได้	3.30	0.75
14. ท่านสามารถหาวิธีการที่หลากหลายมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดผลดี	3.33	0.54
15. ท่านสามารถประเมินผลหลังการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วย	3.70	0.87
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.44	0.48



ตารางที่ 2 แสดงทักษะรายชื่อของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (N = 30) (ต่อ)

ทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	$\bar{x}$	SD
การเข้าถึงแหล่งสนับสนุน (Accessing resources)		
16. ท่านรู้จักแหล่งเครือข่ายสถานบริการสุขภาพในชุมชน	4.17	0.74
17. ท่านสามารถขอความช่วยเหลือในการยืมอุปกรณ์หรือเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นจากสถานบริการสุขภาพ	3.70	0.87
18. ท่านได้รับการติดตามดูแลจากสถานบริการสุขภาพในชุมชน	3.53	1.10
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.80	0.78
การให้การดูแล (Handy on care)		
19. ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนได้อย่างปลอดภัย	3.67	0.57
20. ท่านสามารถดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสะดวกสบาย	3.67	0.71
21. ท่านได้รับเวลาในการดูแลผู้ป่วยตามขั้นตอนอย่างเหมาะสม	3.57	0.77
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.56	0.51
ความร่วมมือกับผู้ป่วย (Working together with the care receiver)		
22. ท่านมีการเรียนรู้ค้นคว้าศึกษาเพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วย	3.53	0.77
23. ท่านวางแผนการดูแลร่วมกันกับผู้ป่วย	3.33	0.84
24. ท่านสามารถปรับตัวและยอมรับในการเป็นผู้ดูแลได้อย่างเหมาะสม	3.63	0.61
25. ท่านสนใจ ค้นคว้าข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลผู้ป่วย	3.77	0.82
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.56	0.61
การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ (Negotiating the health care system)		
26. ผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้รับการดูแลจากระบบสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการ	3.77	0.82
27. ผู้ป่วยที่ท่านดูแลได้รับสิทธิการรักษาและบริการทางการแพทย์	4.40	0.85
28. ท่านสามารถเป็นตัวแทนขอความช่วยเหลือจากสถานบริการสุขภาพได้เมื่อจำเป็น	3.97	0.76
คะแนนรวมเฉลี่ย	4.03	0.50

ผลการวิเคราะห์คะแนนรายด้านรวมโดยแปลงข้อมูลเป็น 100 เพื่อประเมินระดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยรวมอยู่ในระดับน้อยต้องปรับปรุง ($\bar{x} = 65.70, SD = 9.37$) เมื่อวิเคราะห์รายด้าน 9 ด้าน พบว่า 7 ทักษะของผู้ดูแลที่มีระดับน้อยต้องปรับปรุง ได้แก่ ทักษะการปรับกิจกรรมต่างๆตามความเหมาะสม ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการแปลความหมาย ทักษะการดูแล การปฏิบัติการการเฝ้าระวังตรวจสอบอาการ และการร่วมมือกับผู้ป่วย ส่วน 2 ทักษะระดับพอใช้ ได้แก่ การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ และ การเข้าถึงแหล่งสนับสนุน ดังตารางที่ 3



ตารางที่ 3 แสดงทักษะรายด้านของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (N = 30)

ทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	$\bar{x}$	SD	การแปลผล
การเฝ้าระวังตรวจสอบอาการ	67.50	12.25	มีทักษะระดับน้อยต้องปรับปรุง
การแปลความหมายของอาการ	62.22	13.08	มีทักษะระดับน้อยต้องปรับปรุง
การตัดสินใจ	61.94	16.03	มีทักษะระดับน้อยต้องปรับปรุง
การปฏิบัติการ	64.44	14.33	มีทักษะระดับน้อยต้องปรับปรุง
การปรับกิจกรรมต่างๆตามความเหมาะสม	61.11	12.05	มีทักษะระดับน้อยต้องปรับปรุง
การเข้าถึงแหล่งสนับสนุน	70.00	19.64	มีทักษะระดับพอใช้
การให้การดูแล	64.16	12.78	มีทักษะระดับน้อยต้องปรับปรุง
การร่วมมือกับผู้ป่วย	64.16	15.03	มีทักษะระดับน้อยต้องปรับปรุง
การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ	75.83	12.63	มีทักษะระดับพอใช้
ค่าเฉลี่ยรวม	65.70	9.99	

อภิปรายผล

การวิจัยนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาเพื่อศึกษาทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิด A transactional model of cancer family caregiving skill การศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของต่างประเทศโดย Grant และคณะ (Grant et al., 2013) พบว่าร้อยละ 64 ของผู้ดูแลเป็นเพศหญิง เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทยโดย วารุณี มีเจริญ (2013) พบว่าร้อยละ 77.5 ของผู้ดูแลเป็นเพศหญิง (Meecharoen, Sirapo-ngam, Monkong, Oratai, & Northouse, 2013) ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ป่วยเป็นผู้หญิงก็เป็นผู้ดูแลหลักมาโดยตลอดทั้งในประเทศไทย ทั้งนี้ผู้ดูแลในสังคมไทยผู้หญิงจะถูกคาดหวังให้ดูแลคนในครอบครัว เพราะคนไทยเชื่อว่าการดูแลเป็นหน้าที่สำหรับผู้หญิง

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา รองลงมาคือ สามี ภรรยา สอดคล้องกับการศึกษาของ วารุณี มีเจริญ (2013) (Meecharoen et al., 2013) แต่การศึกษาของต่างประเทศพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนใหญ่เป็น สามี ภรรยา (J. Cui et al., 2014; Cui, Song, Zhou, Meng, & Zhao, 2014; Grant et al., 2013) สามารถอภิปรายได้ว่าในสังคมไทยการดูแลบิดา มารดาที่ป่วยเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของบุตร ข้อจำกัดของการวิจัยครั้งนี้คือกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนน้อย แต่การศึกษาของต่างประเทศมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากกว่า ซึ่งทำให้การศึกษามีความแตกต่างกัน

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายส่วนมากไม่มีประสบการณ์ ทำให้เป็นการยากลำบากในการทำบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะต่างๆ โดยเฉพาะระยะสุดท้าย ซึ่งผู้ดูแลมีความต้องการหลายๆ ด้าน ทั้งด้านความรู้ ทักษะ ทักษะคิดในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (J. Cui et al., 2014; J Cui et al., 2014; Grant et al., 2013; Higgins & Prigerson, 2013)



ดังนั้นการให้ความรู้ความเข้าใจ การช่วยเหลือในการดูแลฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแล ตลอดจนสนับสนุนให้คำแนะนำแหล่งช่วยเหลือ และการเข้าถึงบริการต่างๆ เป็นส่วนด้านในการลดภาระและความเครียดของผู้ดูแลได้

ผลการศึกษาทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามกรอบแนวคิด A transactional model of cancer family caregiving skill ของ Schumacher (Schumacher et al., 2006) 9 ด้านนั้น ผลของการวิจัยโดยทางปฏิบัติทั่วไป คะแนนทักษะที่ยอมรับได้พิจารณาที่ร้อยละ 80 (Schumacher, Stewart, Archbold, Dodd, & Dibble, 2000) ผลสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทั้งนี้ระดับของผู้ดูแลอยู่ในระดับน้อยต้องปรับปรุง 7 ด้านเรียงตามลำดับคือ 1) ทักษะการปรับกิจกรรมต่างๆตามความเหมาะสม 2) ทักษะการตัดสินใจ 3) ทักษะการแปลความหมาย 4) ทักษะการดูแล 5) การปฏิบัติการ 6) การเฝ้าระวัง ตรวจสอบอาการ และ 7) การร่วมมือกับผู้ป่วย และ 2 ด้านที่อยู่ในระดับพอใช้ ได้แก่ 1) การเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพ และ 2) การเข้าถึงแหล่งสนับสนุน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Costa-Sequena, Espinosa Val, & Cristofol, 2015; Stajduhar, Funk, & Ortolano, 2013) ทั้งนี้กรอบแนวคิดนี้เน้นเกี่ยวกับทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ประกอบด้วยทักษะหลายด้านเพื่อให้การดูแลอาการของผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจะมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา การจัดการอาการจึงต้องมีทักษะดังกล่าว อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ โดยส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง การศึกษาส่วนใหญ่ประถมศึกษา ทำให้การเข้าถึงความรู้ของการดูแลอาการผู้ป่วยมะเร็งไม่เพียงพอจึงทำให้ไม่เข้าใจอาการของผู้ป่วยมะเร็งที่อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงจากความก้าวหน้าของโรคมะเร็ง หรือการรักษาเพื่อจัดการอาการ ทักษะดังกล่าวจึงอยู่ในระดับที่ต้องปรับปรุง

โดยสรุปทักษะผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อตระหนักถึงความสำคัญของผู้ดูแลจะต้องได้รับการช่วยเหลือ และเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายกับผู้ป่วยและทีมสหสาขาวิชาชีพ เป้าหมายของการดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานใจและดูแลอาการรบกวนต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การดูแลจึงต้องมีความรู้ ทักษะ ทักษะที่ดีต่อการดูแล ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี มีคุณภาพ ผู้ป่วยมะเร็งได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ทุเลาบรรเทาของ ผู้ดูแลจะเปลี่ยนไปตามความต้องการของผู้ป่วยที่อยู่ ระหว่างและหลังการรักษา ระยะสุดท้ายเป็นช่วงเวลา ที่ผู้ดูแลต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดเวลา ผู้ดูแลต้องการทราบถึงกระบวนการดำเนินของโรคตามระยะ การเปลี่ยนแปลงอาการและอาการแสดงออกของโรค การรักษา และผลข้างเคียงส่งผลต่อผู้ดูแลในการเรียนรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ รวมทั้งการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ดูแล

ดังนั้นบทบาทของผู้ดูแลนอกเหนือจากการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ ผู้ป่วยแล้วยังต้องดูแลให้ครบทั้งด้านสังคม และจิตวิญญาณร่วมด้วยเพื่อให้การดูแลตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยครบองค์รวมผู้ดูแลทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในด้านต่างๆ เช่น การติดต่อประสานงาน การค้นหาข้อมูลการบริหารจัดการการเงิน การตัดสินใจ เป็นต้น ผู้ดูแลจึงต้องได้รับการช่วยเหลือดูแลจากทีมสหสาขาวิชาชีพในการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้เกิดความมั่นใจ ลดความเครียดวิตกกังวลและให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ



เอกสารอ้างอิง

- Bee, P. E., Barnes, P., & Luker, K. A. (2009). A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. *Journal of clinical nursing, 18*(10), 1379-1393.
- Costa-Requena, G., Espinosa Val, M. C., & Cristofol, R. (2015). Caregiver burden in end-of-life care: advanced cancer and final stage of dementia. *Palliat Support Care, 13*(3), 583-589. doi: 10.1017/S1478951513001259
- Cox DR, W. N. (1994). Tests of linearity, multivariate normality and the adequacy of linear scores *Applied Statistics*.
- Cui, J., Fang, F., Shen, F., Song, L., Zhou, L., Ma, X., & Zhao, J. (2014). Quality of life in patients with advanced cancer at the end of life as measured by the McGill quality of life questionnaire: a survey in China. *J Pain Symptom Manage, 48*(5), 895-902. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.02.016
- Cui, J., Song, L., Zhou, L., Meng, H., & Zhao, J. (2014). Needs of family caregivers of advanced cancer patients: a survey in Shanghai of China. *European journal of cancer care, 23*(4), 562-569.
- Dong, S. T., Costa, D. S., Butow, P. N., Lovell, M. R., Agar, M., Velikova, G., . . . Fayers, P. M. (2016). Symptom Clusters in Advanced Cancer Patients: An Empirical Comparison of Statistical Methods and the Impact on Quality of Life. *J Pain Symptom Manage, 51*(1), 88-98. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.07.013
- Earle, C. C., Park, E. R., Lai, B., Weeks, J. C., Ryanian, J. Z., & Block, S. (2003). Identifying potential indicators of the quality of end-of-life cancer care from administrative data. *Journal of Clinical Oncology, 21*(6), 1133-1138.
- Given, B. A., Given, C. W., & Sherwood, P. R. (2012). Family and caregiver needs over the course of the cancer trajectory. *The journal of supportive oncology, 10*(2), 57-64.
- Grant, M., Sun, V., Funami, R., Sidhu, R., Otis-Green, S., Juarez, G., . . . Ferrell, B. (2013). *Family caregiver burden, skills preparedness, and quality of life in non-small-cell lung cancer*. Paper presented at the Oncol Nurs Forum.
- Higgins, C. C., & Prigerson, H. G. (2013). Caregiver evaluation of the quality of end-of-life care (CEQUEL) scale: the caregiver's perception of patient care near death. *PLoS One, 8*(6), e66066. doi: 10.1371/journal.pone.0066066
- Jemal, A., Vineis, P., Bray, F., Torre, L. A., & Forman, D. (2014). *The Cancer Atlas*. USA.
- Jo, S., Brazil, K., Lohfeld, L., & Willison, K. (2007). Caregiving at the end of life: perspectives from spousal caregivers and care recipients. *Palliat Support Care, 5*(01), 11-17.
- McGuire, D. B., Grant, M., & Park, J. (2012). Palliative care and end of life: the caregiver. *Nurs Outlook, 60*(6), 351-356 e320. doi: 10.1016/j.outlook.2012.08.003



เอกสารอ้างอิง

- Meecharoen, W., Sirapo-ngam, Y., Monkong, S., Oratai, P., & Northouse, L. L. (2013). Factors Influencing Quality of Life among Family Caregivers of Patients with Advanced Cancer: A Causal Model. *301 Editorial: Participatory action research: some strategies for publication of findings*, 304.
- Michiels, E., Deschepper, R., Van Der Kelen, G., Bernheim, J. L., Mortier, F., Vander Stichele, P., & Deliens, L. (2007). The role of general practitioners in continuity of care at the end of life: a qualitative study of terminally ill patients and their next of kin. *Palliat Med*, 21(5), 409-415.
- Munck, B., Fridlund, B., & Mårtensson, J. (2008). Next-of-kin caregivers in palliative home care—from control to loss of control. *Journal of advanced nursing*, 64(6), 578-586.
- Porter, L. S., Keefe, F. J., Garst, J., McBride, C. M., & Baucom, D. (2008). Self-efficacy for managing pain, symptoms, and function in patients with lung cancer and their informal caregivers: associations with symptoms and distress. *Pain*, 137(2), 306-315.
- Rushton, C. H. (2001). Caregiver suffering is a dimension of end-of-life care. *Am Nurse*, 33(6), 9, 23.
- Schumacher, K. L., Beidler, S. M., Beeber, A. S., & Gambino, P. (2006). A transactional model of cancer family caregiving skill. *Advances in Nursing Science*, 29(3), 271-286.
- Schumacher, K. L., Stewart, B. J., Archbold, P. G., Dodd, M. J., & Dibble, S. L. (2000). Family caregiving skill: development of the concept. *Research in nursing & health*, 23(3), 191-203.
- Stajduhar, K. I., Funk, L., & Outcalt, L. (2013). Family caregiver learning—how family caregivers learn to provide care at the end of life: a qualitative secondary analysis of four datasets. *Palliat Med*, 27(7), 657-664. doi: 10.1177/0269216313487765
- Tang, S. T., Huang, G. N., Wei, Y. C., Chang, W. C., Chen, J. S., & Chou, W. C. (2013). Trajectories of caregiver depressive symptoms while providing end-of-life care. *Psychooncology*, 22(12), 2702-2710. doi: 10.1002/pon.3334
- Thiravud Khuhaprema, Pattarawin Attasara, Hutcha Sriplung, Surapon Wiangnon, & Suleeporn Sangrajang. (2013). *Cancer in Thailand* Bangkok, Thailand: National Cancer Institute.
- Waldrop, D. P., Kramer, B. J., Skretny, J. A., Milch, R. A., & Finn, W. (2005). Final transitions: Family caregiving at the end of life. *J Palliat Med*, 8(3), 623-638.
- Williams, S. W., Zimmerman, S., & Williams, C. S. (2012). Family caregiver involvement for long-term care residents at the end of life. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 67(5), 595-604. doi: 10.1093/geronb/gbs065



ผลของสารน้ำสกัดรางจืดต่อระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส ในเลือดของเกษตรกรที่เคยสัมผัสสารพิษกำจัดศัตรูพืช ในจังหวัดสุรินทร์

Randomized controlled trial the effect of Rang Jued Herbs extract
water (Thunbergialourifolia Linn.) on blood cholinesterase
in farmers previously exposed to pest – controlled toxic
substances in Chang wat Surin.

ภัทรธร จรรย์าเลิศคุณ

นิสิตสาธิตการสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รองศาสตราจารย์ ดร.ปราโมทย์ ทองกระจ่าย

คณาจารย์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

นายแพทย์สอาด วีระเจริญ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

บทคัดย่อ

การใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรนำไปสู่การเกิดโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืช และทำให้ระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสลดลงอยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Randomized controlled trial) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้สารน้ำสกัดรางจืดต่อระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในกระแสเลือดของเกษตรกร ตำบลศรีสุข อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย เกษตรกรที่ตรวจคัดกรองสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเลือดอยู่ในระดับที่ไม่ปลอดภัย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 34 คน กลุ่มควบคุม 34 คน ใช้เครื่องมือสัมภาษณ์ 3 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ ส่วนที่ 3 ผลการตรวจร่างกายและโลหิต โดยให้กลุ่มทดลองดื่มสารน้ำสกัดรางจืด วันละ ๖ กรัม ทุกวัน นาน 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมดื่มยาหลอก (น้ำอุ่น) ทุกวัน นาน 4 สัปดาห์ เาะเลือดทั้งสองกลุ่มก่อนการ

ทดลองในสัปดาห์ที่ 1 และเจาะเลือดอีกหลังกลุ่มทดลองดื่มสารน้ำสกัดรางจืด และกลุ่มควบคุมดื่มยาหลอกในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 แล้วส่งซีรัมไปตรวจหา cholinesterase ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ดำเนินการทดลองระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนมิถุนายน 2557 ผลการวิจัยพบว่าก่อนการทดลอง การให้ดื่มสารน้ำสกัดรางจืด ระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มทดลอง (ดื่มสารน้ำสกัดรางจืด) และกลุ่มควบคุม (ดื่มยาหลอก น้ำอุ่น) นั้นไม่แตกต่างกัน มีค่าเท่ากับ (mean $3556.97 \pm S.D. 399.17$ and mean $3533.79 \pm S.D. 376.03$) ตามลำดับหลังการทดลอง สัปดาห์ที่ 3 และ 4 ระดับโคลีนเอสเตอเรสของกลุ่มทดลองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.01$) จาก 3556.97 เป็น 8857.29 ในสัปดาห์ที่ 3 และ 9514.64 ในสัปดาห์ที่ 4 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดไม่แตกต่างกัน (ค่าเฉลี่ยจาก 3533.79 เป็น 3697.47 ในสัปดาห์ที่ 3 และ 3991.58 ในสัปดาห์ที่ 4



คำสำคัญ : เอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส, น้ำสกัดรางจืด, เกษตรกร

Abstract

Currently, the widely uses of chemical Pesticides lead to various types disease among farmers. This caused the decrease in Cholinesterase to dangerous levels, This study is a Quasi experimental Research design. The purpose is to Investigate the effects of the water extract *Thumbergia laurifolia* Lindl. (Rang-jued) on Cholinesterase enzyme in blood of farmers in Srisuk Subdistric, Srinarong District, Surin Province. A number of 68 farmers with unsafe levels of blood chemical toxicity was recruited. They were randomly divided into two groups, the experimented and control groups of 34 each. The experimental group was asked to drink Rang-jued water extract (6gm/250 ml every) for four weeks. The control group was drinking 250 ml of warm water similarly prepared. Blood samples were drawn intravenously at week 1 before treatment and week 3 and 4 after treatment. Serum were collected. The results showed that before drinking rang Jued water extract, The cholinesterase in experimental and control groups were similar (mean 3556.97 $\pm$ S.D. 399.17 and mean 3533.70 $\pm$ S.D. 376.03) After drinking rang-jued, the cholinesterase levels in experimental group increased significantly from 3556.97 to 8857.29 in week 3 and 9514.64 in week 4 in addition, the levels of cholinesterase in experimental and control groups were significantly different after

drinking rang-jurd water extract. It could be concluded that drinking a water-based rang-jurd extract would raise blood cholinesterase levels of farmers ever exposed to pest-controlled toxic substances.

Keywords : Cholinesterase enzymes, Rang-jued herbs extract water, Farmers

บทนำ

ประเทศไทยมีจำนวนประชากร 65.5 ล้านคน ประชากรส่วนใหญ่ในประเทศประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม 25.3 ล้านคน ร้อยละ 38.62% ภาคอุตสาหกรรม 12.15 ร้อยละ 18.54 และภาคบริการ 8.85 ล้านคน ร้อยละ 13.51% จากข้อมูลการวิจัยพบว่าอาชีพภาคเกษตรกรรมมีปริมาณมากเมื่อเปรียบเทียบกับอาชีพในภาคอื่น ๆ อาชีพทางภาคเกษตรกรรมส่วนใหญ่ได้แก่ การเพาะปลูกข้าว พืชผลไม้ ดอกไม้ต่าง ๆ เป็นต้น ปัจจุบันสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชได้เข้ามามีบทบาทอย่างยิ่งในการรักษาและเพิ่มผลผลิตทางเกษตรกรรม เนื่องจากประเทศไทยอยู่ในระหว่างการพัฒนาในทุกๆ ด้าน ทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และความมั่นคงทางการเมือง ด้วยเหตุนี้เกษตรกรของประเทศจึงมีความจำเป็นต้องแสวงหาวิธีการที่จะทำให้ผลผลิตทางการเกษตรสูงขึ้นทุกวิถีทาง สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชจึงถูกเกษตรกรนำมาใช้โดยไม่จำกัดขอบเขตทั้งในรูปของปริมาณการใช้ การซื้อหาที่ทำได้อย่างเสรี การนำสารเคมีป้องกันและกำจัดแมลงศัตรูพืชมาใช้นั้น หากมีการใช้อย่างไม่ถูกต้องแล้วจะก่อให้เกิดโทษต่อผู้ใช้ผู้บริโภคและสิ่งแวดล้อมต่างๆ โดยพบว่ามีผู้ป่วยที่เกิดจากการแพ้พิษสารเคมีป้องกันและกำจัดแมลงศัตรูพืช โดยเฉพาะเกษตรกรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จากรายงานการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อมของสำนักโรคบาตวิทยา ปี พ.ศ. 2546 – 2552 พบว่ามีผู้ป่วยด้วยโรคพิษสารกำจัดศัตรูพืชจำนวน 2,571 ราย คิดเป็นอัตราป่วยร้อยละ 4.11



ต่อประชากรแสนคน จำแนกเป็นเพศชาย 1,506 ราย เพศหญิง 1,065 ราย ในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด มีผู้เสียชีวิต 11 ราย คิดเป็นอัตราตาย 0.02 ต่อประชากรแสนคนและอัตราป่วยตายร้อยละ 0.4 (สงกรานต์ จันทระ, 2550)

จังหวัดสุรินทร์เป็นจังหวัดหนึ่งที่มีเกษตรกรใช้สารเคมีในการกำจัดแมลงและศัตรูพืชเป็นจำนวนมาก ในปี 2555 จากการสำรวจข้อมูลจากสำนักงานเกษตรจังหวัดสุรินทร์ได้สำรวจพบว่า ปริมาณสารเคมีที่จำหน่ายในจังหวัดสุรินทร์มีไม่ต่ำกว่า 10,000 ลิตรต่อปี มีจำนวนชนิดมากกว่า 10 ชนิด สารเคมีที่ใช้สูงที่สุดคือ จำพวกออร์แกนอโฟสเฟอรัสและคาร์บาเมต และข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ ปี 2554 พบผู้ป่วยโรคพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชมีอัตราป่วย 4 ต่อประชากรแสนคน และผลการเจาะเลือดตรวจระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสพบว่า มีอัตราความเสี่ยงและไม่ปลอดภัยร้อยละ 16.14 และ 6.47 ตามลำดับ (สงกรานต์ จันทระ, 2550)

ตำบลศรีสุข อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ มีเนื้อที่ 106.8 ตารางกิโลเมตร ภูมิประเทศเป็นลูกคลื่นลอนตื้น มีสภาพดินเป็นดินร่วนปนทราย พื้นที่ทำการเกษตรทั้งหมด 34,938 ไร่ เป็นที่นา 27,938 ไร่ และพืชสวนยางพารา ใช้เพื่อประกอบอาชีพเลี้ยงสัตว์เป็นหลัก ได้แก่ การเพาะปลูกข้าว ข้าวโพด อ้อย ยางพารา มันสำปะหลัง และสวนใหญ่กว่าครึ่งของจำนวนหมู่บ้านทั้งหมดใช้พื้นที่ทำการเกษตรโดยการปลูกผักต่าง ๆ จำนวน 6,720 ไร่ เนื่องจากมีลำห้วยทับทันไหลผ่านหมู่บ้านหลายหมู่บ้าน ได้แก่ บ้านศรีสุข บ้านอ้อม บ้านโนน บ้านหนองเรือ เกษตรกรจะปลูกผักในพื้นที่นาของตนเองหรือในบริเวณที่มีแหล่งน้ำไหลผ่าน เกษตรกรส่วนใหญ่จึงมีรายได้จากการปลูกผักจำหน่ายโดยส่งตลาด รถมอเตอร์ไซด์ หรือเพื่อนบ้านใกล้เคียง วิถีชีวิตของเกษตรกรตำบลศรีสุขมีการเปลี่ยนแปลงแตกต่างจากอดีตมาก เนื่องจากความเจริญทางเทคโนโลยี เช่น การใช้เครื่องจักรและเครื่องทุ่นแรงแทนการใช้กำลังคน การคมนาคมที่สะดวกขึ้น

ทำให้เกษตรกรใช้จักรยานยนต์และรถยนต์แทนการเดิน เช่นเดียวกับการทำเกษตรกรรมมีการใช้สารเคมีมาเพิ่มผลผลิตทางการเกษตรกันอย่างกว้างขวาง ส่วนใหญ่ใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทั้งปริมาณและความถี่แทนวิถีชีวิตเกษตรอินทรีย์ (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข), 2556 จากการรณรงค์ตรวจคัดกรองสารเคมีในเลือดให้กับเกษตรกรที่ปลูกผักในตำบลศรีสุข ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุข อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ในปี 2556 พบมีเกษตรกรที่ใช้สารเคมีในการทำเกษตรจำนวนทั้งสิ้น 854 คน เป็นเกษตรกรที่ปลูกผักจำนวน 138 คน ร้อยละ 7.44 พบว่ามีระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในระดับปกติ 21 คน ร้อยละ 15.21 ระดับปลอดภัย 29 คน ร้อยละ 21.01 ระดับเสี่ยง 54 คน ร้อยละ 39.13 และระดับไม่ปลอดภัย 34 คน ร้อยละ 24.63 จะเห็นว่าจำนวนผู้ที่ตรวจพบระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับที่เสี่ยงจนถึงไม่ปลอดภัยมีจำนวน 88 คน ร้อยละ 63.76 ของเกษตรกรปลูกผักที่ใช้สารเคมีในการกำจัดศัตรูพืช จากข้อมูลการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรในตำบลศรีสุข พบว่าสารเคมีที่เกษตรกรใช้มากที่สุดคือ สารฆ่าแมลง (Insecticide) กลุ่ม Organophosphate ร้อยละ 51.10 รองลงมาคือ กลุ่มสารกำจัดวัชพืช (Herbicide) ร้อยละ 18.47 และกลุ่มสารฆ่าแมลงกลุ่ม (Carbamate) ร้อยละ 13.75 ตามลำดับ พบอาการแพ้พิษจากสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชมากที่สุดคือ มีผื่นคันตามผิวหนัง ร้อยละ 46.66 รองลงมาคือ มีอาการเหนื่อยง่าย ร้อยละ 43.33 นอกจากนี้ยังพบอาการใจสั่น แน่นหน้าอกหายใจไม่อึด ไอเรื้อรัง เจ็บหน้าอก เพลีย ขาอ่อนแรง ซึ่งอาการดังกล่าวเกิดขึ้นภายหลังการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช นอกจากนี้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชยังมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมในระยะยาวอีกด้วย เกษตรกรรู้ว่าสารเคมีนี้อันตรายต่อสุขภาพแต่ไม่ทราบถึงวิธีการหรือหลักการปฏิบัติตน



ให้ปลอดภัย จึงทำการเกษตรแบบเสี่ยงต่ออันตราย จนเกิดความเคยชินโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ร่างกายจึงได้รับพิษจากสารเคมีสะสมไปทีละน้อยและในอนาคต อาจจะออกฤทธิ์ให้เห็นถึงอันตรายขั้นรุนแรงที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ทันทั่วทั้งที่ ประกอบกับ เกษตรกรส่วนใหญ่ในตำบลศรีสุขปลูกพืชผักของตนเอง ติดกับบริเวณที่มีแหล่งน้ำลำห้วยทับทันไหลผ่าน เพราะความได้เปรียบในเรื่องของการมีพื้นที่ทำ การเกษตรอยู่ใกล้แหล่งต้นน้ำที่อุดมสมบูรณ์ ดังนั้น หากการปฏิบัติตัวและพฤติกรรมการใช้สารเคมี ไม่ถูกต้อง อาจมีผลกระทบต่อผู้บริโภคในแหล่งน้ำ เดียวกันด้วย (อารักษ์ ดำรงสัตย์ และคณะ, 2553)

ดังนั้นเมื่อร่างกายมีการสัมผัสและรับพิษจาก สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชจึงมีความจำเป็นที่ ต้องสลายพิษของสารเคมีออกจากร่างกาย ปัจจุบันมี การนำสมุนไพรมาใช้ในการสลายพิษจากสารเคมี ซึ่งสมุนไพรที่มีสรรพคุณในการลดพิษหรือลดการสะสม สารพิษตกค้างในร่างกายที่น่าสนใจมีอยู่หลายตัว ส่วนใหญ่เป็นสมุนไพรที่มีรสจืด จากการสำรวจข้อมูล หมอพื้นบ้านในเขตตำบลศรีสุข อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ หลายท่านมีประสบการณ์ในการใช้ สมุนไพรในการรักษาผู้ที่แพ้พิษ หรือมีอาการป่วยจาก การใช้ยาฆ่าแมลงและสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืช การขยายผลจากข้อมูลที่ได้มาประกอบอาหาร รวมทั้งการ หายใจที่ถูกต้องมลพิษทางอากาศในวิถีชีวิตประจำวัน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาค้นคว้าสมุนไพรรางจืด เพื่อเป็น ทางเลือกการสลายพิษสารเคมีในเลือดของเกษตรกร ลดอาการเจ็บป่วย, หมอมนไม้ Monmai (2556) จากการ ค้นคว้าเอกสารอ้างอิงต่างๆ พบว่า ระดับเอนไซม์โคลีน เอสเตอเรสในกระแสเลือดจะอยู่ในระดับปกติ มีปริมาณเอนไซม์เท่ากับหรือมากกว่า 100.00 ยูนิ ตต่อมิลลิลิตร แต่เมื่อร่างกายได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

เข้าสู่ร่างกายจะส่งผลในการลดระดับเอนไซม์โคลีน เอสเตอเรส นั้นหมายถึงถ้าได้รับสารเคมีกำจัด ศัตรูพืชติดต่อกันทั้งในด้านระยะเวลาที่ยาวนานและ ในด้านปริมาณที่มากก็จะส่งผลทำให้ระดับเอนไซม์ โคลีนเอสเตอเรสลดลงและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เกษตรกรและในปัจจุบันมีการนำสารน้ำสกัดมาใช้ใน การแก้พิษต่างๆ มากมาย และสมุนไพรที่มีหลักฐาน การวิจัยที่ใช้ในการล้างพิษจากสารเคมีหรือยาฆ่าแมลง ได้ผลก็คือ “สารน้ำสกัดรางจืด” (กิตติพล เสนาพรหม และคณะ, 2554) การศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อต้องการ ทราบว่าสารสกัดน้ำรางจืดจะขึ้นปรับระดับเอนไซม์ โคลีนเอสเตอเรส (cholinesterase) ในกระแสเลือด จากระดับไม่ปลอดภัยไปสู่ระดับปลอดภัยได้หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการใช้สารน้ำสกัดสมุนไพร รางจืดต่อระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในกระแสเลือด ของเกษตรกร

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบระดับเอนไซม์ โคลีนเอสเตอเรสในกระแสเลือดของเกษตรกร ก่อน และหลังการใช้สารน้ำสกัดสมุนไพรรางจืด

2.2 เพื่อเปรียบเทียบระดับเอนไซม์ โคลีนเอสเตอเรสในกระแสเลือดของเกษตรกร ก่อน และหลังการใช้ยาหลอก (Placebo)

2.3 เพื่อเปรียบเทียบระดับเอนไซม์ โคลีนเอสเตอเรสในกระแสเลือดก่อนและหลังการ ทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเพื่อ ศึกษาผลของสารน้ำสกัดสมุนไพรรางจืดต่อระดับ เอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรที่เคย สัมผัสสารพิษกำจัดศัตรูพืชในจังหวัดสุรินทร์



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ เกษตรกรในเขตพื้นที่ ตำบลศรีสุข อำเภอสรรค์ จังหวัดสุรินทร์ที่ตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากสารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืช พบว่ามีภาวะเสี่ยง และไม่ปลอดภัยที่มีความสนใจ ในการเข้าร่วมโครงการ จำนวน 68 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลสุขภาพ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 2 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลเกี่ยวกับการใช้สารเคมี การบริโภคผักและยารักษาโรค ลักษณะทั่วไปของประชากร ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ รูปแบบทำการเกษตร ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสารเคมี ได้แก่ ชนิดของสารเคมีที่จะใช้ ข้อมูลการบริโภคผักและยารักษาโรค ได้แก่ แหล่งผักที่นำมาบริโภค การรับประทานผักที่ไม่ทราบแหล่งผลิต ในระยะเวลา 7 วัน และการรับประทานยาภายในระยะเวลา 7 วัน ตอนที่ 2 ข้อมูลสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลการป่วยเป็นข้อมูลพฤติกรรม ข้อมูลการตรวจร่างกาย ผลการตรวจคัดกรองเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสด้วยกระดาษ Reactive paper

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองในการทำวิจัยครั้งนี้ ใช้เครื่องมือในการทดลองตรวจวัดระดับโคลีนเอสเตอเรส 2 ขั้นตอน

1. ขั้นตอนการคัดกรอง ใช้เครื่องมือคัดกรองระดับโคลีนเอสเตอเรส ด้วย Reactive paper ชุดทดสอบสีที่ผลิตโดยกองอาหารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขสำหรับตรวจหาปริมาณเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส ซึ่งเป็นดัชนีชี้บ่งระดับสารเคมีในเลือดจำพวกออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมตบางตัว โดยเจาะเลือดกลุ่มตัวอย่างที่ปลายนิ้วใส่ใน microhaematocrit tube แล้วปั่นด้วยเครื่องปั่น haematocrit นำส่วนที่เป็นพลาสมา

มาหยดในกระดาษ Reactive paper ที่ไว้นาน 7 นาที แล้วอ่านผลโดยดูการเปลี่ยนแปลงของสีของกระดาษทดสอบที่เปลี่ยนไป ซึ่งแปลค่าได้ 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 กระดาษยังคงมีสีเหลืองเช่นเดิม แสดงว่าปกติหรือไม่แพ้พิษสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ระดับที่ 2 กระดาษเปลี่ยนจากสีเหลืองเป็นสีน้ำตาล แสดงว่าปลอดภัย แต่ยังมีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างอยู่บ้าง

ระดับที่ 3 กระดาษเปลี่ยนจากสีเหลืองเป็นสีเขียว แสดงว่ามีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มในการเกิดพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช

ระดับที่ 4 กระดาษเปลี่ยนจากสีเหลืองเป็นสีเขียวเข้ม แสดงว่าไม่ปลอดภัย หรือมีแนวโน้มในการเกิดพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชสูง

ในการวิจัยครั้งนี้กำหนดให้ผลการตรวจเลือดระดับที่ 3 และ 4 เป็นระดับอันตราย

8. ขั้นตอนการทดลอง ใช้เครื่องมือตรวจหาปริมาณเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสจากการตรวจวัดระดับการทำงานของเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในน้ำเลือด ด้วยวิธีที่เรียกว่าบิวทิลทิลโคลีนเอสเตอเรส โดยการนำตัวอย่างเลือดของเกษตรกรไปวิเคราะห์ในห้องปฏิบัติการ การเก็บตัวอย่างเลือดกลุ่มตัวอย่างแต่ละคนจะถูกเก็บเลือด 1 หลอด ปริมาณ 3 มิลลิลิตร ใส่ในหลอดแก้ว เก็บในอุณหภูมิ 2-8 องศาเซลเซียส ส่งตรวจที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ นนทบุรี กรุงเทพฯ เมื่อเลือดแข็งตัว (Clot blood) จึงนำซีรัมไปตรวจหาระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส ในการตรวจประกอบด้วยสารเคมีและวิธีการดังนี้

- ใช้สารเคมีที่ใช้ในการตรวจวิเคราะห์เพื่อหาปริมาณสารกำจัดศัตรูพืชกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตและคาร์บาเมต ได้แก่ normal serum control, abnormal serum control, distilled water, deionized water และ cholinesterase reagent

- ใช้วิธีตรวจวิเคราะห์หาระดับ cholinesterase activity ใน serum ของเกษตรกร ประกอบด้วยวิธี spectrophotometry โดยการให้



เอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส hydrolyse สาร acetylthiocholine ให้เป็น thiocholine ซึ่งจะทำปฏิกิริยากับ dithiobisnitrobenzoate เกิดเป็น 5-thio-2-nitrobenzoic acid ซึ่งมีสีเหลือง จากนั้นวัดการดูดกลืนแสงที่เปลี่ยนไปทุก 30 นาทีเป็นเวลา 2 นาทีที่ความยาวคลื่น 405 nm อัตราการเปลี่ยนแปลงของค่าการดูดกลืนแสงจะเป็นสัดส่วนโดยตรงกับค่า cholinesterase activity

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐานทางสถิติในการวิจัยครั้งนี้ วิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ซึ่งผู้วิจัยกำหนดระดับความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ประกอบด้วย

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป หลังจากรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของข้อมูล ตรวจสอบให้คะแนนและลงรหัสข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับคุณลักษณะของประชากร โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ เปรียบเทียบคุณลักษณะของประชากรกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ One simple t - test และ paired t - test

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาและเชิงอนุมาน วิเคราะห์โดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การเปรียบเทียบจำนวนที่มีการตรวจสอบสารเคมีในเลือดระดับอันตรายในแต่ละกลุ่ม วิเคราะห์โดยใช้สถิติ One simple t - test

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผลด้วยสถิติ One simple t - test และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยปริมาณเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ paired t - test ตามลำดับ

4. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยเลือกตัวแปรอิสระเฉพาะที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากที่สุด เพื่อศึกษาว่าตัวแปรใดมีผลต่อระดับโคลีนเอสเตอเรส โดยใช้สถิติ Multiple Regression ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง : PH 013/2558

ผลการวิจัย

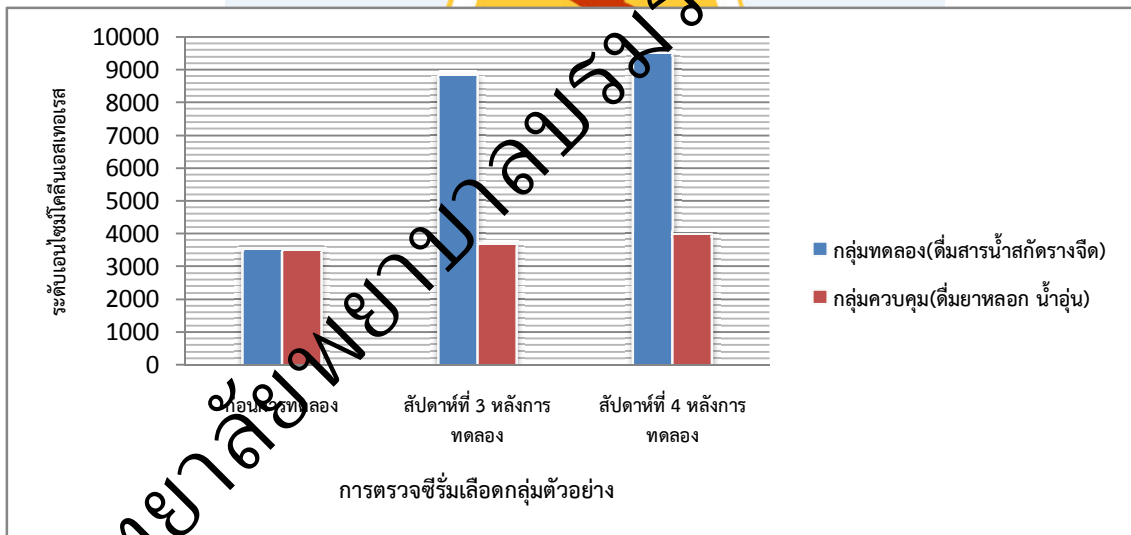
ผลการเปรียบเทียบระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสก่อนและหลังการทดลองปรากฏว่า

1. ระดับโคลีนเอสเตอเรสก่อนการทดลองได้รับสารน้ำตาลกลูโคสในปริมาณที่เพียงพอ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส 3,556.97 U/L กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส 3,533.79 U/L หลังจากได้รับสารสกัดสมุนไพรรางจืดในสัปดาห์ที่ 3 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส 8,857.29 U/L (สูงขึ้น 149.01%) กลุ่มควบคุมค่าเฉลี่ยของระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส 3,697.47 U/L (สูงขึ้นเพียง 4.63%) ในสัปดาห์ที่ 4 หลังจากได้รับสารสกัดสมุนไพรรางจืด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส 9,514.64 U/L (สูงขึ้น 167.49%) กลุ่มควบคุม ค่าเฉลี่ยของระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส 3,991.58 U/L (สูงขึ้นเพียง 12.95%) โดยค่าปกติมาตรฐานเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสของกรมวิทยาศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ในบุคคลปกติอยู่ที่ 4,260 – 12,920 U/L (ใช้หลักการ Colorimetric ตรวจสอบด้วยเครื่อง Cobas C 501 ผลิตโดยบริษัท Roche)



2. ก่อนการทดลองได้รับสารสกัดสมุนไพรรางจืดเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าใกล้เคียงกันคือ (3,556.97 U/L และ 3,573.79 U/L) ในสัปดาห์ที่ 3 หลังจากได้รับสารสกัดสมุนไพรรางจืด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสสูงขึ้น (8,857.29 U/L) แสดงว่าสารสกัดสมุนไพรรางจืดสามารถช่วยให้ระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสเพิ่มขึ้นได้ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน แต่มีค่าเฉลี่ยสูงมากกว่าก่อนได้รับสารสกัดสมุนไพรรางจืด ในสัปดาห์ที่ 4 หลังจากได้รับสารสกัดสมุนไพรรางจืดกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส (9514.64 U/L) อยู่ในเกณฑ์ปกติและค่าเฉลี่ยเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสสูงกว่าก่อนได้รับสารสกัดสมุนไพรรางจืด (167.49%) ซึ่งสูงกว่าการวัดในสัปดาห์ที่ 3 แสดงว่าสารสกัดสมุนไพรรางจืดสามารถช่วยให้ระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสเพิ่มขึ้นได้ ส่วนในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยของระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าค่ามาตรฐานแต่มีค่าเฉลี่ยสูงมากกว่าก่อนได้รับสารสกัดสมุนไพรรางจืดและหลังจากการวัดในสัปดาห์ที่ 3 เล็กน้อย (4.63-12.95%) แสดงว่าในกลุ่มควบคุมอาจจะมีการระงับการปฏิบัติตัวและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทำให้ระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสเพิ่มขึ้นได้ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

แผนภูมิ 4.1 แผนภูมิแท่งแสดงระดับ Cholinesterase ในกระแสเลือดโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 68 คน (34 กลุ่มทดลอง, 34 กลุ่มควบคุม) ก่อนและหลังการทดลองให้ดื่มสารน้ำสกัดรางจืดเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ในกลุ่มทดลอง และ ดื่มยาหลอก (น้ำอุ่น) ในกลุ่มควบคุม



3. จากการวิเคราะห์ทางสถิติ One simple – t test พบว่าก่อนและหลังการทดลองดื่มสารน้ำสกัดสมุนไพรรางจืด ภายในกลุ่มทดลองมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยของเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดในกลุ่มตัวอย่างมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยสูงขึ้นจาก 3556.97 (U/L) เป็น 8857.29 (U/L) และ 9514.64 (U/L) ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ตามลำดับดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ระดับสารโคลินเอสเตอเรสในเลือดก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบกับค่ากลางภายในกลุ่มทดลอง

	กลุ่มทดลอง(n=34)		t	p – value
	$\bar{x}$ (U/L)	S.D.		
ก่อนการทดลอง	3556.97	399.17	10.26	<0.001*
หลังกินสารน้ำสกัดรางจืด 3 สัปดาห์	8857.29	480.79	55.75	<0.001*
หลังกินสารน้ำสกัดรางจืด 4 สัปดาห์	9514.64	638.90	47.95	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ผลการวิเคราะห์ระดับสารโคลินเอสเตอเรสในเลือดก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยโคลินเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันและภายหลังการทดลอง 3 และ 4 สัปดาห์ ค่าเฉลี่ยสารโคลินเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยจะเห็นว่าค่าเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในกลุ่มทดลองสูงขึ้นตามลำดับในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 และที่ค่าดังกล่าวในกลุ่มควบคุมมีค่าไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ระดับสารโคลินเอสเตอเรสในเลือดก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบกับค่ามาตรฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระยะเวลา	กลุ่มทดลอง(n=34)		กลุ่มควบคุม(n=34)		t	p – value
	$\bar{x}$ (U/L)	S.D.	$\bar{x}$ (U/L)	S.D.		
ก่อนการทดลอง	3556.97	399.17	3533.79	376.03	0.28	0.779
หลังกินสารน้ำสกัดรางจืด 3 สัปดาห์	8857.29	480.79	3697.47	1033.15	23.05	<0.001*
หลังกินสารน้ำสกัดรางจืด 4 สัปดาห์	9514.64	638.90	3991.58	1000.95	24.76	<0.001*



อภิปรายผล

จากการศึกษาผลของการใช้สารน้ำสกัดสมุนไพรรางจืดต่อระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรที่เคยใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชตำบลศรีสุข อำเภอสว่างวีรจักร จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยในแต่ละประเด็น ดังนี้คือ

สมมุติฐานที่ 1 การดื่มสารน้ำสกัดสมุนไพรรางจืดมีผลทำให้ระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในกระแสเลือดของเกษตรกรที่ได้รับหรือเคยได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มสูงขึ้น

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า กลุ่มทดลองก่อนได้รับสารน้ำสกัดสมุนไพรรางจืด จะมีระดับโคลินเอสเตอเรสเฉลี่ย 3,556.97 U/L หลังจากได้รับสารสกัดสมุนไพรรางจืดในสัปดาห์ที่ 3 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรส 8,857.29 U/L (สูงขึ้น 149.01%) และหลังจากได้รับสารสกัดสมุนไพรรางจืดในสัปดาห์ที่ 4 กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรส 9,514.64 U/L (สูงขึ้น 167.49%) ผลการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการสนับสนุนสมมุติฐานว่า การดื่มสารน้ำสกัดสมุนไพรรางจืดมีผลทำให้ระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในกระแสเลือดของเกษตรกรที่ได้รับหรือเคยได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มสูงขึ้น ผลการวิจัยของรางจืดสามารถลดพิษยาฆ่าแมลงพวกออร์กาโนฟอสเฟต และคาร์บาเมตได้จริง สอดคล้องกับการศึกษาของ นันทวรรณ ไกลกล้า, 2554 ที่พบว่าการได้รับน้ำใบรางจืดดื่ม มีผลต่อการลดระดับสารเคมีในเลือดจากระดับก่อนมารยาสู่ระดับไม่อันตรายมากกว่าการไม่ได้รับรางจืด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของกนกวรรณ ไชยสิงห์ (2548) ที่พบว่าสารสกัดจากใบรางจืดสามารถเพิ่มระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสที่เกิดขึ้นจากสารกำจัดศัตรูพืชได้

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ทำการวิจัยที่แตกต่างกับ นันทวรรณ ไกลกล้า, 2554 และ กนกวรรณ ไชยสิงห์, 2548 เพราะในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยไม่ได้ใช้ใบรางจืดสดมาต้มให้ดื่มเหมือนผู้วิจัยท่านอื่น เพราะการใช้ใบสดของ

รางจืดนั้นกลุ่มตัวอย่างอาจจะได้รับรางจืดในปริมาณไม่เท่ากัน แตกต่างจากแบบผงสำเร็จรูปที่ผู้วิจัยนำมาใช้ ซึ่งมีกระบวนการผลิตที่ได้มาตรฐานจากฝ่ายเภสัชกรรมของโรงพยาบาลสังขะ อำเภอสังขะ จังหวัดสุรินทร์ ปริมาณที่บรรจุไว้ในซองระบุชัดเจน และงานวิจัยของสุวารี ศรีแสง, 2556 และ นันทวัน ไกลกล้า, 2554 ต่างก็ใช้การตรวจหาระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในกระแสเลือดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการใช้กระดาษ REACTIVE PAPER อย่างง่าย ซึ่งเจาะเลือดจากปลายนิ้ว แตกต่างกับผู้วิจัยที่เจาะเลือดจากเส้นเลือดดำ นำซีรัมในหลอดส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการของศูนย์ห้องศาสตรณบุรี กรุงเทพฯ ด้วยหลักการ Colorimetric ซึ่งเป็นวิธีที่น่าเชื่อถือและมีความแม่นยำ

สมมุติฐานที่ 2 เกษตรกรที่ได้รับสารน้ำสกัดสมุนไพรรางจืดจะมีระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในกระแสเลือดสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับสารน้ำสกัดสมุนไพรรางจืดอย่างมีนัยสำคัญและสูงกว่าระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในกลุ่มที่ไม่ได้รับสารน้ำสกัดสมุนไพรรางจืด จากการวิเคราะห์ทางสถิติ One simple - t test พบว่าก่อนและหลังการทดลองดื่มสารน้ำสกัดสมุนไพรรางจืดภายในกลุ่มทดลองมีค่าระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยสูงขึ้นจาก 3,556.97 (U/L) เป็น 8,857.29 (U/L) และ 9,514.64 (U/L) ในสัปดาห์ที่ 3 และ 4 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าระดับโคลินเอสเตอเรสเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ หลังจากการดื่มสารน้ำสกัดสมุนไพรรางจืด แต่ในกลุ่มควบคุมที่ดื่มยาหลอก (น้ำอุ่น) มีระดับโคลินเอสเตอเรสเพิ่มน้อยมาก สัปดาห์ที่ 3 (3,697.47 U/L และสัปดาห์ที่ 4 (3,991.58 U/L) สอดคล้องกับสมมุติฐานที่ 2 ว่าเกษตรกรที่ได้รับสารน้ำสกัดสมุนไพรรางจืดจะมีระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในกระแสเลือดสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับสารน้ำสกัดสมุนไพรรางจืดอย่างมีนัยสำคัญและ



สูงกว่าระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในกลุ่มที่ไม่ได้รับ
สารน้ำสกัดสมุนไพรรางจืด

ไม่สอดคล้องกับผลการวิจัยของ กนกวรรณ
ไชยสิงห์, 2548 ที่วิจัยว่าเกษตรกรกลุ่มที่มีความรู้และ
พฤติกรรมถูกต้องจะมีระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส
อยู่ในระดับปลอดภัย เพราะในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัย
ไม่ได้ให้ความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้
สารเคมีกับกลุ่มควบคุมเลย มีเพียงการเติมน้ำอุ่น (ยา
หลอก) ตลอด 4 สัปดาห์ที่ทำการทดลอง แต่ระดับ
โคลีนเอสเตอเรสเพิ่มขึ้นเองเพียงเล็กน้อยจากก่อนการ
ทดลอง 3,556.97 U/L เพิ่มขึ้นเป็น 3,573.79 U/L ใน
สัปดาห์ 3 และ 3,991.58 ในสัปดาห์ที่ 4 แสดงว่า
ร่างกายมีการขับสารพิษโดยธรรมชาติ เพราะปกติ
ร่างกายมนุษย์สามารถกำจัดสารพิษได้หลายระดับ
ตั้งแต่ระบบผิวหนัง โดยการขับออกทางเหงื่อ ระบบ
หายใจ โดยทางลมหายใจ ระบบขับถ่ายโดยการ
ปัสสาวะ อุจจาระ เป็นต้น และกลุ่มตัวอย่าง (กลุ่ม
ควบคุม) อาจจะมีการปฏิบัติตัวและดูแลตนเองดีขึ้นใน
ระหว่างการทดลอง ระดับโคลีนเอสเตอเรสจึงเพิ่มขึ้น
เอง แม้ว่าจะไม่ได้รับกิจกรรมความรู้ใดก็ตาม
ดังการศึกษาเรื่องการกำจัดสารพิษ การกำจัดสารพิษ
ของร่างกายมี 2 แบบ สารพิษบางส่วนจะถูกกำจัด
แบบ first order คือ "อัตราการกำจัดสารพิษขึ้นกับ
ความเข้มข้นของสารพิษในเลือด" ในร่างกายนั้น
อวัยวะที่มีบทบาทสำคัญในการกำจัดสารพิษได้แก่ ตับ
และไต สารพิษบางส่วนจะถูกกำจัดออกโดยตับหรือไต
อย่างหนึ่งอย่างใด แต่ส่วนใหญ่สารพิษจะถูกกำจัด
ออกมาทั้งสองทาง half-life ของการกำจัดสารพิษเป็น
ตัวบ่งชี้ความเร็วในการกำจัดสารพิษ กว่าที่ร่างกาย
จะกำจัดสารพิษได้หมด จะต้องใช้เวลา 3-5 half-lives
ของการกำจัดสารพิษนั้น ส่วนปริมาณการกำจัด
สารพิษขึ้นกับค่า clearance ซึ่งมีหน่วยเป็นปริมาตร
ของเลือดต่อเวลาเช่น ลิตรต่อชั่วโมง เป็นต้น
ค่า clearance มีความสำคัญในการบ่งถึงปริมาณการ
กำจัดสารพิษนั้นๆ ออกจากร่างกาย

สอดคล้องกับงานวิจัยของสุวารี ศรีแสง,
2556 ได้ศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับ “ประสิทธิผลของสาร
น้ำสกัดสมุนไพรรางจืดกลืนใบเตยต่อการลดระดับ
สารเคมีในเลือดของเกษตรกร ต.คำขวาง อ.วารินชำราบ
จ.อุบลราชธานี” ทั้งนี้การศึกษาได้แบ่งกลุ่มตัวอย่าง
เพื่อวัดผลก่อนและหลังในเกษตรกรที่มีระดับสารเคมี
ตกค้างไม่ปลอดภัย จำนวน 60 คน ด้วยการใช้
ข้อมูลและตรวจวัดระดับสารเคมีในเลือดก่อนและหลัง
ทดลอง โดยการดื่มสารน้ำสกัดสมุนไพรรางจืด
กลืนใบเตย เข้า – เย็น ครั้งละ 1 แก้ว ติดต่อกัน 30 วัน
เมื่อตรวจหาระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส พบว่า
อยู่ในระดับที่ปกติและปลอดภัยเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ
93.33 และยังได้ทำการทดสอบความแตกต่าง ผลการ
ตรวจโคลีนเอสเตอเรส พบว่าก่อนและหลังทดลอง
มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่ง
สอดคล้องกับที่สารน้ำสกัดสมุนไพรรางจืดนั้น
มีประสิทธิผลต่อการลดระดับสารเคมีในเลือดได้จริง
แต่ผู้วิจัยไม่ได้ใช้กลืนใบเตยเหมือนกับสุวารี ศรีแสง
เพราะกลืนใบเตยนั้นไม่น่ามีความเกี่ยวข้องใดๆ กับ
ระดับเอ็นไซม์ เพียงแค่ให้กลืนหอมเท่านั้น และ
ข้อจำกัดของการวิจัยนี้เป็นการผลิตเอง ไม่ได้ใช้
ผลิตภัณฑ์สำเร็จรูปเหมือนกับผู้วิจัย ไม่มีการควบคุม
ผลิตภัณฑ์และกำกับการดื่ม และยังไม่มีการทดสอบ

งานวิจัยของวิโรจน์ เลิศพงศ์พิพัฒน์, 2554
ได้มีการศึกษาสมุนไพรรางจืดเหมือนกันการศึกษา
เปรียบเทียบประสิทธิผลในการเพิ่มระดับเอ็นไซม์โคลีน
เอสเตอเรสในกระแสเลือด ระหว่างสมุนไพรรางจืด
และยานางแดงในกลุ่มเกษตรกรอำเภอชำสูง จังหวัด
ขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 85 คน แบ่งเป็น 2
กลุ่ม กลุ่ม 1 ดื่มชาสมุนไพรรางจืด 42 คน กลุ่ม 2
ดื่มชาสมุนไพรยานางแดง 43 คน ให้กลุ่มตัวอย่าง
ดื่มชาวันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหารเป็นเวลา 14 วัน
เปรียบเทียบระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสก่อนและ
หลังการทดลองผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2
กลุ่มมีระดับเอ็นไซม์หลังดื่มชาสมุนไพรสูงกว่าก่อน



ดื่ม ($p < 0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองพบว่าระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสของกลุ่มที่ดื่มชาสมุนไพรรางจืดสูงกว่าระดับเอนไซม์ของกลุ่มที่ดื่มชาสมุนไพรย่านางแดงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($U = 5.50, p < 0.001$) สิ่งที่เหมือนกันในการวิจัยคือ ใ้รางจืดชนิดผงที่ผ่านการควบคุมการผลิตเหมือนกัน แต่แตกต่างกันกับผู้วิจัยที่มีการเจาะเลือดปลายนิ้วตรวจด้วยกระดาษ REACTIVE PAPER ซึ่งไม่แม่นยำ และมีการใช้สมุนไพรย่านางแดงในอีกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบกัน นั้นซึ่งสมุนไพรย่านางแดงมีสารประกอบสำคัญคือ ฟีนอลิก มีสรรพคุณในการถอนพิษสารตกค้างจากยาฆ่าแมลง แต่อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการใช้สมุนไพรในปริมาณที่มากคือ ปัสสาวะบ่อย ทำให้ขาดน้ำและเกิดตะคริว เนื่องจากสารสกัดจากสมุนไพรมีฤทธิ์ในการขับปัสสาวะ จึงอาจขับอิเล็กโทรไลต์ออกจากร่างกายจนขาดความสมดุลเคมีได้ ทำให้การวิจัยมีความเสี่ยงต่อชีวิตผู้เข้าร่วมวิจัยได้ อีกทั้งควบคุมการดื่มสมุนไพรทั้งสองชนิดยาก สรรพคุณช่วยลดพิษสารเคมีได้เหมือนกันแต่ยังไม่พบผู้ศึกษาว่าชนิดใดลดพิษได้ดีกว่าหรือเกิดผลข้างเคียงใช้ในระยะเวลา มากกว่ากัน





เอกสารอ้างอิง

- กิตติพล เสนาพรหม และมันทนา เหมชะชาติ. (2554). ผลการของใช้รางจืดต่อระดับโคลินเอสเตอเรสในเลือดของบุคลากรสายสนับสนุน. รายงานการวิจัย. จันทบุรี : วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี.
- กนกวรรณ ไชยสิงห์. (2548) ผลของสารสกัดจากใบรางจืดต่อการยับยั้งเอ็นไซม์โคลินเอสเตอเรสที่ถูกเหนี่ยวนำด้วยสารกำจัดแมลงเมโทมิล. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพิษวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- กรีนเน็ต Green net. (2554). พิษภัยสารเคมีเกษตร. [ออนไลน์]. สืบค้นเมื่อวันที่ 18 เมษายน 2557. จาก: <http://www.green.net.or.th/article/263>.
- จุริภรณ์ อาจสาธิต. (2556). ผลของโปรแกรมความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารประกวดผลงานวิชาการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ จังหวัดศรีสะเกษ
- สุจินต์ อาจสาธิต. (2556). การตรวจโคลินเอสเตอเรสในเลือดด้วยกระดาษทดสอบสี Reactive Paper. วารสารองค์การเภสัชกรรม. 3(20), 36-44, กรกฎาคม-สิงหาคม.
- นันทวัน ใจกล้า. (2554) ผลการใช้งาชืดร่วมกับการให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการป้องกันการได้รับสารเคมีเข้าสู่ร่างกายในผู้ที่มีการตรวจสารเคมีในเลือดระดับอันตราย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุข. (2556) รายงาน 026 เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน ปีงบประมาณ 2556. งานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีสุข จังหวัดอุบลราชธานี.
- วิโรจน์ เลิศพงษ์พัฒน์ และคณะ. (2554) การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลในการเพิ่มระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในกระแสเลือด ระหว่างสมุนไพรรางจืดและยานางแดงในกลุ่มเกษตรกรอำเภอช้างสูง จังหวัดขอนแก่น. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น.
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2553). คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แนวทางการดำเนินงาน เกษตรกรปลอดโรค ผู้บริโภคปลอดภัย สมุนไพร ล้างพิษ กายจิตผ่องใส. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานพูนพัฒนุสสรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- สงกรานต์ จันทะนะ. (2550). รายงานการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. กรุงเทพฯ : สถาบันระบาดวิทยา
- สุภาวดี ศรีแสง. (2556). ประสิทธิภาพของสารรางจืดกลืนใบเตยต่อการลดระดับสารเคมีในเลือดของเกษตรกรตำบลคำขวาง. อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี.
- อารักษ์ สัตย์ดำรง และคณะ . (2553) พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในเลือดของ กลุ่มเกษตรกรต้นน้ำ. กรณีศึกษาชาวเขาเผ่าม้ง จังหวัดพะเยา.วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.ปีที่ 4 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม. วิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายกลาง.
- หม่อมไม้ Monmai. (2556). รางจืดสมุนไพรล้างพิษ. สืบค้นเมื่อวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2556 จาก <http://www.monmai.com>.



การรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
และการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพ
ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของผู้สำเร็จการศึกษา
ปีการศึกษา 2557

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

Perceptions of humanized health care behaviors and the
educational management for promoting humanized health care
behaviors among graduate nurses of Borommarajonnani College of
Nursing, Phayao in Academic Year 2014

สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ พิมพ์มล วงศ์ไชยา
สุทธิณี มหามิตร วงศ์แสน หทัยรัตน์ บรรณกิจ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

บทคัดย่อ

ทุกคนเป็นกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็น
การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของผู้สำเร็จการศึกษา
มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 2) การจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง 2552) ปีการศึกษา 2557 จำนวน 58 คน

ทุกคนเป็นกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็น
การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของผู้สำเร็จการศึกษา
มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 2) การจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 3) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ 4) ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับปรับปรุง 2552) ปีการศึกษา 2557 จำนวน 58 คน

ที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าจำนวน 62 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation)

ผลการศึกษา พบว่า ผู้สำเร็จการศึกษามีการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.22$, $SD = .42$)



โดยการรับรู้ด้านที่มากที่สุดคือ มีความสุภาพอ่อนน้อม ($\bar{x}=4.40$, $SD=.40$) รองลงมาคือ การให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ($\bar{x}=4.23$, $SD=.41$) การจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=3.97$, $SD=.80$) โดยมีการรับรู้ด้านการดำเนินการมากที่สุด ($\bar{x}=4.15$, $SD=.59$) รองลงมาคือ ด้านการประเมิน ($\bar{x}=4.11$, $SD=.62$) การรับรู้พฤติกรรมบริการสุภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มีความสัมพันธ์กันทุกด้าน ($r=.30-.55$) แต่การรับรู้พฤติกรรมบริการสุภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r=-0.12$)

คำสำคัญ: การรับรู้ พฤติกรรมบริการสุภาพ ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ การจัดการศึกษา

Abstract

This descriptive study had the following objectives: to explore the perceptions of graduate nurses on their humanized health care behaviors and educational management that promote humanized health care behaviors. The relationships between humanized health care behaviors with promoting educational managements as well as student learning achievements were also explored.

The study population was 58 nurses who graduated from BCNPY in 2014. The instrument used was developed by the

principle researcher. It consists of 62 items which assess humanized health care behaviors and the educational managements. Statistics used included percentages, means, standard deviations, and a Pearson's product moment correlation.

Results revealed that graduate nurses perceived their humanized health care behaviors were in good levels (mean=4.22, $SD=.42$). They rated politeness domain as highest (mean=4.40, $SD=.40$), and patient involvements and patient rights domain were rated as the second highest (mean=4.23, $SD=0.41$). In regard to the humanized health care promoting managements, the overall score was in good level (mean=3.97, $SD=0.80$). The implementation of humanized health care behavior promoting managements was rated as highest (mean=4.14, $SD=.59$), and the evaluation of humanized health care behaviors was rated as the second highest (mean=4.11, $SD=.62$). Relationships between humanized health care behaviors and promoting humanized health care behavior managements were found ($r=.30-0.55$). However, student achievements did not find correlated with humanized health care behavior promoting managements ($r=-0.12$).

Key words : Perception, Humanized health care behavior, Educational managements



บทนำ

การปฏิรูปการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์พัฒนาการศึกษา สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพในศตวรรษที่ 21 (พ.ศ. 2557-2561) มีวัตถุประสงค์เพื่อผลิตบุคลากรด้านสุขภาพในสาขาต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม มีปริมาณเพียงพอ มีการกระจายอย่างทั่วถึง มีจิตสาธารณะและหัวใจของความเป็นมนุษย์ มีสมรรถนะที่พึงประสงค์ สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นของระบบสุขภาพของประเทศ มีทักษะเป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลตนเองได้ นอกจากนี้ยังรวมถึงความสามารถในการทำงานเป็นทีม เคารพศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ เข้าใจทุกข์ของผู้ป่วยและสังคมมิติและความหลากหลายทางวัฒนธรรม รวมทั้งมีศักยภาพในการเรียนรู้ต่อเนื่องได้ตลอดชีวิต โดยได้กำหนดวิสัยทัศน์ว่า “การศึกษา คุณภาพ เสมอภาค เพื่อสมรรถนะและหัวใจบุคลากรด้านสุขภาพ” มีเป้าประสงค์ 1) มีความเสมอภาคในการเข้าถึงการศึกษาและการจัดการศึกษา 2) มีความร่วมมือระหว่างระบบการจัดการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ระดับอุดมศึกษา และระดับบัณฑิตศึกษา 3) มีนวัตกรรมและการวิจัยทั้งในด้านการจัดการศึกษาและการบริการ 4) มีแหล่งข้อมูลและการเข้าถึงข้อมูลที่เป็นประโยชน์และสอดคล้องกับบริบทแห่งสุขภาพ และความต้องการของประชาชน 5) มีการจัดบริการสุขภาพด้วยจริยธรรมและหัวใจความเป็นมนุษย์ (วนิดา ชื่นกองแก้ว และคณะ, 2557)

สถาบันพระบรมราชชนก เป็นหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขมีพันธกิจในการผลิตและพัฒนาบุคลากรสาธารณสุขที่สอดคล้องกับความต้องการของระบบสุขภาพของประเทศ สนับสนุนให้วิทยาลัยในสังกัดซึ่งมีทั้งหมด 40 แห่ง

ทั่วประเทศ ทำหน้าที่ผลิตบุคลากรแก่หน่วยงานบริการสุขภาพทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข และได้กำหนดอัตลักษณ์บัณฑิตของสถาบันพระบรมราชชนกคือ “บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” ที่มีความหมายของการให้บริการที่เป็นมิตร มีความรัก ความเมตตา ใส่ใจในปัญหาและความทุกข์ของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง ให้บริการตามปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการที่เป็นจริง โดยรับฟังความคิดเห็นของผู้รับบริการเป็นหลัก ประกอบด้วยจิตบริการ (Service mind) การคิดวิเคราะห์ (Analytical thinking) และการให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย (Participation / Patient center) (สถาบันพระบรมราชชนก, 2556)

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ได้นำนโยบายการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต “บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์” มาปฏิบัติตั้งแต่ปีการศึกษา 2553 และมีการติดตามพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิตโดยใช้แบบประเมินของสถาบันพระบรมราชชนกทุกปี อย่างไรก็ตามการใช้แบบประเมินดังกล่าวซึ่งเป็นแบบประเมินกลางยังไม่ครอบคลุมคุณลักษณะเด่นของบัณฑิตวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ที่สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ปรัชญา พันธกิจและค่านิยมร่วมของวิทยาลัย ซึ่งประกอบด้วยคุณลักษณะเด่น 5 ด้านที่มีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน คือ 1) มีจิตบริการ 2) มีความสุภาพ อ่อนน้อม 3) มีทักษะปฏิบัติดี 4) มีการคิดวิเคราะห์ และ 5) ให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วม (สุภาภรณ์ อุดมลักษณ์ และคณะ, 2558) ในปีการศึกษา 2557 มีผู้สำเร็จการศึกษาที่เข้าสู่กระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 จนจบ



หลักสูตร แต่ยังไม่มีการศึกษาติดตามผลการดำเนินการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตในรุ่นนี้มาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ และการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามการรับรู้ของผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2557 ข้อมูลที่ได้จะเป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์แก่วิทยาลัยในการบริหารการศึกษา และพัฒนาการจัดการเรียนการสอนเพื่อพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามการรับรู้ของผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2557
- 2) เพื่อศึกษาการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามการรับรู้ของผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2557
- 3) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามการรับรู้ของผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2557
- 4) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามการรับรู้ของผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2557

ระเบียบวิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต (ฉบับ

ปรับปรุง 2552) ปีการศึกษา 2557 จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยาจำนวน 58 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิตพยาบาล และการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 62 ข้อ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิตพยาบาล มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 40 ข้อ คือ

- | | |
|-----------|----------------------|
| 5 หมายถึง | ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ |
| 4 หมายถึง | ปฏิบัติบ่อยครั้ง |
| 3 หมายถึง | ปฏิบัติเป็นบางครั้ง |
| 2 หมายถึง | ปฏิบัติเป็นน้อยครั้ง |
| 1 หมายถึง | ไม่ปฏิบัติ |

ส่วนที่ 3 การจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 22 ข้อ คือ

- | | |
|-----------|-----------------------------------|
| 5 หมายถึง | เป็นจริงมากที่สุด |
| 4 หมายถึง | เป็นจริงมาก |
| 3 หมายถึง | เป็นจริงปานกลาง |
| 2 หมายถึง | เป็นจริงน้อย |
| 1 หมายถึง | เป็นจริงน้อยที่สุดหรือไม่เกิดขึ้น |



การแปรผลโดยใช้คะแนนรวมของผลการประเมินแต่ละด้านดังนี้ คะแนน 4.5-5 เท่ากับมีการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับดีมาก คะแนน 3.5-4.4 อยู่ในระดับดี คะแนน 2.5-3.4 อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนต่ำกว่า 2.5 อยู่ในระดับพอใช้/ต้องปรับปรุง

การหาประสิทธิภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

วิธีการหาประสิทธิภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการหาประสิทธิภาพของเครื่องมือวิจัยดังต่อไปนี้

1) นำเครื่องมือวิจัยที่สร้างขึ้นเสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

2) หาค่าความสอดคล้องของความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item objective congruence: IOC) ของเครื่องมือวิจัยตามวิธีของโรวินेलลี (Rovineli) และแอมเบิลตัน (Hambleton) (สมนึก ภักทิธรณี, 2546) และเลือกข้อที่IOC เป็นภาพรวมตั้งแต่ 0.60-1.00 เป็นข้อที่อยู่ในเกณฑ์ความสอดคล้องเชิงเนื้อหาที่ใช้ได้ การศึกษาครั้งนี้ได้ค่า IOC ของเครื่องมือวิจัยเท่ากับ 0.95

3) นำเครื่องมือวิจัยที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สำเร็จการศึกษาจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยโดยใช้วิธีทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach Alpha Coefficient) และเพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเหมาะสมในการสื่อความหมายของข้อคำถามที่ใช้ได้ค่าความเชื่อมั่นในส่วนที่ 2 ของแบบวัด

พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิตพยาบาลเท่ากับ 0.95 และส่วนที่ 3 สภาพการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์เท่ากับ 0.96

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำโครงการการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา หลังได้รับการรับรองแล้วผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยสมัครกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ มีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลระยะเวลาของการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับ สิทธิของผู้ให้ข้อมูลในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีผลต่อการปฏิบัติงาน และการสำเร็จการศึกษาของผู้สำเร็จการศึกษาแต่อย่างใด กลุ่มตัวอย่างสามารถหยุดการเข้าร่วมการวิจัยได้ทันทีตามความสมัครใจ และเซ็นใบยินยอมให้ความร่วมมือ สำหรับข้อมูลที่ได้ผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการบ่งชี้ผู้ให้ข้อมูลเป็นภาพรวม

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้สำเร็จการศึกษา ปีการศึกษา 2557 ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา โดยดำเนินการ ดังนี้

- 1) ขออนุมัติผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในวันสุดท้ายของกิจกรรมปัจฉิมนิเทศของผู้สำเร็จการศึกษา
- 2) รวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 58 คน รวม 58 ฉบับ ตรวจสอบความถูกต้องและมีความสมบูรณ์ได้จำนวน 57 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.29 **วิเคราะห์ข้อมูล** ด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ



ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติความสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) เก็บข้อมูลเดือน พฤษภาคม 2558

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 57 คน มีข้อมูลทั่วไปรายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลำดับที่	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1	เพศ ชาย หญิง	34 23	5.3 94.7
2	อายุเฉลี่ย $\bar{x} = 22.43$ 20-22 ปี 23-24 ปี	31 26	54.4 45.6
3	ศาสนา พุทธ คริสต์	53 4	93 7
4	คะแนนสะสมเฉลี่ย $\bar{x} = 3.16$ SD. = 0.27 ต่ำสุด = 2.58 สูงสุด = 3.071		

จากตาราง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.7 มีอายุเฉลี่ย 22.43 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93 และมีคะแนนสะสมเฉลี่ย 3.16 SD. 0.27

2. พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามการรับรู้ของผู้สำเร็จการศึกษา รายละเอียดดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวม แยกเป็นรายด้าน (N=57)

ด้าน	พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	$\bar{x}$	SD
1	มีจิตอาสา	4.20	.39
2	มีความสุข อ่อนน้อม	4.40	.40
3	ทักษะปฏิบัติดี	4.06	.39
4	การคิดวิเคราะห์	4.03	.48
5	การให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย	4.23	.41
	รวมทุกด้าน	4.22	.42



จากตาราง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.22$, $SD=.42$) โดยมีการรับรู้ด้านที่มากที่สุดคือ มีความสุภาพ อ่อนน้อม ($\bar{x} = 4.40$, $SD=.40$) รองลงมาคือ การให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ($\bar{x} = 4.23$, $SD. = .41$)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ (N=57)

ข้อ	พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	$\bar{x}$	SD
	1) มีจิตอาสา	4.20	.39
1	ช่วยเหลือผู้รับบริการด้วยความเต็มใจ	4.28	.49
2	ช่วยเหลือผู้รับบริการโดยไม่ต้องร้องขอ	4.11	.56
3	ดูแลจัดสิ่งแวดล้อมโดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ	4.19	.55
4	เปิดโอกาสให้ผู้รับบริการได้บอกเล่า ระบายความรู้สึก ความคับข้องใจ	4.21	.62
5	ยอมรับความคิด การกระทำ ความเป็นตัวตนของผู้รับบริการ	4.26	.61
6	ไม่ตำหนิหรือวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมผู้รับบริการ	4.25	.58
7	ตอบสนองต่อการร้องขอของผู้รับบริการด้วยความรวดเร็ว	4.12	.54
8	ตรวจเยี่ยมอาการของผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ	4.19	.58
	2) มีความสุภาพ อ่อนน้อม	4.41	.40
9	พูดคุยกับผู้รับบริการด้วยน้ำเสียงสุภาพ อ่อนน้อมยิ้ม	4.46	.66
10	แสดงท่าทีเป็นมิตรและเต็มใจให้บริการ	4.54	.50
11	แสดงให้เห็นให้ผู้รับบริการรู้สึกมีคุณค่า มีความหวัง และมีกำลังใจ	4.30	.50
12	เรียกชื่อผู้รับบริการและใช้ชื่อรายนามที่เหมาะสม	4.33	.55
13	ปฏิบัติกรพยาบาลด้วยความนุ่มนวล อ่อนโยน	4.42	.60
14	แสดงความจริงใจ ซื่อสัตย์ ต่อผู้รับบริการ	4.40	.56
15	ใส่ใจในความทุกข์ที่เป็นปัญหาของผู้รับบริการ	4.30	.60
16	มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้รับบริการและญาติ	4.42	.53
	3) พกษะปฏิบัติดี	4.06	.39
17	ดูแลผู้รับบริการอย่างเต็มความสามารถครอบคลุมทั้งร่างกายจิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ	4.14	.515
18	ช่วยเหลือผู้รับบริการได้อย่างถูกต้องและรวดเร็วตามความต้องการ	4.16	.527
19	ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลด้วยความมั่นใจ	4.14	.611
20	ปฏิบัติกิจกรรมตามแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง	4.11	.489



ข้อ	พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	$\bar{x}$	SD
21	ตัดสินใจแก้ไขปัญหาไม่ซับซ้อนได้ทันทีเมื่อมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน/วิกฤต/ข้อผิดพลาดเกิดขึ้น	3.98	.481
22	ใช้เครื่องมือ/อุปกรณ์การรักษาพยาบาลได้อย่างคล่องแคล่วและถูกต้อง	4.00	.535
23	ติดต่อประสานงานให้ผู้รับบริการและญาติในกรณีต่างๆ	3.91	.662
24	สอบถามอาการหรือประเมินอาการผู้รับบริการภายหลังให้บริการทุกครั้ง	4.05	.666
	4) การคิดวิเคราะห์	4.03	.48
25	มีความรอบคอบ และใคร่ครวญก่อนการทำงานและการตัดสินใจ	4.08	.58
26	ประเมินสภาพผู้รับบริการอย่างเป็นระบบและตามความเป็นจริง	4.07	.56
27	วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการบนข้อมูลจริง	4.05	.58
28	ระบุข้อมูลสนับสนุนที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาสุขภาพ	4.12	.57
29	จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพได้	4.04	.57
30	จัดหมวดหมู่ความรู้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจอย่างเป็นระบบ	3.98	.61
31	กล้าแสดงความคิดเห็นในการสนับสนุนการปฏิบัติการโดยอาศัยหลักการและเหตุผล	3.96	.71
32	กล้าแสดงความคิดเห็นโต้แย้งในการปฏิบัติงานโดยอาศัยหลักการและเหตุผล	3.93	.68
	5) การให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย	4.23	.41
33	แจ้งให้ผู้รับบริการและญาติทราบเกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย	3.86	.743
34	ให้ผู้รับบริการและญาติมีส่วนร่วมรับรู้และตัดสินใจวางแผนดูแลตนเอง	4.14	.639
35	ดูแลผู้รับบริการโดยคำนึงถึงปัจจัยอื่นและตรงตามความต้องการของผู้รับบริการ	4.14	.549
36	ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการเกี่ยวกับหลักการสุขภาพที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการรักษา	4.14	.639
37	ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้รับบริการ	4.37	.587
38	ให้การดูแลผู้รับบริการทุกคนอย่างเท่าเทียม เสมอภาค	4.44	.535
39	ดูแลผู้รับบริการอย่างมีมาตรฐานและสามารถตรวจสอบได้	4.37	.522
40	ปฏิบัติตามโรงพยาบาลต่อผู้รับบริการโดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน	4.39	.526
	รวมทุกด้าน	4.22	.42

จากตาราง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ด้านที่มากที่สุดคือ มีความสุภาพ อ่อนน้อม ($\bar{x} = 4.41$, $SD = .40$) โดยข้อที่มีการรับรู้มากที่สุดคือ แสดงท่าที่เป็นมิตรและเต็มใจให้บริการ ($\bar{x} = 4.54$, $SD = .50$) รองลงมาคือ พุดคุยกับผู้รับบริการด้วยน้ำเสียงสุภาพ สีหน้ายิ้มแย้ม ($\bar{x} = 4.46$, $SD = .66$)



3. การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่างรายละเอียดดังตารางที่ 4 และ 5

ตารางที่ 4 การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมและจำแนกเป็นรายด้าน(N=57)

ด้าน	การจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	$\bar{x}$	SD
1	ด้านนโยบาย	3.64	1.18
2	ด้านการดำเนินการ	4.15	.59
3	ด้านการประเมิน	4.11	.62
	รวมทุกด้าน	3.97	.80

จากตาราง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.97$, SD=.80) โดยมีการรับรู้ด้านการดำเนินการมากที่สุด ($\bar{x} = 4.15$, SD=.59) รองลงมาคือ ด้านการประเมิน ($\bar{x} = 4.11$, SD=.62)

ตารางที่ 5 การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกเป็นรายด้านและรายข้อ (N=57)

ข้อ	การจัดการศึกษาที่ส่งเสริมอัตลักษณ์การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	$\bar{x}$	SD
	1) ด้านนโยบาย	3.64	1.18
1	มีการกำหนดนโยบายการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต	3.67	1.23
2	มีการแต่งตั้งผู้รับผิดชอบการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต	3.63	1.21
3	มีการจัดทำแผนการดำเนินงานพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต	3.67	1.24
4	มีการจัดทำคู่มือ/แนวทางการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต	3.65	1.22
5	มีการประชุมชี้แจงก่อนการดำเนินการ	3.56	1.20
	2) ด้านการดำเนินการ	4.15	.59
6	ผู้บริหาร อาจารย์ และบุคลากร ปฏิบัติตนเป็นต้นแบบในการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์แก่นักศึกษา	4.05	1.04
7	มีการพัฒนาศักยภาพของอาจารย์ บุคลากร ให้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติต่อการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต	4.02	.95
8	มีการพัฒนาศักยภาพของนักศึกษาทุกชั้นปีให้มีความรู้ ทักษะ และเจตคติต่อการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตอย่างสม่ำเสมอ	4.14	.77



ข้อ	การจัดการศึกษาที่ส่งเสริมอัตลักษณ์การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	$\bar{x}$	SD
9	สร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต	4.07	.88
10	มีการดำเนินงานตามแผนการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิต	4.04	.89
11	มีการสอดแทรกมโนทัศน์การดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในการเรียนการสอนรายวิชาทั้งภาคทฤษฎี และภาคปฏิบัติ	4.25	.66
12	จัดให้นักศึกษาสัมผัสสถานการณ์จริง โดยเรียนรู้จากความทุกข์และความเจ็บป่วยของมนุษย์ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน	4.25	.86
13	จัดให้นักศึกษามีการสะท้อนคิดหลังการเรียนการสอนทุกครั้ง	4.25	.64
14	มีการกำหนดสมรรถนะ และผลลัพธ์ในการพัฒนาอัตลักษณ์ของนักศึกษาแต่ละชั้นปี	4.18	.54
15	มีการสัมมนาอาจารย์พี่เลี้ยงในแหล่งฝึกภาคปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการเรียนการสอนในการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	4.02	.86
16	มีการจัดกิจกรรม/โครงการเสริมหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อย่างเป็นระบบตั้งแต่ชั้นปีที่ 1 ถึง 4	4.18	.71
17	มีการจัดระบบการดูแลให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาโดยใช้ระบบครอบครัวเสมือน	4.33	.58
	3) ด้านการประเมิน	4.11	.62
18	มีเครื่องมือในการประเมินพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาและบัณฑิต	4.02	.81
19	มีการประเมินผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของนักศึกษาตามชั้นปี	4.09	.81
20	มีการติดตามผลการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตโดยผู้ใช้บัณฑิต บัณฑิต และอาจารย์ ทุกปีการศึกษา	4.25	.58
21	มีการนำผลการประเมินพฤติกรรมการดูแลด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิตและนักศึกษามาปรับปรุงแก้ไข	4.23	.63
22	มีการจัดเวทีและเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการพัฒนาอัตลักษณ์บัณฑิตทั้งภายในและภายนอกวิทยาลัย	3.95	.81
	รวมทุกด้าน	3.97	.80

จากตารางพบว่า การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x}=3.97$, $SD=.80$) โดยมีการรับรู้ในด้านการดำเนินการมากที่สุด



($\bar{x}$ =4.15, SD=.59) ในเรื่องมีการจัดระบบการดูแลให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาโดยใช้ระบบครอบครัวเสมือน ($\bar{x}$ =4.33, SD=.58) รองลงมาคือ จัดให้นักศึกษาสัมผัสสถานการณ์จริง โดยเรียนรู้จากความจริงและความเจ็บป่วยของมนุษย์ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ($\bar{x}$ =4.25, SD. =.76) และมีการสอดแทรกมโนทัศน์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ ($\bar{x}$ = 4.25, SD=.66) รวมทั้งจัดให้นักศึกษามีการสะท้อนคิดหลังการเรียนการสอนทุกครั้ง ($\bar{x}$ =4.25, SD=.64)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์รายละเอียดดังตารางที่ 6

พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	การจัดการศึกษา		
	ด้านนโยบาย	ด้านการดำเนินการ	ด้านการประเมิน
มีจิตอาสา	.618**	.364**	.434**
มีกิริยาสุภาพอ่อนน้อม	.636**	.432**	.435**
มีทักษะปฏิบัติดี	.411**	.301*	.470**
มีการคิดวิเคราะห์	.382**	.345**	.529**
การให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย	.390**	.469**	.553**

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางพบว่า การรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันทุกด้าน ($r = .301 - .553$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05



5. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างราย ละเอียดดังตาราง ที่ 7

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนตามการรับรู้ของกลุ่มตัวอย่าง (N=57)

		ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	Pearson Correlation	1	.122
	Sig. (2-tailed)		.365
พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์	Pearson Correlation	-.122	1
	Sig. (2-tailed)	.365	

$P \geq 0.05$

จากตารางพบว่า พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์และผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน ไม่มีความสัมพันธ์กัน ($r = -.122$)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของผู้สำเร็จการศึกษาโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 4.22$, $SD = .42$) โดยที่การรับรู้ด้านที่มากที่สุดคือ มีความสุขพอ อ่อนน้อม ($\bar{x} = 4.40$, $SD = .40$) รองลงมาคือ การให้บริการมีส่วนร่วมและคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วย ($\bar{x} = 4.23$, $SD = .41$) และด้านที่อยู่ในระดับดีแต่มีการรับรู้ต่ำคือด้านความยุติธรรม ($\bar{x} = 4.03$, $SD = .48$) การที่คะแนนพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์อยู่ในระดับดี เป็นผลจากปัจจัยดังนี้ 1) ความชัดเจนในการกำหนดอัตลักษณ์บัณฑิตที่สะท้อนถึงจุดเด่นและจุดแข็งของสถาบันพระบรมราชชนก ทำให้วิทยาลัยสามารถกำหนดทิศทางและวัตถุประสงค์ในการพัฒนาบัณฑิตได้อย่างชัดเจน สามารถดำเนินการวางแผนกลยุทธ์การปฏิบัติงานที่คณาจารย์ บุคลากรและนักศึกษาได้รับรู้ เข้าใจ และมองเห็นภาพอนาคตร่วมกัน ส่งผลให้เอื้อต่อความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการพัฒนาคุณลักษณะของนักศึกษาตามอัตลักษณ์ที่กำหนดไว้ในปรัชญา ปณิธาน หรือวิสัยทัศน์ พันธกิจ และวัตถุประสงค์ของวิทยาลัย 2) หลักสูตร กระบวนการจัดการเรียนการสอน และการวัดและประเมินผล ซึ่งหลักสูตรที่ใช้ได้แก่ หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต หลักสูตรปรับปรุง 2552 ได้กำหนดคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์หลายประการ ที่เป็นทักษะสะท้อนถึงพฤติกรรมบริการด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ เช่น ทักษะในด้านการสื่อสาร การตระหนักถึงองค์กรรวมของผู้รับบริการการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี เป็นต้น (Dossy & Keegan, 2003) ซึ่งสอดคล้องสัมพันธ์กับเป้าประสงค์และจุดมุ่งหมายที่ต้องการให้เกิดขึ้นกับผู้เรียนในระหว่างการเรียนรู้ รวมถึงการเข้าสู่บริบททางวิชาชีพในอนาคต (ระพีพันธ์ ฉายวิมล, 2557) และมีการจัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรด้วยวิธีการที่หลากหลาย เช่น การเรียนรู้จากสภาพการณ์จริง ซึ่งพบว่า



ช่วยพัฒนาอัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (เพลินตา พรหมบัวศรีและคณะ, 2557 และ สุทธนันท์ กัลป์กะ และผกาสรณ์ อุไรวรรณ, 2556) วิธีการจัดการเรียนการสอนที่พัฒนาการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เช่นการอภิปราย การจัดสัมมนา การจัดทำโครงงาน การสะท้อนคิด และการเรียนรู้โดยใช้วิจัยเป็นฐาน (นุสรา ประเสริฐศรีและคณะ, 2556 ; บุษกร โกมลภมร และศรีสุภาภรณ์ บินาพาประสิทธิ์, 2557; Yaun & Williams, 2008) และการสอนเนื้อหาที่เน้นให้ตระหนักถึงความเป็นบุคคล จรรยาบรรณวิชาชีพ คุณธรรม จริยธรรมในวิชาชีพ ตลอดจนมีการวัดและประเมินผลรายวิชาที่มีความหลากหลายและสอดคล้องกับวิธีการจัดการเรียนการสอนเพื่อให้ได้ผลลัพธ์การเรียนรู้ตามจุดมุ่งหมายรายวิชาและอัตลักษณ์บัณฑิตที่กำหนดไว้ในหลักสูตร 3) กิจกรรมเสริมหลักสูตรต่างๆ เช่น การจัดกิจกรรมหรือโครงการที่ช่วยพัฒนาจิตบริการ ความเมตตา กรุณาต่อผู้รับบริการ นอกจากนี้ยังมีคณาจารย์ และบุคลากรของวิทยาลัยที่มีการปฏิบัติงานเป็นแบบอย่างให้นักศึกษาเกิดการเรียนรู้ในการอยู่ร่วมกันภายใต้วัฒนธรรมที่ดีร่วมกัน สำหรับคะแนนด้านการคิดวิเคราะห์ ถึงแม้ว่าอยู่ในระดับดี แต่มีค่าคะแนนต่ำกว่าเพื่อน อาจเนื่องจากการพัฒนาการคิด ต้องอาศัยการวิเคราะห์และตัดสินใจในสถานการณ์ที่ซับซ้อน ซึ่งจะดีขึ้นเมื่อมีโอกาสได้เผชิญกับปัญหาต่างๆ มากขึ้น ผู้สำเร็จการศึกษาใหม่และปฏิบัติงานในปีแรก จัดเป็นผู้ปฏิบัติงานเริ่มต้น (novice) ตามทฤษฎีของเบนเนอร์ (Benner, 1982) สิ่งที่ยากที่สุดในการทำงานคือการตัดสินใจในบริบทการทำงานที่แตกต่างไปจากประสบการณ์ในขณะที่เป็นนักศึกษา และอาจไม่ได้เป็นไปตามทฤษฎีที่เรียนมา ดังนั้นจึงเป็นเหตุให้การรับรู้ตนเองด้านความมั่นใจและการตัดสินใจของผู้สำเร็จการศึกษาน้อยกว่าด้านอื่นๆ

การรับรู้เกี่ยวกับการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของผู้สำเร็จการศึกษาโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{x} = 3.97$, $SD=.80$) โดยรับรู้ด้านการดำเนินการมากที่สุด ($\bar{x} = 4.15$, $SD=.59$) รองลงมาคือ ด้านการประเมิน ($\bar{x} = 4.11$, $SD=.62$) ทั้งนี้ทั้งสองด้านเป็นการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับตัวนักศึกษา และเป็นรูปธรรม ในด้านการดำเนินการคะแนนสูงที่สุดในเรื่องการจัดระบบการดูแลให้คำปรึกษาแก่นักศึกษาโดยใช้ระบบครอบครัวเสมือนมากที่สุด ($\bar{x} = 4.33$, $SD=.58$) รองลงมาคือ จัดให้นักศึกษาสัมผัสสถานการณ์จริง โดยเรียนรู้จากความทุกข์และความเจ็บป่วยของมนุษย์ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน และมีการสอดแทรกมโนทัศน์การบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในการจัดการเรียนการสอนรายวิชาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ รวมทั้งจัดให้นักศึกษามีการสะท้อนคิดหลังการเรียนการสอนทุกครั้ง ($\bar{x} = 4.25$, $SD = .76$, $.66$, $.64$ ตามลำดับ) สำหรับด้านที่ได้คะแนนน้อยที่สุดคือ ด้านนโยบาย ทั้งนี้เป็นส่วนที่นักศึกษามีส่วนเกี่ยวข้องน้อยจึงทำให้การรับรู้เกี่ยวกับนโยบายการพัฒนาอัตลักษณ์น้อย ถึงแม้ว่าจะมีการประกาศ และประชาสัมพันธ์เป็นรูปธรรมก็ตาม แต่ก็อาจไม่เพียงพอและไม่ต่อเนื่อง จึงทำให้รับทราบไม่ทั่วกัน การสร้างการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจะนำไปสู่ความร่วมมือในการพัฒนาตามที่ส่วนรวมต้องการและพัฒนาตนเอง (พงศ์พันธ์ แก้วหาวงษ์, 2550) เนื่องจากการมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องกับอารมณ์และจิตใจที่ทำให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ รับผิดชอบ และทำให้เกิดความร่วมมือผูกพัน และรู้สึกมีอิสระในการกระทำกิจกรรมโดยไม่รู้ตัวถูกบังคับ (ถาวร พวงมณี, 2547 และกิตติกรทอง, 2552) ดังนั้นในเชิงบริหารการมีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้นจึงเป็นกิจกรรมที่สำคัญ จึงควรมีระบบ



ที่จะช่วยให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมให้มากขึ้นในการพัฒนาอัตลักษณ์

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์กับการจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของผู้สำเร็จการศึกษา พบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกทุกด้าน ($r = .301-.553$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 แสดงถึงการรับรู้การจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในระดับที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ที่มากขึ้น หมายความว่า การจัดการศึกษาส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ นั่นคือการมีนโยบาย การวางแผนจัดการศึกษา และการดำเนินการจัดการศึกษาที่มีแนวทางมุ่งพัฒนาพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ มีส่วนทำให้เกิดผลลัพธ์ตามที่ต้องการได้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปานทิพย์ ปุณยานนท์ (2557) ที่พบว่าสมรรถนะการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษามีสุขภาพ มีความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ ($r = .327, p < .01$) ทั้งนี้สภาพแวดล้อมดังกล่าวครอบคลุมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ทางจิตใจ และทางสังคมของนักศึกษา

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับการรับรู้พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของผู้สำเร็จการศึกษา พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กัน ทั้งนี้เนื่องจากพฤติกรรมบริการ

สุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เน้นการตระหนักถึงองค์รวมของมนุษย์ ในการให้บริการจึงควรบูรณาการมิติทางจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และทำให้เกิดความสบายใจทั้งสองฝ่าย (มกราพันธ์ จุฑะรสกะ, 2551; Klieman, 2009) เนื่องจากการพยาบาลมีส่วนสำคัญ 2 ส่วนคือ ความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ (Scientific nursing care) คือความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาพยาบาลต่างๆ และความรู้เชิงมนุษยธรรม (Humanistic nursing care) คือการดูแลบุคคลผ่านการสื่อสารที่แสดงถึงการเคารพ ให้เกียรติซึ่งกันและกัน (Klieman, 2009) พฤติกรรมบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์จึงไม่ได้มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางการเรียน ที่ได้คะแนนส่วนใหญ่จากการสอบ ผลการศึกษาจึงไม่พบความสัมพันธ์ของสองตัวแปร ($r = -.122$) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ปานทิพย์ ปุณยานนท์ (2557) ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยสะสม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาของปานทิพย์ให้ความสำคัญเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมการเรียนการสอนภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์ว่าเป็นกิจกรรมการเรียนการสอนที่อาจารย์ผู้สอนจัดขึ้นครอบคลุมกิจกรรมการเรียนการสอน 5 ด้าน คือ การกำหนดวัตถุประสงค์ การเตรียมการสอน วิธีการและเทคนิคการสอน การวัดและประเมินผลการเรียนการสอน และการสร้างบรรยากาศในการเรียนการสอน ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดกิจกรรมทั้ง 5 ด้านตามการรับรู้ของอาจารย์และนักศึกษากิจกรรมดังกล่าวส่งผลให้มีการควบคุมตัวแปรด้านสภาพแวดล้อมทางการศึกษาในรายวิชาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยของนักศึกษาสูงขึ้นในแต่ละรายวิชาและคะแนนสะสมเฉลี่ยโดยภาพรวม แตกต่างจากการวิจัยนี้ที่การจัดการศึกษาที่ส่งเสริมพฤติกรรมบริการสุขภาพด้วย



หัวใจความเป็นมนุษย์ของผู้สำเร็จการศึกษานั้นครอบคลุมกิจกรรมการเรียนการสอน กิจกรรมเสริมหลักสูตร และกิจกรรมพัฒนานักศึกษาจึงไม่สามารถคาดคะเนผลลัพธ์ด้านคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนได้และการให้บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์มีจุดเน้นคือ การดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

เอกสารอ้างอิง

- กิตติ กรทอง. (2552). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดำเนินการจัดการศึกษาระดับก่อน
ประถมศึกษา ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในเขตอำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ศรี
สาตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.
กลุ่มพัฒนาบุคลากร สถาบันพระบรมราชชนก.(2556).คู่มือการดำเนินการเพื่อให้เกิดอัตลักษณ์บัณฑิต สถาบัน
พระบรมราชชนก. นนทบุรี: ยุทธรินทร์ การพิมพ์.
- ถาวร พวงมณี. (2547). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองต่อการบริหารงานในโรงเรียนสังกัดกรุงเทพฯ.
วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- พงศ์พันธ์ แก้วหาวงค์.(2550). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลช่วยเหลือนักเรียนใน
สถานศึกษา อำเภอหนองสองห้อง สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาขอนแก่น เขต 3.
วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- นุสรา ประเสริฐศรี อภิรัตน์ เจริญกุล นงลักษณ์ ศรีสอง และพรรณนิภา แก้วมัตย์. (2556). ผลของการเรียนรู้
โดยใช้วิจัยเป็นฐาน (Research-based Learning) ของนักศึกษาพยาบาลต่อการคิดวิเคราะห์ การ
ทำงานเป็นทีม และการเรียนรู้ด้วยตนเอง. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ นวัตกรรม
การเรียนรู้สู่อัตลักษณ์: ความรู้จากการปฏิบัติจริง. 16-17 กันยายน 2556 ณ โรงแรมมารวยการ์เด็น
กรุงเทพฯ. หน้า 145-146.
- บุษกร โกมลอมร ศรีธนาบุญสิน บินทาประสิทธิ์. (2557). การสะท้อนคิดของนักศึกษาพยาบาลที่
เชื่อมโยงการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์โดยใช้กิจกรรมศิลปการวาดภาพระบายสี.
รายงานวิจัย.สงขลา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา.
- บุญจิต พูลธนานนท์. (2557). สภาพการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมให้นักศึกษาพยาบาลมี ความสามารถ
ในการบริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ภายใต้หลักฐานเชิงประจักษ์. วารสารพยาบาล
กระทรวงสาธารณสุข. 24(1) : 30-44.
- เพลินตา พรหมบัวศรี จริยา อินทนา และ กัลยา ศรีมหันต์. (2557). การจัดการเรียนการสอนแบบบูรณาการ
เพื่อพัฒนานักศึกษาให้มีหัวใจความเป็นมนุษย์. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ นวัตกรรม
การเรียนรู้สู่อัตลักษณ์: ความรู้จากการปฏิบัติจริง. 16-17 กันยายน 2556 ณ โรงแรมมารวยการ์เด็น
กรุงเทพฯ. หน้า 1-22.



เอกสารอ้างอิง

- มกราพันธ์ จุฑะรสก. (2551). บทสรุปผู้บริหารการพัฒนาหน่วยการเรียนรู้แบบบูรณาการเพื่อสร้างชุมชนปฏิบัติการการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: การประยุกต์ใช้ในองค์กรโดยใช้วิจัยเป็นฐาน. กรุงเทพฯ: สถาบันพระบรมราชชนก.
- ระพินทร์ ฉายวิมล. (2557). คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของนิสิตนักศึกษาในมหาวิทยาลัย: การเปลี่ยนแปลงเชิงพัฒนาการและกระบวนการพัฒนาอัตลักษณ์. *วารสารศึกษาศาสตร์*, 25(3): 1-14.
- วนิษา ชื่นกองแก้ว วีระศักดิ์ พุทธาศรี มณีนรัตน์ ตรงต่อศรีสกุล อรรณนิดา หวานคง. (2557). การปฏิรูปการศึกษาสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับความจำเป็นด้านสุขภาพในบริบทสังคมไทย. www.healthprofessionals21thailand.org
- วารุณี มีเจริญ และศักดิ์มงคล เชื้อทอง. (2550). พฤติกรรมเอื้ออาทรในการปฏิบัติการพยาบาลของผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก, รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สถาบันพระบรมราชชนก.
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา (2552). สำเนาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตหลักสูตรปรับปรุง 2552. พะเยา: วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะเยา.
- สมนึก ภัททิยธนี. (2546). *การวัดผลการศึกษา*. พิมพ์ครั้งที่ 4. กทม: สนิธ: ประสานการพิมพ์.
- สุธานันท์ กัลป์กะ และผกาสรณ์ อุไรวรรณ. (2556). การดูแลผู้ป่วยจิตเวชด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์: การเรียนรู้ตามสภาพจริงในการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลบุคคลที่มีปัญหาทางจิต. *วารสารพยาบาลรามาธิบดี*, 19(2): 159-167
- สุภาพรณ์ อุดมลักษณ์ พิมพ์มล วงศ์ไชยศิริสุธา เตชะวิเศษ สมศรี สัจจะสกุลรัตน์. (2558). อัตลักษณ์บริการสุขภาพด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ของบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา. *วารสารกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3): 14-26.
- Benner, P. (1982). From novice to expert, *American Journal of Nursing*, 82(3): 402-407.
- Dossey, B.M & Barbara, M. (2003). Holistic nursing practice. In B.M. Dossey, L. Keegan and C.E. Guzzetta (Eds). *Holistic nursing a handbook for practice*. 3rd edition. Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Klienman, S. (2009). *Human centered nursing: The Foundation of Quality Care*. Philadelphia: F.A.Davis.
- Yuan, H. & Williams, B.A. (2008). A systemic review of selected evidence on developing nursing students' critical thinking through problem-based learning. *Nurse Education Today*. 28, 657-663.



คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิต ต่อบัณฑิตหลักสูตรสาธารณสุขชุมชนมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ Satisfied characteristics according to the expectations of graduate employers on the graduates program in community health, Buriram Rajabhat University

สุภาพร ชื่นชูจิตร์ เสกสิทธิ์ ดวงคำ กิตติศักดิ์ นามวิชา
มณีนุช ให่วิจิตร และ สุภาพร บุญมี
สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนคณะวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์จังหวัดบุรีรัมย์

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิต และเพื่อเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตต่างหน่วยงาน ต่อคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ โดยใช้แบบสอบถามซึ่งถูกส่งไปยังหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดบุรีรัมย์ แบบสอบถามถูกส่งกลับคืน ร้อยละ 68 โดยเป็นผู้ใช้บัณฑิตจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข ร้อยละ 88.6 และ ร้อยละ 11.4 จากหน่วยงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มีสาระข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ความถี่และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานผลการวิจัยพบว่าผู้ใช้บัณฑิตที่ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงและเพศชายในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 48.5 และ ร้อยละ 51.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี รองลงมาคือช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 30.5 วุฒิการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามาก

ที่สุด (ร้อยละ 74.9) รองลงมาเป็นระดับปริญญาโท (ร้อยละ 17.3) และปริญญาเอกน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.6) ผู้ใช้บัณฑิตมีตำแหน่งงานปัจจุบันเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด ร้อยละ 55.1 รองลงมาได้แก่ ตำแหน่งอื่นๆ ร้อยละ 31.7 ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 7.2 และสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 5.4

ระดับความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ในภาพรวมทั้งหมด ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.33$, S.D.= 0.48) โดยคุณลักษณะของบัณฑิตที่ผู้ใช้บัณฑิตมีความคาดหวังสูงที่สุด ในระดับมากที่สุด 3 อันดับแรกคือ ด้านจรรยาบรรณต่อวิชาชีพ ($\bar{x} = 4.73$, S.D.= 0.49) ด้านการจัดการสุขภาพในชุมชน ($\bar{x} = 4.48$, S.D.= 0.61) และด้านสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{x} = 4.45$, S.D.= 0.54) ตามลำดับ ส่วนด้านที่คาดหวังน้อยที่สุดในผู้ใช้บัณฑิตทุกกลุ่มคือ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น ($\bar{x} = 3.74$, S.D.= 0.93) การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าผู้ใช้บัณฑิตทุกกลุ่มคาดหวังต่อคุณลักษณะด้านจรรยาบรรณวิชาชีพมากที่สุด อย่างไรก็ตามผู้ใช้บัณฑิตยังให้ความสำคัญกับทักษะและความสามารถด้าน



ต่างๆ ในงานสาธารณสุขที่พึงมีในฐานะของนักวิชาการ สาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การคุ้มครองผู้บริโภค และการฟื้นฟูสภาพ ตามลำดับ ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นแนวทางในปรับปรุงกระบวนการ จัดการเรียนการสอน รวมทั้งกิจกรรมต่างๆ เพื่อผลิต บัณฑิตของหลักสูตรให้มีคุณลักษณะสอดคล้องกับ ความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตต่อไป

คำสำคัญ : คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ สาธารณสุขชุมชน ความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิต

Abstract

The aims of this research were to examine the expectations of the employers toward satisfied characteristics of Buriram Rajabhat University graduates program in community health and to compare the expectations between different groups of graduate employers using survey research. The subjects, selected by purposive sampling, were the public health sectors including district hospitals and sub-district health promoting hospitals, and the local governments in Buriram province. Sixty eight percent of completed questionnaires, 88.6% of public health sectors and 11.4% of local governments, were returned for analysis. The results showed that the employers answered the questionnaires were 48.5% and 51.5% for female and male employers, respectively. Majority of the employers were aged between 41-55 years old (39.5%) followed by

31-40 years old (30.5%). Most of these employers earned a bachelor's or equivalent degree (74.9%) followed by a master's degree (17.9%) and the least was doctoral degree (0.6%). The position of most employers held was the directors of sub-district health promoting hospitals, next was the others (31.7%), the directors of district hospitals (7.2%), and the least was the public health executive (5.4%). The expectation of all employers on overall characteristics was in highest level ($\bar{x}=4.93$, S.D.= 0.48). The most 3 important characteristics required by all groups of employers were the code of professional ethics ($\bar{x}=4.73$, S.D.= 0.49), community health management ($\bar{x}=4.48$, S.D.= 0.61), and health education and health promotion ($\bar{x}=4.45$, S.D.= 0.54), respectively. First aid was the least expectation in all sectors including district hospitals (3.74, S.D.= 0.93). In conclusion, the most important characteristic required by all groups of employers was code of professional ethics. However, as the public health technical officers, some characteristics such as health promotion, disease control, first aid, consumer protection and rehabilitation, were also still required by the employers. All these data would be considered and used as the guideline for further development of teaching and learning processes and also curriculum improvement.



Keywords : Satisfied characteristics, Community health, Graduate Employer expectations

บทนำ

งานด้านสาธารณสุขชุมชน เป็นงานบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการดูแล ส่งเสริมสุขภาพ และการควบคุมและป้องกันโรคให้แก่ประชาชนในชุมชน (ประเวศวะสี, 2545, 2554:8-22) ดังนั้นการส่งเสริมให้เรื่องการเสริมสร้างสุขภาพเป็นเรื่องของบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้มีความเข้มแข็ง สามารถดูแลรักษาสุขภาพของตนเองพึ่งตนเอง และพึ่งพาซึ่งกันและกันได้มากยิ่งขึ้น น่าจะเป็นทางเลือกที่ดีในการทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนสูงขึ้นซึ่งจะส่งผลทำให้การพัฒนาทางสังคมของประเทศดีขึ้นตามไปด้วย (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555)

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550, 2550) ได้นิยามบริการสาธารณสุขว่า นอกจากการรักษาพยาบาลแล้ว ยังรวมถึงการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค และการฟื้นฟูสมรรถนะของบุคคล ครอบครัวและชุมชนให้กลับสู่สภาวะดี ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถนะ นักวิชาการสาธารณสุขมีส่วนสำคัญอย่างมากในการปฏิบัติงานด้านนี้และช่วยให้คนรู้จักประชาชนได้เป็นอย่างดีประกอบกับปัจจุบันประเทศกำลังประสบกับปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางด้านสาธารณสุข อีกทั้งความเป็นธรรมในการกระจายบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุขไม่มีความสมดุลคือ แพทย์และบุคลากรสาธารณสุขส่วนใหญ่ประจำอยู่ในกรุงเทพมหานคร หรือตามเมืองใหญ่มีเพียงส่วนน้อยที่ประจำอยู่ในชนบท นั่นหมายถึงการขาดความเป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพเช่นเดียวกัน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2555) ดังนั้นหลักสูตรทางด้านสาธารณสุขชุมชน จึงเป็นหลักสูตรที่มีความสำคัญเพื่อผลิตนักวิชาการสาธารณสุขให้แก่

ชุมชน และสังคม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริการสาธารณสุขพื้นฐาน ตามสถานบริการสาธารณสุขของรัฐที่มีอยู่ให้เกิดประสิทธิผลของการบริการให้มากยิ่งขึ้นด้วยความสำคัญดังกล่าวข้างต้น กลุ่มบุคลากรทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะนักวิชาการสาธารณสุข นับเป็นกำลังสำคัญของระบบการบริการสุขภาพของชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับพระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556 (พระราชบัญญัติวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556, 2556: 19-20) ที่บัญญัติไว้ว่า “วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนเป็นวิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์และสิ่งแวดล้อมในชุมชน เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรคการควบคุมโรคการตรวจประเมินและการบำบัดโรคเบื้องต้น การดูแลให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยการฟื้นฟูสภาพ การอาชีวอนามัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยในชุมชน...” และเป็นลักษณะงานที่ต้องปฏิบัติตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งที่กำหนดโดยสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (พระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ.2551, 2551) การปฏิบัติงานหรือดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพชุมชนตามหลักของวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนดังกล่าวนี้ นักวิชาการสาธารณสุขจึงมีบทบาทสำคัญอย่างมากในการปฏิบัติงานหรือให้บริการสุขภาพแบบองค์รวมนี้ จึงจำเป็นต้องมีสมรรถนะคือต้องมีความรู้และทักษะดังกล่าวเป็นอย่างดี ดังนั้นการผลิตบัณฑิตสู่วิชาชีพการสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องผลิตบัณฑิตให้มีสมรรถนะด้านต่างๆ อย่างเพียงพอเพื่อเพิ่มขีดความสามารถของระบบบริการสุขภาพปทุมภูมิให้มากขึ้นในปัจจุบันการผลิตบัณฑิตของหลักสูตรต่างๆรวมทั้งด้านสาธารณสุขของสถาบันการศึกษาส่วนใหญ่ได้มีการปรับปรุงพัฒนาตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิการศึกษาระดับอุดมศึกษาแห่งชาติทำให้คุณภาพการผลิตบัณฑิตในสาขาวิชาเดียวกันของแต่ละสถาบันมีคุณภาพไม่ต่ำกว่าที่กำหนดไว้ในมาตรฐานคุณวุฒิระดับการศึกษาของสาขาวิชานั้นๆ อย่างไรก็ตามการผลิตบัณฑิตของสถาบันต่างๆ



ล้วนแต่ต้องมีการสะท้อนจุดเน้นของแต่ละสถาบัน ซึ่งควรต้องสอดคล้องกับบริบทพื้นที่หรือความต้องการชุมชนเป็นสำคัญการผลิตบัณฑิตสาขาการสาธารณสุข โดยเฉพาะสาขาสาธารณสุขชุมชนที่ผ่านมานั้น ส่วนใหญ่เป็นการผลิตเพื่อมุ่งเน้นการเพิ่มบุคลากรด้านสาธารณสุขให้เพียงพอแก่การให้บริการสุขภาพ โดยเฉพาะในระดับชุมชน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศ หากแต่การผลิตบัณฑิตหรือบุคลากรด้านสาธารณสุขอาจยังไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่หรือความต้องการชุมชนอย่างแท้จริง รวมทั้งปัญหาที่พบอีกด้านหนึ่งคือการให้บริการสุขภาพชุมชนยังไม่เต็มศักยภาพ อาจเนื่องมาจากบัณฑิตที่ผลิตออกไปยังมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานไม่เพียงพอ สอดคล้องกับรายงานวิจัยของกิตติพิพัทธ์ เอี่ยมรอด และพิมพ์เพ็ญ เจนอักษร (2555) พบว่าสมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยังมีความรู้ทักษะตลอดจนความสามารถที่จำเป็นไม่เพียงพอ โดยมีสมรรถนะในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ข้อมูลวิจัยนี้แม้จะเป็นการศึกษาเฉพาะพื้นที่แต่ก็สามารถเป็นข้อบ่งชี้ที่สะท้อนให้เห็นว่าบุคลากรด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะในหน่วยงานบริการสุขภาพปฐมภูมิต่างๆ ต้องได้รับการพัฒนาสมรรถนะอย่างต่อเนื่องและประการที่สำคัญอย่างยิ่งคือหลักสูตรที่ผลิตบุคลากรด้านสาธารณสุขของสถานศึกษาต่างๆ ต้องตระหนักถึงการบริหารจัดการกระบวนการจัดการเรียนการสอนในทางผลิตบัณฑิตให้มีสมรรถนะด้านต่างๆ ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะนักวิชาการสาธารณสุขที่ต้องปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ อย่างไรก็ตามข้อจำกัดหนึ่งที่พบว่าเป็นปรากฏการณ์สำคัญในแง่ของการจัดการเรียนการสอนบางทักษะซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานจริงในชุมชน แต่ไม่สามารถจัดการเรียนการสอนได้เท่าที่ควรเนื่องจากต้องคำนึงถึงเรื่องของการก้าวล่วงวิชาชีพของศาสตร์อื่นๆ ที่เป็นวิชาชีพเฉพาะ โดยเฉพาะแพทย์ และพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นกลุ่ม

บุคลากรที่สำคัญแต่ยังขาดแคลน ไม่เพียงพอในการให้บริการสุขภาพในระดับชุมชนและแม้ว่าปัจจุบันนี้ได้มี พ.ร.บ. วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน ที่รองรับการปฏิบัติงานของนักวิชาการสาธารณสุขชุมชนในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามหากชุมชนหรือผู้ใช้บัณฑิตสามารถสะท้อนให้เห็นถึงทักษะหรือคุณลักษณะด้านต่างๆ ของบัณฑิตที่ต้องการอย่างแท้จริงได้ ข้อมูลเหล่านี้จะสามารถใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาหลักสูตรเพื่อผลิตบัณฑิตให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตหรือเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่ออ้างอิงในการปรับปรุงกฎระเบียบ รวมทั้งการจัดกิจกรรมหรือหลักสูตรอบรมต่างๆ ให้แก่นักวิชาการสาธารณสุขได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เป็นหลักสูตรที่มีปรัชญาในการมุ่งผลิตบัณฑิตที่มีความรู้คู่คุณธรรมนำการพัฒนาด้านสาธารณสุขสู่ชุมชนเพื่อเป็นฐานในการพัฒนาประเทศในด้านสาธารณสุข ดังนั้นสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ จึงมีการพัฒนากระบวนการเรียนการสอนอย่างต่อเนื่อง โดยคำนึงถึงการผลิตบัณฑิตให้มีคุณลักษณะตามที่กำหนดไว้ในปฏิญญาของหลักสูตรและสอดคล้องกับความต้องการของแหล่งงาน หรือผู้ใช้บัณฑิตทั้งในระดับท้องถิ่นและในระดับประเทศ การศึกษาวิจัยนี้ดำเนินการศึกษาความคาดหวังหรือความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจในการปรับปรุงพัฒนาหลักสูตรให้สอดคล้องกับสภาพการณ์ในปัจจุบัน อันจะนำไปสู่การได้มาซึ่งบัณฑิตด้านสาธารณสุขชุมชนที่มีคุณลักษณะสอดคล้องตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตเพื่อเป็นการตอบสนองต่อปัญหาความต้องการบุคลากรด้านสาธารณสุขของประเทศที่ยังขาดแคลนอยู่ โดยเฉพาะในระดับปฐมภูมิอีกทั้งยังส่งผลถึงความสามารถในการแข่งขันในตลาดงานที่สูงขึ้นอีกด้วย ดังผลการวิจัยของ ชูชาติ อาริจิตรานุสรณ์ (2552) พบว่าบัณฑิตที่มีคุณสมบัติตรงกับความต้องการของ



ผู้ใช้บัณฑิต จะส่งผลให้บัณฑิตมีโอกาสในการถูกคัดเลือกเข้าทำงานและมีโอกาสดำรงตำแหน่งในการทำงานมากขึ้น เนื่องจากมีคุณสมบัติเหมาะสมและตรงตามความต้องการของแหล่งงานมากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของศิริวรรณ สิริพุทธิวรรณ (2547) ซึ่งทำการศึกษาคุณลักษณะของบัณฑิตที่มีผลต่อการจ้างงานของบัณฑิตมหาวิทยาลัยทักษิณ พบว่า ผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจต่อบัณฑิตของมหาวิทยาลัยทักษิณในระดับมาก องค์ประกอบหลักที่นายจ้างมีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม และมนุษยสัมพันธ์ และนายจ้างมีความเห็นว่า บัณฑิตจากมหาวิทยาลัยทักษิณส่วนใหญ่สมควรได้รับโอกาสในการทำงานต่อไป สูงถึงร้อยละ 70.79 รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะได้รับการขยายสัญญาจ้างอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง

ดังนั้นการวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์จากผู้ประกอบการหรือผู้ใช้บัณฑิต ซึ่งมีความสำคัญและถือเป็นวิธีการหนึ่งที่เหมาะสมในการที่จะได้มาซึ่งข้อมูลหรือข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับคุณลักษณะของบัณฑิตที่เป็นที่ต้องการของผู้ใช้บัณฑิตหรือชุมชน โดยเฉพาะบัณฑิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงหลักสูตรวางแผนการจัดการเรียนการสอน การจัดการกิจกรรมและการบริหารจัดการทรัพยากรต่างๆ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้นในการผลิตบัณฑิตให้มีคุณภาพสอดคล้องกับความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง และสามารถแข่งขันได้ในตลาดแรงงานด้านการบริการสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ของบัณฑิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ตามความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขแต่ละประเภท เช่นโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และส่วนงานสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ของจังหวัดบุรีรัมย์

2. เพื่อเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขแต่ละประเภทต่อคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของบัณฑิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชนคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประเมินคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิต 11 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวิตสถิติและการวิจัย ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย ด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการบริการสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค ด้านการศึกษาด้านสาธารณสุข การจัดการสุขภาพในชุมชน ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ และด้านจรรยาบรรณต่อวิชาชีพขอบเขตพื้นที่การดำเนินงานวิจัย ได้แก่ หน่วยงานต่างๆ ในเขตจังหวัดบุรีรัมย์ที่มีความต้องการนักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ นักวิชาการควบคุมโรค นักวิชาการสุขภาพและนักวิชาการสุขศึกษาในที่นี้คือหน่วยงานด้านการสาธารณสุข และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยดำเนินการระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2554 ถึงเดือนตุลาคม 2555



ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือผู้ใช้บัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เพื่อให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ผู้วิจัยได้ทำการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ เจาะจงเลือกตัวอย่างผู้ใช้บัณฑิตหรือหน่วยงานที่มีความต้องการนักวิชาการสาธารณสุข นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ นักวิชาการควบคุมโรค นักวิชาการสุขภาพและนักวิชาการสุศึกษา ในสังกัดสาธารณสุขอำเภอโรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดบุรีรัมย์ รวมทั้งสิ้น จำนวน 245 แห่ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือวิจัย มีทั้งหมด 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บัณฑิต

ส่วนที่ 2 คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิต และ

ส่วนที่ 3 ข้อคิดเห็น/ ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการพัฒนาบัณฑิตหลักสูตรหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต (สาธารณสุขชุมชน) คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

คุณภาพของแบบสอบถามที่ใช้ในงานวิจัยนี้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถามความครอบคลุมของเนื้อหา วัตถุประสงค์การวิจัยและการใช้ภาษาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คนแล้วหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา CVI (Content Validity Index) ได้เท่ากับ 0.84 จากนั้นนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ใกล้เคียงจำนวน 30 ชุด แล้วหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการจัดส่งแบบสอบถามทางไปรษณีย์ให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เลือก ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ได้แก่ หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข (โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น รวมทั้งสิ้น จำนวน 245 แห่งระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2554 ถึง เดือนกันยายน 2555 จากนั้นรวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสอบถามที่สมบูรณ์จะถูกนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแปลผลคะแนนระดับความพึงพอใจต่อคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของผู้ใช้บัณฑิตตามความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิต เป็นการแปลผลคะแนนจากมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับโดยคิดเป็นรายข้อ รายด้าน และโดยภาพรวมทุกด้าน

ข้อมูลทั่วไปของผู้ใช้บัณฑิตจากแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนและมีความสมบูรณ์ของคำตอบ จำนวน 167 ชุด (ร้อยละ 68) โดยเป็นผู้ใช้บัณฑิตจากหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ร้อยละ 88.6 และร้อยละ 11.4 จากหน่วยงานด้านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าผู้ใช้บัณฑิตส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 51.5 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 48.5 โดยมีอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 39.5) รองลงมาคือช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 30.5 มีวุฒิการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด (ร้อยละ 74.9) รองลงมาคือ ระดับปริญญาโท (ร้อยละ 17.9)



ส่วนปริญญาเอกน้อยที่สุด และมีตำแหน่งงานปัจจุบัน เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 55.1 รองลงมาได้แก่ ตำแหน่งอื่นๆ ร้อยละ 31.7 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 7.2 และ สาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 5.4 ผู้ใช้บัณฑิตส่วนใหญ่ มีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งอยู่ในช่วง 1-5 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.9 รองลงมา คือ 6-10 ปี ร้อยละ 13.8 พบว่าหน่วยงานที่สังกัดของผู้ใช้บัณฑิต ส่วนใหญ่ คือร้อยละ 51.5 สังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รองลงมาคือสาธารณสุขอำเภอ (ร้อยละ 25.7) โรงพยาบาลชุมชน (ร้อยละ 10.2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ร้อยละ 7.2) ตามลำดับ และหน่วยงานอื่นๆ (ร้อยละ 5.4)

จากการศึกษาความคาดหวังหรือความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ทั้งหมด 11 ด้านพบว่า ผู้ใช้บัณฑิตมีระดับความคาดหวังหรือความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตในภาพรวมต่อคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ทั้งหมด 11 ด้าน ในระดับมากที่สุดพบค่าเฉลี่ย 4.33, S.D.= 0.48) โดยคุณลักษณะหลักของบัณฑิตที่ผู้ใช้บัณฑิตมีความคาดหวังสูงสุด 3 ลำดับแรก คือ ด้านจรรยาบรรณต่อวิชาชีพ ($\bar{x}$ = 4.73, S.D.= 0.49) ซึ่งเมื่อศึกษารายละเอียดของด้านจรรยาบรรณต่อวิชาชีพ พบว่าคุณลักษณะที่พึงประสงค์ที่ผู้ใช้บัณฑิตมีความต้องการให้บัณฑิตมีมากที่สุด คือความอดทน และความรับผิดชอบมีความรัก ความศรัทธา และทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพการสาธารณสุข รวมทั้งมีใจรักการบริการด้วยความซื่อสัตย์ จริ่งใจ และเสมอภาค คุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านที่คาดหวังรองลงมาคือ ด้านการจัดการสุขภาพในชุมชน ($\bar{x}$ = 4.48, S.D.=

0.61) โดยคาดหวังให้บัณฑิตมีความสามารถในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพในชุมชนได้มากที่สุด และความคาดหวังอันดับสามคือ ด้านสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ ($\bar{x}$ = 4.45, S.D.= 0.54) โดยคาดหวังให้บัณฑิตมีทักษะในการให้สุขศึกษารายบุคคลและรายกลุ่มมีความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพ สร้างกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้ ส่วนคุณลักษณะที่พึงประสงค์ที่คาดหวังน้อยที่สุด โดยมีระดับความคาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ($\bar{x}$ = 3.74, S.D.= 0.93) (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 ความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตโดยภาพรวม ต่อคุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านต่างๆของบัณฑิต หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

คุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์	ระดับความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิต (n= 148)		
	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1. ด้านการวิจัยและชีวิตริตติ	4.36	0.64	มากที่สุด
2. ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม	4.19	0.59	มาก
3. ด้านอาชีวนามัยและความปลอดภัย	4.15	0.64	มาก
4. ด้านสุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ	4.45	0.54	มากที่สุด
5. ด้านการป้องกันและควบคุมโรค	4.44	0.65	มากที่สุด
6. ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น	3.74	0.93	มาก
7. ด้านคุ้มครองผู้บริโภค	4.30	0.63	มากที่สุด
8. ด้านการจัดการสุขภาพในชุมชน	4.48	0.61	มากที่สุด
9. ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	4.43	0.64	มากที่สุด
10. ด้านการฟื้นฟูสภาพ	4.27	0.68	มากที่สุด
11. ด้านจรรยาบรรณต่อวิชาชีพ	4.73	0.49	มากที่สุด
รวม	4.33	0.48	มากที่สุด

ผลการศึกษาการเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ระหว่างผู้ใช้บัณฑิตจากหน่วยงานต่างๆ โดยแยกเป็นกลุ่ม คือ หน่วยงานด้านสาธารณสุข ได้แก่ รพช. และรพ.สต. และอปท. พบว่าในภาพรวมความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ทั้ง 11 ด้าน อยู่ในระดับมากที่สุดทุกกลุ่ม โดยกลุ่ม อปท. มีระดับความคาดหวังสูงสุด ($\bar{x} = 4.44$, S.D.=0.32) รองลงมา คือ รพ.สต. ($\bar{x} = 4.34$, S.D.=0.50) และ รพช. ($\bar{x} = 4.27$, S.D.= 0.34) ตามลำดับ และพบว่าผู้ใช้บัณฑิตทั้งหน่วยงานด้านสาธารณสุข (รพช. และ รพ.สต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความคาดหวังต่อคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ที่สอดคล้องกัน คือมีความหวังด้านจรรยาบรรณต่อวิชาชีพสูงที่สุด ส่วนด้านที่คาดหวังน้อยที่สุด คือ ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น (ตารางที่ 2)



ตารางที่ 2 ความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตจำแนกตามกลุ่มหน่วยงาน ต่อคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของ
บัณฑิต หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน โดยภาพรวม

คุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์	ระดับความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิต (n= 148)					
	รพ.สต.		รพช.		อปท.	
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.
1. ด้านการวิจัยและชีวิตรัตติ	4.37	0.63	4.40	0.65	4.00	0.64
2. ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม	4.19	0.61	4.25	0.52	4.21	0.72
3. ด้านอาชีพอนามัยและความปลอดภัย	4.15	0.64	4.25	0.69	4.00	0.74
4. ด้านสุศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ	4.46	0.54	4.41	0.65	4.31	0.59
5. ด้านการป้องกันและควบคุมโรค	4.45	0.65	4.57	0.66	4.31	0.72
6. ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น	3.88	0.81	3.00	1.02	3.59	1.31
7. ด้านคุ้มครองผู้บริโภค	4.30	0.63	4.18	0.72	4.48	0.67
8. ด้านการจัดการสุขภาพในชุมชน	4.46	0.63	4.54	0.61	4.43	0.75
9. ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	4.41	0.67	4.67	0.39	4.31	0.72
10. ด้านการฟื้นฟูสภาพ	4.30	0.65	4.26	0.59	3.96	0.97
11. ด้านจรรยาบรรณต่อวิชาชีพ	4.72	0.50	4.84	0.38	4.53	0.73
รวม	4.31	0.50	4.27	0.34	4.47	0.32

การจัดลำดับความสำคัญของสมรรถนะด้านสาธารณสุขของบัณฑิต โดยผู้ใช้บัณฑิตพบว่า ผู้ใช้บัณฑิตให้ความสำคัญกับความสมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็นอันดับ 1 มากที่สุด (ร้อยละ 59.5) รองลงมา ได้แก่ การควบคุมป้องกันโรค (ร้อยละ 54.1) การรักษาพยาบาลเบื้องต้น (ร้อยละ 7.4) การคุ้มครองผู้บริโภค (ร้อยละ 2.0) และการฟื้นฟูสภาพ (ร้อยละ 0.7) ตามลำดับ (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 ร้อยละของการจัดลำดับความสำคัญของความสามารถของบัณฑิตด้านสาธารณสุข
โดยผู้ใช้บัณฑิต

ความสามารถของบัณฑิต	ระดับความสำคัญ (n = 148)				
	อันดับ 1	อันดับ 2	อันดับ 3	อันดับ 4	อันดับ 5
การส่งเสริมสุขภาพ	59.5	27.7	10.1	2.7	0.0
การควบคุมป้องกันโรค	30.4	54.1	10.1	3.4	2.0
การรักษาพยาบาลเบื้องต้น	7.4	6.8	25.7	14.9	45.3
การคุ้มครองผู้บริโภค	2.0	6.1	29.1	31.8	30.4
การฟื้นฟูสุขภาพ	0.7	5.4	23.0	48.6	22.3

อภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิต ตามความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิต และเปรียบเทียบความคาดหวังหรือความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตจากต่างหน่วยงานต่อคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์เพื่อจะได้มาซึ่งข้อมูลหรือข้อเสนอแนะเกี่ยวกับคุณลักษณะของบัณฑิตที่เป็นที่ต้องการของผู้ใช้บัณฑิต โดยเฉพาะบัณฑิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ เพื่อนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจสำหรับการวางแผนทางในการพัฒนาปรับปรุงหลักสูตรให้สอดคล้องตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตหรือชุมชนมากที่สุด ซึ่งจะทำให้บัณฑิตที่จบจากหลักสูตรสามารถแข่งขันในตลาดแรงงานได้ มีโอกาสถูกจ้างงานสูงเนื่องจากมีคุณลักษณะที่พึงประสงค์ตามที่นายจ้างต้องการ ดังเช่นผลการศึกษาของ สรรพเชาวรรณ (2547) ซึ่งทำการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับคุณลักษณะของบัณฑิตที่จบจากมหาวิทยาลัยทักษิณ พบว่าผู้ใช้บัณฑิตมีความพึงพอใจต่อบัณฑิตของมหาวิทยาลัยทักษิณในระดับมาก และนายจ้างมีความเห็นว่า บัณฑิตจากมหาวิทยาลัยทักษิณส่วนใหญ่สมควรได้รับโอกาสในการจ้างงานต่อไป สูงถึงร้อยละ 70.79 รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะได้รับการขยายสัญญาจ้างอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างสูง

การสำรวจความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านต่างๆ 11 ด้าน ของบัณฑิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์โดยผู้ใช้บัณฑิตของหลักสูตรนี้ ส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะโรงพยาบาลชุมชนสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมทั้งกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ผลการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผู้ใช้บัณฑิต ตอบแบบสอบถามกลับมายังผู้วิจัยโดยมีข้อมูลครบสมบูรณ์คิดเป็นร้อยละ 68 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามเป็นเพศหญิงและเพศชายในจำนวนที่ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 48.5 และ ร้อยละ 51.5 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่ามีการกระจายตัวตามเพศ



ของผู้ใช้บัณฑิต หรือผู้ตอบแบบสอบถามอยู่ในระดับดีมาก และส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.5 มีอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี รองลงมาคือช่วงอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 30.5 วุฒิการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่ามากที่สุด คือร้อยละ 74.9 รองลงมาได้แก่ระดับปริญญาโท ร้อยละ 17.9 และปริญญาเอกน้อยที่สุด เพียง 1 ราย (ร้อยละ 0.6) กลุ่มตัวอย่างมีตำแหน่งงานปัจจุบันเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด ร้อยละ 55.1 รองลงมาได้แก่ ตำแหน่งอื่นๆ ร้อยละ 31.7 ตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 7.2 และสาธารณสุขอำเภอ ร้อยละ 5.4 จากการสังเกตค่าตัวเลขการกระจายของตำแหน่งงานผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 55.1) มีความสอดคล้องกับช่วงอายุซึ่งอยู่ระหว่าง 41-50 ปีมากที่สุด และมีความสอดคล้องกับหน่วยงานที่สังกัดคือสังกัดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งมีการกระจายตัวมากที่สุด คือ ร้อยละ 51.5 จากข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่าผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีตำแหน่งระดับหัวหน้าหน่วยงานโดยเฉพาะในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งชี้ให้เห็นว่าผู้ใช้บัณฑิตของหลักสูตรสาธารณสุขชุมชนส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับชุมชน เข้าใจบริบทและปัญหาของชุมชนอย่างแท้จริง ดังนั้นผู้ใช้บัณฑิตเหล่านี้จึงน่าจะมีความรอบรู้ถึงคุณลักษณะของบัณฑิตที่พึงประสงค์ ได้สอดคล้องกับการกิจของหน่วยงาน และความต้องการของชุมชน โดยเฉพาะในการให้บริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ผลการวิเคราะห์คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ตามความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิต ในภาพรวมทั้งหมด 11 ด้าน พบว่าผู้ใช้บัณฑิตมีความคาดหวังต่อคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.33$, S.D. = 0.48) เมื่อพิจารณาราย

ด้านพบว่า ผู้ใช้บัณฑิตมีความคาดหวังต่อคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ด้านจรรยาบรรณต่อวิชาชีพสูงที่สุด อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.73$, S.D. = 0.49) และเมื่อเปรียบเทียบความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ระหว่างผู้ใช้บัณฑิตต่างกลุ่มหน่วยงาน ในภาพรวมทั้ง 11 ด้าน พบว่า ผู้ใช้บัณฑิตทุกกลุ่มมีความคาดหวังต่อคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตที่ใกล้เคียงกัน แสดงว่าคุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านต่างๆ ของบัณฑิตหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาสาธารณสุขชุมชน มีความสำคัญและเป็นที่คาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตทุกกลุ่มเหมือนกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพบว่าทุกกลุ่มมีความคาดหวังต่อคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ ในด้านจรรยาบรรณต่อวิชาชีพสูงที่สุด และด้านที่คาดหวังน้อยที่สุด คือ ด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เช่นเดียวกัน ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าคุณลักษณะด้านจรรยาบรรณวิชาชีพเป็นสิ่งที่นายจ้างหรือผู้ใช้บัณฑิตคาดหวังสูงที่สุด ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นสอดคล้องกับผู้ใช้บัณฑิต ที่ให้ความสำคัญต่อคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ด้านจรรยาบรรณวิชาชีพมากที่สุด โดยเฉพาะด้านการให้บริการบริการด้วยความซื่อสัตย์จริงใจ และเสมอภาค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (ม.ป.ป.) ซึ่งทำการสำรวจคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ของบัณฑิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต รุ่นปีการศึกษา 2553 พบว่าโดยภาพรวมผู้ใช้บัณฑิตต้องการบัณฑิต ที่มีคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ด้านคุณธรรมจริยธรรมเป็นลำดับแรก โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุดในเรื่องของความซื่อสัตย์สุจริต



และรองลงมาคือ มีจรรยาบรรณในวิชาชีพชี้ให้เห็นว่า การมีความรู้ ความสามารถ เพียงอย่างเดียวไม่อาจ รับประกันได้ว่าบุคคลนั้นจะสามารถปฏิบัติงานได้ดี หรือประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานได้ โดยเฉพาะวิชาชีพสาธารณสุข ซึ่งเป็นวิชาชีพที่ต้อง ทำงานเกี่ยวข้องกับสุขภาพ คุณลักษณะเจ็บบ่วยของ ประชาชน ซึ่งต้องมีความเสียสละ อดทน มีจิตใจที่มี เมตตา ปราศรณาให้ผู้อื่นมีความสุข มีความสำนึก รับผิดชอบต่อสังคม ให้บริการสุขภาพด้วยความเป็น ธรรมและมีจรรยาบรรณ (กองการพยาบาล, 2545, อ้างถึง ใน ผดุงศิลป์ เฟื่องชะอุ่ม, 2551) สอดคล้องกับงานวิจัย อีกจำนวนมากที่พบว่าคุณลักษณะบัณฑิตที่ใช้บัณฑิต มีความต้องการหรือคาดหวังมากที่สุดในระดับแรกๆ คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณ ในวิชาชีพ ดังเช่น มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (2554) ศึกษาวิจัยความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้ บัณฑิตในอนาคตต่อคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของ บัณฑิตสาธารณสุขศาสตรมหาวิทาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร พบว่าด้าน คุณธรรมจริยธรรมเป็นด้านที่มีความต้องการและความ หวังสูงที่สุดสอดคล้องกับการศึกษาของ มหาวิทยาลัยบูรพา (ม.บ.ป.) ซึ่งทำการสำรวจคุณลักษณะ ของบัณฑิตแพทย์ ตามความต้องการของผู้ใช้บัณฑิต พบว่าคุณลักษณะของบัณฑิตแพทย์ที่พึงประสงค์มาก ที่สุดของผู้ใช้บัณฑิต คือ ด้านคุณธรรมจริยธรรม รองลงมาคือด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและความ รับผิดชอบ และสุดท้ายคือด้านความรู้ความสามารถ ทางวิชาการวิชาชีพเช่นเดียวกับหทัยรัตน์ สุขศรี (2553) ศึกษาเรื่องความพึงพอใจของผู้ใช้บัณฑิตต่อ บัณฑิตที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตร วิชาชีพชั้นสูงสาธารณสุขศาสตร์ (เทคนิคเภสัชกรรม) วิทาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2551 พบว่าเมื่อ พิจารณาในภาพรวมพบว่าด้านที่มีระดับความพึงพอใจ สูงสุด คือ คุณธรรมและจริยธรรม ส่วนด้านที่มีระดับ

ความพึงพอใจต่ำสุดคือด้านความรู้ความสามารถทาง วิชาการและการปฏิบัติงาน

คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์อันดับ 2 และ 3 ซึ่งมีระดับความคาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด เช่นกัน คือ ด้านการจัดการสุขภาพในชุมชน ($\bar{x}$ = 4.48, S.D. = 0.61) และด้านสุศึกษาและการส่งเสริม สุขภาพ ($\bar{x}$ = 4.45, S.D. = 0.54) ตามลำดับ คุณลักษณะทั้ง 2 ด้านนี้ เป็นทักษะที่มีความสำคัญและ จำเป็นต่อวิชาชีพสาธารณสุขชุมชน ผู้ใช้บัณฑิตจึงให้ ความสำคัญและคาดหวังในระดับมากที่สุด เนื่องจาก นักวิชาการสาธารณสุขชุมชนถือเป็นกลไกหนึ่งในระบบ สุขภาพชุมชนโดยเป็นหนึ่งในนักจัดการสุขภาพชุมชน ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดการชุมชนหรือสังคมให้มี สภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพะ และมีความ เข้มแข็ง พึ่งตนเองได้ (ประเวศ วะสี, 2554: 8-22) ในส่วนของคุณลักษณะที่พึงประสงค์ด้านอื่นๆ ที่มีระดับ ความคาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด อีก 5 ด้าน ได้แก่ ด้านป้องกันและควบคุมโรคด้านการสื่อสารข้อมูล สุขภาพด้านการวิจัยและชีวิสถิติ ด้านการคุ้มครอง ผู้บริโภค และด้านการฟื้นฟูสภาพ เหล่านี้ถือว่าเป็น คุณลักษณะที่มีความสำคัญต่องานสาธารณสุขชุมชน มากเช่นกัน เพราะล้วนแต่เป็นคุณลักษณะที่จะ ช่วยป้องกันและควบคุมโรคได้เป็นอย่างดี

คุณลักษณะที่ผู้ใช้บัณฑิตมีความคาดหวังใน ระดับมาก มี 3 ด้าน ได้แก่ด้านสุขภาพและอนามัย สิ่งแวดล้อม ด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัย และด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งก็ถือเป็นงานที่ มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของชุมชนมากเช่นกัน



โดยเฉพาะด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และด้านอาชีวอนามัยและความปลอดภัยได้มีกำหนดไว้ใน พ.ร.บ. วิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน (พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน พ.ศ. 2556, 2556: 19-20) เพื่อให้ นักวิชาการสาธารณสุขชุมชน มีบทบาทหรือปฏิบัติหน้าที่ ในการรักษาคุณภาพของสิ่งแวดล้อมให้มีคุณภาพที่เหมาะสมต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ แต่อาจเป็นไปได้ว่างานในด้านนี้อาจมีความเหลื่อมซ้อนกับหน้าที่หลักของนักวิชาการสิ่งแวดล้อม และนักอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้ใช้บัณฑิตจึงให้ระดับความคาดหวังในระดับมาก ซึ่งมีระดับคะแนนรองจากด้านอื่นๆ ข้างต้น ส่วนคุณลักษณะด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น เป็นด้านที่ผู้ใช้บัณฑิตให้ระดับคะแนนน้อยที่สุดจากทั้งหมด 11 ด้าน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ใช้บัณฑิตอาจจะมองเห็นว่าหน้าที่หลักของนักวิชาการสาธารณสุขจะเน้นในเรื่องของการส่งเสริมสุขภาพการควบคุมและป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ โดยเฉพาะทักษะด้านการสวนปัสสาวะ และการล้างกระเพาะอาหารโดยใช้สายยาง พบว่าผู้ใช้บัณฑิตให้ระดับคะแนนน้อยที่สุด และมีระดับความคาดหวังในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากทักษะด้านนี้เป็นเรื่องของการทำหัตถการซึ่งโดยวิชาชีพแล้วควรเป็นทักษะหรือภารกิจหลักของแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพผู้ใช้บัณฑิตจึงให้ความสำคัญกับงานที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพไปมาเกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับ ผดุงศิลป์ เพ็งขลุ (2551) ซึ่งศึกษาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิและพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณลักษณะทางวิชาชีพด้านการรักษาพยาบาลเกี่ยวกับการทำหัตถการเบื้องต้น เช่น การฉีดยาการให้สารละลายน้ำทางเส้นเลือดการใส่สายยางให้อาหารทางกระเพาะอาหาร และการสวนปัสสาวะว่าภารกิจดังกล่าวควรเป็นภารกิจหลักของพยาบาลวิชาชีพซึ่งมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ

อย่างไรก็ตาม ในทางปฏิบัติหรือในความเป็นจริงของการปฏิบัติงานในชุมชนทักษะด้านการ

รักษาพยาบาลเบื้องต้นจะมีความสำคัญและจำเป็นมากต่อการให้บริการสุขภาพในชุมชน อีกทั้งในความเป็นจริงแล้วบุคลากรทางการแพทย์รวมถึงพยาบาลวิชาชีพก็ยังไม่เพียงพอและทั่วถึงในการให้บริการสุขภาพในระดับชุมชนจึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้ระดับความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิตต่อคุณลักษณะบัณฑิตด้านการรักษาพยาบาลเบื้องต้น ซึ่งอยู่ในระดับน้อยที่สุดแต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานแล้ว พบว่าผู้ใช้บัณฑิตใน รพ.สต. ซึ่งจัดเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิมีหน้าที่ให้บริการสุขภาพในระดับชุมชนและระดับความคาดหวังต่อทักษะด้านนี้สูงที่สุด ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นที่หน่วยงานระดับสูงที่เกี่ยวข้องจะต้องสนับสนุนหรือให้โอกาสในการพัฒนาศักยภาพของผู้ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิเหล่านี้ให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ทั้งนี้ในการผลิตบัณฑิตหรือนักวิชาการสาธารณสุขชุมชนจึงมีความจำเป็นต้องได้รับข้อมูลหรือข้อเสนอแนะจากชุมชนหรือผู้ใช้บัณฑิตโดยตรง เพื่อเป็นข้อมูลนำไปสู่การพัฒนาหลักสูตรและผลิตบัณฑิตให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บัณฑิตอย่างแท้จริง จากข้อมูลงานวิจัยข้างต้นชี้ให้เห็นว่า ความมีคุณธรรมจริยธรรม และจรรยาบรรณต่อวิชาชีพ เป็นสิ่งสำคัญและเป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ที่ผู้ใช้บัณฑิตทุกหน่วยงานคาดหวังหรือให้ความสำคัญเป็นอันดับแรกๆ ซึ่งสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตรสาธารณสุขชุมชนมหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ที่เน้นคุณลักษณะด้านนี้เป็นคุณลักษณะพึงประสงค์ที่สำคัญมากเป็นอันดับแรกๆ ในการผลิตบัณฑิตที่ “ดีและเก่ง” ให้แก่ชุมชน นอกจากนี้คุณลักษณะหรือทักษะอื่นๆ ที่ผู้ใช้บัณฑิตเสนอแนะเพิ่มเติมเพื่อการพัฒนาหลักสูตรได้แก่ การทำงานในด้านการจัดการสุขภาพในชุมชน ด้านสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ และสามารถวิเคราะห์ข้อมูลในชุมชนและทำงาน



ร่วมกับชุมชนได้รวมทั้งได้จัดลำดับความสำคัญความสามารถของบัณฑิตที่พึงมีในฐานะของนักสาธารณสุขชุมชน จากมากไปน้อยดังนี้ด้านการส่งเสริมสุขภาพการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การคุ้มครองผู้บริโภค และการฟื้นฟูสภาพ ตามลำดับ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นแนวทางที่ดีในการปรับปรุงพัฒนาหลักสูตร ชี้ให้เห็นแนวทางในการจัดการรายวิชา กระบวนการเรียนการสอน ทักษะที่ต้องเน้นและส่งเสริมรวมทั้งกิจกรรม ต่างๆ เพื่อให้ได้บัณฑิตของหลักสูตรหรือนักสาธารณสุขชุมชนที่มีคุณลักษณะและความสามารถสอดคล้องกับ ความต้องการของชุมชนหรือผู้ใช้บัณฑิตที่สามารถจัดการสุขภาพในชุมชนเป็นผู้นำและต้นแบบในการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัย และการสร้างสุขภาพชุมชนให้มีสภาพดีขึ้นอย่างยั่งยืนได้ บนพื้นฐาน ของจริยธรรมและวิชาการที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์ ในการสนับสนุนงบประมาณการทำงาน วิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ รองศาสตราจารย์ ดร.ชนะพล ศรีฤาชา ผู้อำนวยการสำนักบริหารและพัฒนา วิชาการมหาวิทยาลัยขอนแก่น และคุณนิภา สุทธิพันธ์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบเครื่องมือ และขอข้อมูลหน่วยงานต่างๆ ที่ให้ความอนุเคราะห์ใน การตอบแบบสอบถาม และให้ข้อมูล ในการทำงานวิจัยในครั้งนี้ จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กิตติพัทธ์ เอี่ยมรอด และพิมพ์เพ็ญ เจ๊ะอักษร. (2555). สมรรถนะของนักวิชาการสาธารณสุขโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล. *พุทธชินราชเวชสาร*; 29(2): 168-79.
- กองการพยาบาล. (2545). *แนวทางการจัดบริการพยาบาลระดับปฐมภูมิ*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย, อ้างถึงใน ผดุงศิลป์ เฟื่องขุ่ม (2551). คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตภาคกลาง กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยและประเมินผลการศึกษา) คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร. (ม.ป.ป.). *ผลการสำรวจคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์หลักสูตร พยาบาลศาสตรบัณฑิตรุ่นปีการศึกษา 2553*. สืบค้นเมื่อ 22 พฤษภาคม 2557, จาก <http://www.nurse.nu.ac.th/Web11/Graduates/Like/2.Characteristics.pdf>.
- คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. (ม.ป.ป.). *การสำรวจคุณลักษณะของบัณฑิตแพทย์ที่ต้องการของผู้ใช้ บัณฑิตคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*. สืบค้นเมื่อ 22 พฤษภาคม 2557, จาก med.buu.ac.th/qa/doc/data/resault_stu.pdf.



เอกสารอ้างอิง

- คณะวิทยาศาสตร์และวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. (2554). *ความต้องการและความคาดหวังของผู้ใช้บัณฑิต ในอนาคตต่อคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบัณฑิตสาขารัฐศาสตร์* มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร. สืบค้นเมื่อ 16 มิถุนายน 2558, จาก http://fph.csc.ku.ac.th/system/rich/rich_files/rich_files/000/000/730/original/2-7-1-1.pdf.
- ชูชาติ อารีจิตราอนุสรณ์. (2552). *คุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์*. สืบค้นเมื่อ 23 พฤษภาคม 2557, จาก <http://home.kku.ac.th/chuare/e-article/graduateframework.pdf>.
- ประเวศ วะสี. (2554). *การจัดการใหม่เพื่อการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน*. ใน *มองมุมใหม่จัดการใหม่ในระบบสุขภาพชุมชน*, เอกสารประกอบการประชุมมหกรรมสุขภาพชุมชนครั้งที่ ๑๖ จากความรู้สู่ระบบจัดการใหม่ จินตนาการเป็นจริงได้ไม่รู้จัก “New Management New Possibility”. กรุงเทพมหานคร. บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- ประเวศ วะสี. (2545). *พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ: ธรรมนูญสุขภาพของคนไทยเครื่องมือวัดกรรมทางสังคม*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข.
- ผดุงศิลป์ เพ็งขุ่ม. (2551). *คุณลักษณะที่พึงประสงค์ของบุคลากรสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตภาคกลาง กระทรวงสาธารณสุข*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยและประเมินผลการศึกษา) คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- “พระราชบัญญัติวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนพ.ศ. 2546”. (2556). *ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 130 ตอนที่ 118 ก* (16 ธันวาคม 2556). 19.
- “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติพ.ศ. 2550”. (2550). *ราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 124 ตอนที่ 16 ก* (19 มีนาคม 2550). สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2557, จาก http://www.moph.go.th/hot/national_health_50.pdf.
- ศิริวรรณ สิริพิทุไธวรรณ. (2547). *คุณลักษณะของบัณฑิตที่มีผลต่อการจ้างงานของบัณฑิตมหาวิทยาลัยทักษิณ*. สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2551). *บัญชีมาตรฐานกำหนดตำแหน่ง : สายงานประเภทวิชาการ*. สืบค้นเมื่อ 4 กันยายน 2558, จาก http://www.ocsc.go.th/ocsc/th/index.php?option=com_content&view=article&id=3230&Itemid=261.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559)*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ. (2549). *คู่มือประเมินรับรองคุณภาพมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์เกษตรแห่งประเทศไทย.
- หทัยรัตน์ สุขศรี. (2553). *ความพึงพอใจของผู้ใช้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง สาขารัฐศาสตร์ (เทคนิคเฝ้าระวัง)* วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น สำเร็จการศึกษาในปีการศึกษา 2551. ขอนแก่น.



การพัฒนาการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายตามมาตรฐาน ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน บ้านโนนท่าใหม่ ตำบลราษฎร์เจริญ อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม The Development of Network Operation for Standard of Primary Health Care Center in the Community, Nonthamai Village in Ratcharern Subdistrict, Phayakkaphumphisai District, Mahasarakham Province.

ไสว มงคลพิศ

นิสิตสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ น.สพ.ดร.มนกานต์ อินทรกำแหง

คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ดร.สงัด เชื้อกลิ่นฟ้า

สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ หมายความว่ามีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายตามมาตรฐานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน บ้านโนนท่าใหม่ โดยการปรับใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมของสถาบันพระปกเกล้าร่วมกับขั้นตอนการวางแผน การปฏิบัติงานตามแผน การสังเกต และการสะท้อนผลสู่ประชาชนในการวิจัยคือ ภาคีเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 50 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบบันทึกแบบสังเกต แบบบันทึกติดตามการปฏิบัติงาน แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามการมีส่วนร่วม แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินมาตรฐานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการพัฒนาส่งผลให้การประเมินมาตรฐาน

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน บ้านโนนท่าใหม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้ง 4 หมวด ระดับการมีส่วนร่วม ระดับความพึงพอใจ และระดับความรู้ของภาคีเครือข่ายหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา นอกจากนี้ยังส่งผลให้ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนในหมู่บ้านโนนท่าใหม่ เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชุมชน และให้ความสนใจในการดูแลสุขภาพของตนเองมากขึ้น

โดยสรุป การพัฒนาการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายตามมาตรฐานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน บ้านโนนท่าใหม่ มีปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาครั้งนี้ คือ บริบทของพื้นที่ที่มีความพร้อมกระบวนการพัฒนาของการวิจัยที่เป็นขั้นตอน แรงจูงใจจากเกณฑ์มาตรฐานศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ที่ครอบคลุมมิติสุขภาพและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในการพัฒนา



คำสำคัญ : ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน, ภาควิเคราะห์สุขภาพ, การมีส่วนร่วม

Key Words : Community Primary Health Care Center, Network, Participation

Abstract

This action research was aimed to develop the operation of networking for the Standard of Primary Health Care Center in the Community, Nonthamai Village, which applied the Technology Of Participation of King Rama VI institute Model and using the steps of planning, operating, observing and reflecting. The participants consisted of 50 people using were purposive sampling, which note-taking form, observing form, operating form, interview forms, questionnaire, testing formas data collection further investigation with a Focus group discussion and Community Primary Health Care Center Standard form, analyzed by the Percentage Mean and Standard Deviation. The study revealed that the operation of networking for the Standard of Primary Health Care Center in the community were passed all of standard evaluations. The mean scores of the participation, satisfaction, and knowledge of networking were higher than before the development. Moreover, the programme was enhanced the community networking of Nonthamai Village to engage the participations to look after their health. In conclusion, the succession of the program meincluded : 1) the context of local area, which needs to follow the steps of development, 2) the motivation to work under the standardrules, and 3) Networking of all sections in the local community.

บทนำ

การสาธารณสุขมูลฐานเป็นกลวิธีการดำเนินงานในการพัฒนาสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีเป็นการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในระดับล่าง (Self Care) ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเองอย่างยั่งยืน (สุชาติพจน์ ทรักษ์, 2552) สำหรับประเทศไทยเองก็ได้ดำเนินการตามแผนงานสาธารณสุขมูลฐานมาตั้งแต่แผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 4 (พ.ศ.2520 - 2524) มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นแกนนำหลักในการดำเนินงาน มีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นที่ทำงานของ อสม. ซึ่งจากการดำเนินงานที่ผ่านมาประสบผลสำเร็จในหลายๆ เรื่อง เช่น ภาวะโภชนาการเด็กดีขึ้น การเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ของประชาชนลดลง (สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข, 2552)

จากการดำเนินงานตามนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตามพระราชบัญญัติประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงและใช้บริการในสถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นจากร้อยละ 49 ใน พ.ศ.2534 เป็นร้อยละ 75.3 ใน พ.ศ.2548 และร้อยละ 68.5 ใน พ.ศ.2552 ทำให้รัฐบาลมีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพสูงขึ้นเป็นสองเท่าในระยะเวลา 10 ปี ที่ผ่านมา (1,202.40 บาท/คน ใน พ.ศ.2545 เป็น 2,755.60 บาท/คน ใน พ.ศ.2555) และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกในอนาคต กระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดทิศทางของการดำเนินงานด้านสุขภาพภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่าย มีศักยภาพและสามารถสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ลดการเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้และลดภาระค่าใช้จ่ายของรัฐบาล กลยุทธ์ในการพัฒนาที่สำคัญคือ การเสริมสร้างความ



เข้มแข็งของภาคีเครือข่ายสุขภาพในการสร้างสุขภาพ ตลอดจนการพึ่งตนเองด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภาครัฐและภาคประชาชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

เขตสุขภาพที่ 7 ก็ได้ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน จึงมีนโยบายในการสนับสนุน ปรับปรุง ศสมช. โดยจังหวัดร้อยเอ็ดขอนแก่น และกาฬสินธุ์ ใช้กลยุทธ์การเรียกชื่อ ศสมช. ใหม่ว่า “สุขศาลา” จังหวัดมหาสารคาม เรียกใหม่ว่า “ศาลาสุขภาพชุมชน” โดยมีการกำหนดมาตรฐาน ศสมช. 5 หมวด เพื่อเป็นเกณฑ์ในการพัฒนาสำหรับแต่ละจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 (สำนักงานสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7, 2557) จากการนิเทศ ติดตามการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐานทั้ง 9 หมู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง พบว่า การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานใน ศสมช. เป็นไปอย่างไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากไม่มี ศสมช. ที่เป็นรูปธรรมและที่สำคัญคือ ประชาชนในหมู่บ้านและภาคีเครือข่ายขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานใน ศสมช. ส่งผลให้การพึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพลดลง และจากการประเมินมาตรฐาน ศสมช. ตามมาตรฐานเขตสุขภาพที่ 7 โดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง พบว่า ไม่ผ่านเกณฑ์ 5 หมวดทั้ง 9 หมู่บ้าน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง, 2557)

จากเหตุผลและความสำคัญของปัญหาดังกล่าวจึงทำให้นักวิจัยสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายตามมาตรฐาน ศสมช. เพื่อให้ชุมชนสาธารณสุขมูลฐานใน ศสมช. ดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (วีรดี ปานศิลา, 2554) มาเป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ในหมู่บ้านและเป็นต้นแบบในการดำเนินงานสำหรับหมู่บ้านอื่นโดยผู้วิจัยได้เลือกดำเนินการในหมู่บ้านโนน

ท่าใหม่ หมู่ที่ 12 และพัฒนาเฉพาะมาตรฐาน ศสมช. ในหมวดที่ 1 – 4 ยังไม่พัฒนาในหมวดที่ 5 เนื่องจากในหมวดที่ 5 เป็นหมวดที่เกี่ยวกับการพัฒนาให้เกิดนวัตกรรมสุขภาพซึ่งมีข้อจำกัดในเรื่องของระยะเวลาดำเนินการวิจัยและเป็นเรื่องที่ต้องส่งสมประสบการณ์ในการทำงานของภาคีเครือข่ายภาคประชาชนที่ทำงานใน ศสมช. จึงจะทำให้เกิดการพัฒนานวัตกรรมในด้านสุขภาพได้ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายตามมาตรฐาน ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่
2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายตามมาตรฐาน ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่
3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายตามมาตรฐาน ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ Mcleassart (1988) 1 วงรอบ โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม มาเป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายผู้เข้าร่วมวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ภาคีเครือข่ายภาครัฐและภาคประชาชนที่เข้าร่วมการวิจัย จำนวน 50 คน เก็บข้อมูลก่อนและหลังการวิจัย เลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย รองนายก อบต.ราชบุรณเจริณ 1 คน ปลัด อบต.ราชบุรณเจริณ 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข รพ.สต.บ้านโนนม่วง 1 คน ผู้ใหญ่บ้านบ้านโนนท่าใหม่ 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านบ้านโนนท่าใหม่ 2 คน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล (ส.อบต.) บ้านโนนท่าใหม่ 1 คน อสม. 8 คน แกนนำสุขภาพประจำครอบครัว (กสค.) 35 คน กลุ่มที่ 2 ได้แก่ ประชาชนในหมู่บ้าน



โนนท่าใหม่ที่มีอายุตั้งแต่ 20-70 ปี ที่อ่านออกเขียนได้ อาศัยอยู่ในพื้นที่ในระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา เป็นผู้ที่เคยมาใช้บริการใน ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่ ในรอบระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมาและไม่ใช่ประชากรที่ใช้ในการวิจัยกลุ่มที่ 1 เมื่อพิจารณาคัดเลือกตามเกณฑ์พบว่า มีจำนวน 38 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความพึงพอใจหลังการวิจัยครั้งเดียวทั้ง 38 คน

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาวิจัยในมนุษย์ ซึ่งผู้วิจัยได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 0019/2558 ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอนการดำเนินการวิจัยไว้ 3 ระยะ เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม – มิถุนายน 2558 มีรายละเอียดดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนางานสาธารณสุข มาตรฐาน มาตรฐาน ศสมช. ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนา ศสมช.

1.2 ศึกษาบริบทและข้อมูลการพัฒนากิจกรรมใน ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่

1.3 ติดต่อ ประสานงานผู้ใหญ่บ้าน เพื่อขอความร่วมมือและแจ้งรายละเอียดของการวิจัย

1.4 สร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยและแจ้งรายละเอียดของการวิจัย

ระยะปฏิบัติการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ขั้นการวางแผน (Planning) ประกอบด้วย 1) การประชุมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย 50 คน เพื่อประเมินสภาพปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานใน ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่ ในปีที่ผ่านมา ประเมินมาตรฐาน ศสมช. วิเคราะห์สถานการณ์ สรุปภาพรวมปัญหา สาเหตุ แนวทางการแก้ไขและพัฒนาโดยใช้วิธีการสนทนาแบบมีส่วนร่วม

(ORID Method) ที่เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระหลากหลายมุมมองและสามารถสรุปแนวทางปฏิบัติร่วมกันได้ 2) กำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนาโดยการไปศึกษาดูงาน ศสมช. ต้นแบบบ้านคุยเชือก หมู่ที่ 3 ตำบลหนองผือ อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน 3) ประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย 50 คน เพื่อสรุปสิ่งที่ได้จากการไปศึกษาดูงาน วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงาน เพื่อร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนามาตรฐาน ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่ โดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมมาใช้ในขั้นตอนการประชุมเชิงปฏิบัติการและการจัดทำแผนปฏิบัติการโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้เอื้อกระบวนการกลุ่ม

2.2 ขั้นการปฏิบัติงานตามแผน (Action) เป็นการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ได้คือ แผนปฏิบัติการพัฒนามาตรฐาน ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่ ในหมวดที่ 1 – 4 ประกอบด้วย 1) แผนพัฒนามาตรฐาน ศสมช. หมวดที่ 1 ด้านโครงสร้างอาคารและสถานที่ จำนวน 8 กิจกรรม 2) แผนพัฒนามาตรฐาน ศสมช. หมวดที่ 2 ด้านการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมจำนวน 8 กิจกรรม 3) แผนพัฒนามาตรฐาน ศสมช. หมวดที่ 3 ด้านการจัดบริการเชิงรุกและเชิงรับจำนวน 8 กิจกรรม และ 4) แผนพัฒนามาตรฐาน ศสมช. หมวดที่ 4 ด้านด้านวิชาการ (ข้อมูลสุขภาพ) จำนวน 6 กิจกรรม

2.3 ขั้นการสังเกตผล (Observation) โดยการสังเกตการมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ตั้งแต่การประชุมเชิงปฏิบัติการจนถึงการลงมือปฏิบัติงานตามแผน การนิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานและการประเมินผลการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการทั้งก่อน ระหว่างและหลังการปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ

3. ระยะสรุปและประเมินผลการวิจัย

เป็นขั้นการสะท้อนผล (Reflection) โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เปรียบเทียบผลการดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนาจากข้อมูลที่เก็บ



รวบรวมได้จากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สรุปผลการดำเนินการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการพร้อมทั้งวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขปัญหาในการพัฒนาต่อไป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้วัดเชิงปริมาณได้แก่ แบบประเมินมาตรฐาน ศสมช. เขตสุขภาพที่ 7 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมแบบทดสอบความรู้ และแบบสอบถามความพึงพอใจ

2. เครื่องมือที่ใช้วัดเชิงคุณภาพได้แก่แบบบันทึก แบบสังเกต แบบนิเทศ ติดตามการปฏิบัติงาน แบบสัมภาษณ์ และกล้องถ่ายรูป

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยเครื่องมือเชิงคุณภาพ ตรวจสอบความสมบูรณ์ ความถูกต้องและความชัดเจนของภาษาที่ใช้ เครื่องมือเชิงปริมาณ ตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยวิธีพิจารณาความสอดคล้องของข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) ผลการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ผลดังนี้

3.1 เครื่องมือที่ใช้วัดเชิงคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 ก่อนการพัฒนาไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่านเห็นตรงกันว่าแบบบันทึก แบบสังเกต แบบนิเทศ ติดตามการปฏิบัติงาน และแบบสัมภาษณ์ มีความสมบูรณ์ ถูกต้อง มีความชัดเจนของภาษาที่ใช้

3.2 เครื่องมือที่ใช้วัดเชิงปริมาณ ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน เห็นตรงกันว่าข้อคำถามมีความสอดคล้องกับจุดประสงค์ทุกข้อ (IOC = +1) ผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ศสมช. ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.98 แบบสอบถามความพึงพอใจที่มีต่อการพัฒนา ศสมช. ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.95 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการพัฒนา ศสมช. ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการสรุปเนื้อหาที่ได้จากแบบบันทึก แบบสังเกต แบบนิเทศ ติดตามการปฏิบัติงาน แบบสัมภาษณ์ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และข้อสรุปที่ได้จากการสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 50 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 56 อายุโดยเฉลี่ย 49.28 ปี (S.D. = 10.37) สถานภาพสมรสร้อยละ 90 ระดับการศึกษาสูงสุดจบชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ร้อยละ 72 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรร้อยละ 84 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท เป็นส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 76 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นแกนนำสุขภาพประจำครอบครัวภาค. ร้อยละ 70

ผลการประเมินเชิงปริมาณศสมช. บ้านโนนท่าใหม่ รายหม่ติดตามเกณฑ์มาตรฐาน ศสมช. ของเขตสุขภาพที่ 7 ก่อนการพัฒนาไม่ผ่านเกณฑ์ทั้ง 4 หมวด หลังการพัฒนาผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้ง 4 หมวด ข้อมูลแสดงดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ผลการประเมินมาตรฐานสมช. บ้านโนนท่าใหม่ เปรียบเทียบก่อนและหลังการวิจัย

เกณฑ์การประเมิน เชิงปริมาณ 4 หมวด	จำนวน ข้อ ทั้งหมด	ต้องผ่าน เกณฑ์ อย่างน้อย (ข้อ)	ผลการประเมินก่อนการ พัฒนา		ผลการประเมินหลัง การพัฒนา	
			จำนวน ข้อที่ผ่าน	ผลการ ประเมิน	จำนวน ข้อที่ผ่าน	ผลการ ประเมิน
หมวดที่ 1 : โครงสร้างอาคาร และสถานที่	14	11	6	ไม่ผ่าน	14	ผ่าน
หมวดที่ 2 : การบริหารจัดการ และการมีส่วนร่วม	14	11	6	ไม่ผ่าน	4	ผ่าน
หมวดที่ 3 : การจัดบริการเชิง รุกและเชิงรับ	13	10	3	ไม่ผ่าน	11	ผ่าน
หมวดที่ 4 : ข้อมูลสุขภาพ	7	5	1	ไม่ผ่าน	7	ผ่าน

ระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย 50 คน พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ก่อนการพัฒนาในระดับที่ 1 การเกิดจิตสำนึกในตนเองและผู้อื่นในภาระหน้าที่ของตนอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.80, S.D = 0.62) และหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.52, S.D = 0.41) ระดับที่ 2 การมีส่วนร่วมในการร่วมคิด ระดับที่ 3 ร่วมวางแผนกิจกรรมงาน ระดับที่ 4 ร่วมดำเนินงานและระดับที่ 5 ร่วมติดตามและประเมินผล ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลางและหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก ระดับที่ 6 การร่วมรับผลประโยชน์ ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.38, S.D = 0.61) และหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.09, S.D = 0.57) ดังข้อมูลเป็นตารางที่ 2

พะเยา



ตารางที่ 2 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการพัฒนาการดำเนินงานตามมาตรฐาน ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่
เปรียบเทียบก่อนและหลังการวิจัย (n=50)

การมีส่วนร่วม	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	Mean	S.D	ระดับการมีส่วนร่วม	Mean	S.D	ระดับการมีส่วนร่วม
การเกิดจิตสำนึกในตนเองและถือเป็นภาระหน้าที่ของตน	3.80	0.62	มาก	4.52	0.41	มากที่สุด
ร่วมคิด	3.10	1.00	ปานกลาง	4.21	0.51	มาก
ร่วมวางแผนการดำเนินงาน	2.77	1.17	ปานกลาง	4.13	0.54	มาก
ร่วมดำเนินงาน	2.70	1.03	ปานกลาง	4.26	0.40	มาก
ร่วมกันติดตามประเมินผล	2.75	0.98	ปานกลาง	4.22	0.43	มาก
ร่วมรับผลประโยชน์	3.38	0.61	ปานกลาง	4.69	0.45	มากที่สุด

ระดับความรู้ก่อนและหลังการพัฒนา ระดับความรู้ของภาคีเครือข่ายด้านความรู้ทั่วไปของการดำเนินงานใน ศสมช. ก่อนการพัฒนา อยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 7.82, S.D = 1.92) และหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง (Mean = 8.28, S.D = 1.07) ระดับความรู้ของภาคีเครือข่ายด้านความรู้เกี่ยวกับมาตรฐาน ศสมช. ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง โดยหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ยคะแนนเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา ดังข้อมูลเป็นตารางที่ 3



ตารางที่ 3 ความรู้ของภาคีเครือข่ายในการพัฒนาการดำเนินงานตามมาตรฐาน ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่
เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา(n=50)

ความรู้	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	Mean	S.D	ระดับ ความรู้	Mean	S.D	ระดับ ความรู้
ด้านความรู้ทั่วไปของการ ดำเนินงานใน ศสมช.	7.82	1.92	ปานกลาง	8.28	1.07	สูง
ด้านความรู้เกี่ยวกับ มาตรฐาน ศสมช.	21.00	3.89	สูง	23.52	1.72	สูง

ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย 50 คน พบว่า ระดับความพึงพอใจของภาคี
เครือข่ายที่มีต่อการพัฒนาดำเนินงานตามมาตรฐาน ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่ ทั้ง 4 หมวด ก่อนการพัฒนาอยู่ใน
ระดับปานกลางและหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมากทั้ง 4 หมวด ดังข้อมูลในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายที่มีต่อการดำเนินงานตามมาตรฐาน ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่
เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา (n=50)

ความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	Mean	S.D	ระดับความ พึงพอใจ	Mean	S.D	ระดับความ พึงพอใจ
หมวดที่ 1 : ด้านโครงสร้าง อาคาร และสถานที่	3.94	0.86	ปานกลาง	4.37	0.33	มาก
หมวดที่ 2 : ด้านการบริหาร จัดการและการมีส่วนร่วม	3.05	0.80	ปานกลาง	4.33	0.37	มาก
หมวดที่ 3 : ด้านการจัดบริการ เชิงรุกและรับ	2.75	0.84	ปานกลาง	4.42	0.39	มาก
หมวดที่ 4 : ด้านวิชาการ (ข้อมูลสุขภาพ)	2.72	0.85	ปานกลาง	4.43	0.40	มาก



ระดับความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่ 2 จำนวน 38 คน พบว่า ระดับความพึงพอใจของการพัฒนาการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายตามมาตรฐาน ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่ ของกลุ่มตัวอย่างวิจัยกลุ่มที่ 2 จำนวน 38 คน อยู่ในระดับมากที่สุด 4 หมวด ดังข้อมูลในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจของการพัฒนาการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายตามมาตรฐาน ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่ ของกลุ่มตัวอย่างวิจัยกลุ่มที่ 2 (n=38)

ความพึงพอใจ	Mean	S.D	ระดับความพึงพอใจ
หมวดที่ 1 ด้านโครงสร้างอาคารและสถานที่	4.38	0.40	มาก
หมวดที่ 2 ด้านการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วม	4.29	0.37	มาก
หมวดที่ 3 ด้านการจัดบริการเชิงรุกและเชิงรับ	4.36	0.37	มาก
หมวดที่ 4 ด้านวิชาการ (ข้อมูลสุขภาพ)	4.43	0.41	มาก

สรุปผลการพัฒนาการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายตามมาตรฐาน ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ สรุปได้ 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การศึกษาบริบทของการพัฒนา ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่ โดยการศึกษาข้อมูลทั่วไปของการพัฒนา ศสมช. และประเมินสถานการณ์การพัฒนา ศสมช. จากการศึกษาพบว่า ศสมช. ยังไม่ได้รับการพัฒนาตามมาตรฐาน เนื่องจากขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคประชาชนในพื้นที่ 2) การกำหนดกลยุทธ์ในการพัฒนา ศสมช. คือ การไปศึกษาดูงานพื้นที่ ศสมช. ต้นแบบ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ศึกษา แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานกับพื้นที่ต้นแบบ โดยไปศึกษาดูงานที่ ศสมช. บ้านคุดเชือก หมู่ที่ 3 ตำบลหนองบัว อำเภอโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ผลจากการไปศึกษาดูงานทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับความรู้ และเกิดแรงจูงใจที่จะมาพัฒนา ศสมช. ให้ได้มาตรฐาน จากนั้นได้จัดให้มีการประชุมเชิงปฏิบัติการและบริหารจัดการแผนปฏิบัติการโดยการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมเป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วม ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนเป็นอย่างดี จากการประชุมเชิงปฏิบัติการและการจัดทำแผนปฏิบัติการ ทำให้ได้แผนปฏิบัติการพัฒนามาตรฐาน ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่ ในหมวดที่ 1 - 4 แยกเป็นแผนพัฒนารายหมวด 4 หมวด จำนวน 4 แผนพัฒนา 3) ขั้นการปฏิบัติงานตามแผน ในขั้นตอนนี้เป็นการปฏิบัติงานตามแผนพัฒนาที่ได้กำหนดขึ้น 4) ขั้นการสังเกต ในขั้นตอนนี้มีกิจกรรมที่สำคัญ คือ การสังเกตการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมวิจัยในขั้นตอนต่างๆ โดยผู้วิจัยเป็นหลัก การนิเทศติดตาม ส่งเสริมการดำเนินงานตามแผนพัฒนาและการประเมินผลการพัฒนาตามแผนพัฒนา 5) ขั้นการสะท้อนผล ในขั้นตอนนี้มีกิจกรรมที่สำคัญ คือ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน การสรุปผลการดำเนินงาน พร้อมร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนแก้ไขปัญหาในการพัฒนาครั้งต่อไปซึ่งจากการพัฒนาการดำเนินงานตามมาตรฐาน ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่ ส่งผลให้การประเมินมาตรฐาน ศสมช. ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ศสมช. ในหมวดที่ 1 - 4 นอกจากนั้นยังส่งผลให้ระดับการมีส่วนร่วมและระดับความพึงพอใจของการพัฒนามาตรฐาน ศสมช. ในประชากรวิจัยกลุ่มที่ 1 เพิ่มขึ้นสูงกว่าก่อนการพัฒนา และประชากรวิจัยกลุ่มที่ 2 ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างการสำรวจความพึงพอใจที่มีต่อการพัฒนามาตรฐาน ศสมช. ของกลุ่มตัวอย่างวิจัยกลุ่มที่ 1 พบว่า มีความพึงพอใจต่อการพัฒนามาตรฐาน ศสมช. อยู่ในระดับมาก



ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายตามมาตรฐาน ศสมข. บ้านโนนท่าใหม่ในครั้งนี้ ผู้วิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) บริบทของพื้นที่ที่มีความพร้อม 2) กระบวนการเรียนรู้ของการวิจัยที่เป็นขั้นตอนโดยเฉพาะการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมเข้ามาใช้เป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมวิจัยทำให้การพัฒนาตามมาตรฐาน ศสมข. บ้านโนนท่าใหม่ เป็นไปได้ง่ายขึ้นและเร็วขึ้น 3) เกณฑ์มาตรฐาน ศสมข. ของเขตสุขภาพที่ 7 เนื้อหาค่อนข้างครอบคลุมในทุกมิติของการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลรักษาสุขภาพของทุกกลุ่มวัย รวมถึงบทบาท หน้าที่และการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายทำให้ภาคีเครือข่ายเกิดแรงจูงใจที่อยากจะพัฒนา ศสมข. ให้ได้มาตรฐาน 4) ภาคีเครือข่ายให้ความร่วมมือในการดำเนินการพัฒนาเป็นอย่างดี

อภิปรายผล

การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายตามมาตรฐาน ศสมข. บ้านโนนท่าใหม่ พบว่าก่อนการพัฒนา ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและหลังการพัฒนา การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นโดยรวมอยู่ในระดับมากทั้งนี้น่าจะเป็นผลมาจากการดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่ 4 ขั้นตอนและการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมมาใช้ในการกระบวนการวิจัยจึงทำให้ภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามมาตรฐาน ศสมข. อย่างแท้จริงในทุกขั้นตอน ส่งผลให้การประเมินมาตรฐาน ศสมข. บ้านโนนท่าใหม่ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้ง 4 หมวด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ญีทพล ทองน้อย (2558) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเชียงเพ็ง อำเภอบำลือ จังหวัดยโสธร ด้วยเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม (TOP) ผล

จากการวิจัย ทำให้การดำเนินงานและการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเกิดการมีส่วนร่วมตามความพร้อม และความต้องการของประชาชนในตำบล ส่งผลให้การบริหารจัดการและการรายงานผลการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับการศึกษาของ ปราโมทย์ หามาลา (2555) ที่ทำการศึกษการพัฒนาแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนาตามมาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาวิจัยพบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความร่วมมือในระดับมากที่สุดสอดคล้องกับศักกรินทร์ ทองภุณ (2553) ที่ทำการศึกษาประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ภายหลังจากได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตามมาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชน ส่งผลให้คณะกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาในระดับมาก และสอดคล้องกับประภาพร กามะพร (2554) ที่ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนากระบวนการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กนำอยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบัวค้อ อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคามโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมมาเป็นเครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วม ผลการศึกษาวิจัยพบว่า การมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

จากการสังเกตการมีส่วนร่วมและการนิเทศติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการของภาคีเครือข่ายที่ร่วมพัฒนามาตรฐาน ศสมข. บ้านโนนท่าใหม่ พบว่า อสม. มีบทบาทค่อนข้างมากในการพัฒนา มีความกระตือรือร้น ทุ่มเทให้กับการพัฒนาตามมาตรฐาน ศสมข. เป็นอย่างดี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ศสมข. คือ ที่ทำงานของ อสม. ประกอบกับการได้รับความร่วมมือ การสนับสนุนและแรงผลักดันการพัฒนาจากภาคีเครือข่ายภาครัฐ จึงทำให้ อสม. เกิดการ



เรียนรู้ในการทำงานที่เป็นกระบวนการ รู้จักปรับปรุง พัฒนาการงานให้ดีขึ้นโดยเฉพาะในเรื่องของการ ประสานงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ในพื้นที่ ซึ่ง อสม. ถือเป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุข ด้านหน้าที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมและดูแล สุขภาพของประชาชนในพื้นที่เพื่อให้ประชาชนมี สุขภาพดี พึ่งพาตนเองทางด้านสุขภาพได้ซึ่งเป็น เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่อยากจะให้ เกิดขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของสุเทพ พลอยพลายแก้ว และคณะ (2556) ที่ทำการศึกษาวิจัย การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน จังหวัดลพบุรี โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม ผลการศึกษาวิจัยพบว่า องค์ประกอบ ที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาการดูแลสุขภาพ ตนเองของชุมชน จังหวัดลพบุรี คือ การมีส่วนร่วมของ ชุมชน การพัฒนาการมีส่วนร่วมในการพัฒนา สอดคล้องกับ สูดาร์ตัน ทองเพชร (2554) ที่ได้ ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ ปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในงานสุขภาพภาค ประชาชน ผลการศึกษาวิจัยพบว่า การปฏิบัติงานตาม บทบาทของ อสม. ในงานสุขภาพภาคประชาชน โดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับ พิเศษผลศิริไพบูลย์ (2553) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผล ต่อพัฒนาบทบาทของ อสม. ต่อการสาธารณสุขมูลฐาน กรณีสึกษา เขตพญาไท ผลการศึกษาวิจัย ทำให้ได้ แนวทางการพัฒนาบทบาท อสม. ต่องานสาธารณสุข มูลฐาน 3 แนวทาง คือ แนวทางการพัฒนาการ ปรับปรุงโครงสร้างและการบริหารงานของ อสม. แนวทางการพัฒนาทักษะการเรียนรู้และการส่งเสริม สนับสนุนการศึกษาของ อสม. และแนวทางการพัฒนา เครือข่ายความร่วมมือกับองค์กรอื่นๆ

นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับชัคัตตริย รัชสวัสดิ์ (2554) ที่ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับกระบวนการมีส่วนร่วม ในการจัดการความรู้ของภูมิปัญญาชาวบ้านเพื่อการ พึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ของ

ภูมิปัญญาชาวบ้านเพื่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ เป็นรูปแบบการจัดการภายในชุมชน เป็นส่วนที่ช่วย สนับสนุนและเสริมสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชน อย่างยั่งยืนสอดคล้องกับจินตนา บุญยิ่ง และคณะ (2555) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อ การมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการ สุขภาพของ อสม. ในจังหวัดอุบลราชธานี ผลการ ศึกษาวิจัยพบว่า ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานต้อง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมให้มีประสิทธิภาพด้วยการสร้าง แรงจูงใจและการสนับสนุนในด้นต่างๆ และ สอดคล้องกับโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสิทธิ์ (2552) ที่ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมิน ศักยภาพและบทบาทของ อสม. ในบริบทของ สังคมไทยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทั้งทาง เศรษฐกิจ สังคม การเมืองและสถานการณ์สุขภาพ ผลการศึกษาวิจัยพบว่า อสม. ซึ่งถือเป็นทรัพยากร ก้าวหน้าที่สำคัญด้านสุขภาพในชุมชน ได้รับความ เชื่อถือว่าเป็นผู้ทิศตนให้กับการทำงานเพื่อชุมชน มีความรู้และใส่ใจในเรื่องสุขภาพ มีการดำเนินงานด้าน สุขภาพและการดำเนินงานตามนโยบายอย่างแข็งขัน แม้ในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป

ความรู้ของภาคีเครือข่ายผู้เข้าร่วมวิจัย ความรู้ของภาคีเครือข่ายผู้เข้าร่วมวิจัย การพัฒนาการดำเนินงานของภาคีเครือข่าย ตามมาตรฐาน ศสมช. บ้านโนนท่าใหม่ พบว่า ความรู้ ทั่วไปเกี่ยวกับ ศสมช. ก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปาน กลาง หลังการพัฒนาอยู่ในระดับสูง ความรู้เกี่ยวกับ มาตรฐาน ศสมช. อยู่ในระดับสูงทั้งก่อนและหลัง พัฒนา แต่หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยคะแนนที่ตอบถูก เพิ่มขึ้น ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการใช้กระบวนการวิจัย เชิงปฏิบัติการร่วมกับการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีเพื่อ การมีส่วนร่วม ทำให้ภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมวิจัยเกิด การเรียนรู้อย่างเป็นขั้นตอน โดยเฉพาะขั้นการวางแผน ที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีส่วนร่วมในการรับทราบบริบทและ ข้อมูลทั่วไปของการพัฒนา ศสมช. การได้ร่วม วิเคราะห์และประเมินสถานการณ์การพัฒนา ศสมช. ตามเกณฑ์มาตรฐาน ศสมช. ของเขตสุขภาพที่ 7



รวมถึงการไปศึกษาดูงาน ศสมช. ต้นแบบ การประชุม
เชิงปฏิบัติการและการจัดทำแผนปฏิบัติการ จึงทำให้
ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดการเรียนรู้ และมีความรู้เกี่ยวกับ
ศสมช. มากขึ้นทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการ
พัฒนาของภาคีเครือข่ายผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มสูงขึ้นซึ่ง
สอดคล้องกับการศึกษาของ ปราโมทย์ หามาลา
(2555) ที่ทำการศึกษากการพัฒนาแบบการ
ดำเนินงานเพื่อพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล แวงน่าง อำเภอเมือง จังหวัด
มหาสารคาม โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ
ร่วมกับการนำเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมมาเป็น
เครื่องมือในการสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน
พบว่าหลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างมีความรู้โดยรวมอยู่
ในระดับสูงสอดคล้องกับศักรินทร์ ทองภูธรณ์ (2553)
ที่ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้
โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์
สุขภาพชุมชนอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคามโดยใช้
เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วมของสถาบันพระปกเกล้า
และแนวทางการมีส่วนร่วมของ ก.พ.ร. มาประยุกต์ใช้
ในการวิจัยทำให้คณะกรรมการพัฒนาศูนย์สุขภาพ
ชุมชนมีคะแนนความรู้น่าขึ้นและอยู่ในระดับสูง

ความพึงพอใจที่มีต่อการพัฒนาการ
ดำเนินงานของภาคีเครือข่ายตามมาตรฐาน
บ้านโนนท่าใหม่ ผู้วิจัยสอบถามความพึงพอใจ 2 กลุ่ม
ได้แก่ กลุ่มภาคีเครือข่ายที่เข้าร่วมการวิจัย 50 คน
และประชาชนกลุ่มอายุ 20-70 ปี ในหมู่บ้านโนนท่า
ใหม่ ที่อ่านออกเขียนได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ในระยะเวลา
1 ปีที่ผ่านมา เป็นผู้ที่เคยมาใช้บริการใน ศสมช. บ้าน
โนนท่าใหม่ในรอบระยะเวลา 1 ปี ที่ผ่านมา และไม่ใช้
บริการที่ใช้ในการวิจัยกลุ่มที่ 1 รวมทั้งหมด 38 คน
โดยผลการสอบถามความพึงพอใจกลุ่มภาคีเครือข่ายที่
เข้าร่วมการวิจัย 50 คน พบว่าก่อนการพัฒนาระดับ
ความพึงพอใจของภาคีเครือข่ายผู้เข้าร่วมวิจัยอยู่ใน
ระดับปานกลาง หลังการพัฒนาระดับความพึงพอใจ
อยู่ในระดับมาก ซึ่งน่าจะเป็นผลมาจากการที่ผู้เข้าร่วม
วิจัยได้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของการพัฒนาในทาง

ที่ดีขึ้น เป็นรูปธรรมขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากความร่วมมือ
ร่วมใจในการพัฒนาของภาคีเครือข่ายซึ่งเป็นตัวแทนที่
เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนา ศสมช. ทำให้ทุกคนได้
แสดงบทบาทของภาวะความเป็นผู้นำในการพัฒนาได้
อย่างเต็มที่โดยเฉพาะ อสม. ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทหน้าที่
โดยตรงในการปฏิบัติงานใน ศสมช. อยู่แล้ว ประกอบ
กับการส่งเสริม สนับสนุนและให้ความร่วมมือในด้าน
ต่างๆ ของภาคีเครือข่ายภาครัฐ และภาคประชาชนใน
พื้นที่ ส่งผลให้การพัฒนาประสบความสำเร็จและทุก
ฝ่ายเกิดความพึงพอใจในการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับ
การศึกษาวิจัยของวิสุทธิ์ สุกรินทรและคณะ (2557) ที่
ทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับอิทธิพลเชิงโครงสร้างของ
ภาวะผู้นำเชิงสถานการณ์ที่มีผลต่อความพึงพอใจใน
งานของ อสม. ในจังหวัดสระบุรี พบว่า อสม. มีความ
พึงพอใจในงานอยู่ในระดับมาก โดยปัจจัยที่มีอิทธิพล
ต่อความพึงพอใจในงานมากที่สุดคือการมีส่วนร่วม
รองลงมาคือการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน และ
ภาวะผู้นำเชิงสถานการณ์

สำหรับการสอบถามความพึงพอใจของ
ประชาชนกลุ่มอายุ 20 - 70 ปี ซึ่งสอบถามหลัง
ดำเนินการวิจัยเสร็จสิ้นเพียงครั้งเดียว พบว่าประชาชน
กลุ่มอายุดังกล่าวมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ซึ่ง
น่าจะเป็นผลมาจากการที่ผู้เข้าร่วมวิจัยได้มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ
เพื่อพัฒนา ได้มาเห็นความก้าวหน้าของการพัฒนาและ
การได้มาใช้บริการด้านสุขภาพที่ ศสมช. ที่ค่อนข้าง
สะดวก สบาย ใกล้บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย
ของสมนา สอ้าน และคณะ (2553) ที่ได้ทำการ
การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเกี่ยวกับประสิทธิผล
การพัฒนาศักยภาพ อสม. จังหวัดกาฬสินธุ์ ในการ
จัดบริการแก่ประชาชนในสุขภาพในด้านการป้องกัน
ควบคุมโรค การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งเสริม
สุขภาพ การฟื้นฟูสภาพ และการบริหารจัดการสุข
ศาลาในหมู่บ้าน พบว่า ความพึงพอใจของผู้รับบริการ
ต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ทั้งโดยรวมและรายด้านอยู่
ในระดับมาก



กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผศ.น.สพ.ดร.มนกานต์ อินทรกำแหง ดร.สัจด์ เชื้อลิ้นฟ้า ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ซึ่งแนะแนวทางในการปรับปรุงแก้ไขงานวิจัย ขอขอบพระคุณพ.อภิชัย ลิมานนท์ นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน ดร.รัชนิภา จิตรากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ และนางสุมาลี ใหม่คามิ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยในครั้งนี้ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ให้การช่วยเหลือจนทำให้การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประสบผลสำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข.(2555).แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2555-2559. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และปารณัฐ สุขสิทธิ์.(2552).ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข บทบาทและบริบทที่เปลี่ยนไปในสังคมไทย. ใน: เอกสารวิชาการ งานมหกรรมสุขภาพชุมชน 2552. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.หน้า 1-14.
- จินตนา บุญยัง และคณะ. (2555). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารหมู่บ้านจัดการสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ฉบับพิเศษ, 65-72, พฤศจิกายน.
- ชัคตริย์ รัชสวัสดิ์. (2554). กระบวนการมีส่วนร่วมในการจัดการความรู้ของภูมิปัญญาชาวบ้านเพื่อการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ. วารสารราชบัณฑิตยสถาน, 36(1), 144-149,มกราคม-มีนาคม.
- ณัฏพล ทองน้อย. (2558).รูปแบบการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลเชียงเพ็ง อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดยโสธร.วารสารโรงพยาบาลสกลนคร, 18(1),166-171,มกราคม-เมษายน.
- ประภาพรภามะพร. (2556).การพัฒนากระบวนการดำเนินงานศูนย์เด็กเล็กน่ายุคศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบัวค้อ อำเภอมัญจาคีรีจังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ปราโมทย์ นามาส. (2555). การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อพัฒนามาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแวงน่าง อำเภอมือ จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- พีระพล ศิริโพบูลย์. (2553).แนวทางการพัฒนาบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขต่องานสาธารณสุขมูลฐานกรณีศึกษา เขตพญาไท.วารสารวิทยบริการ, 21(2), 30-41, พฤษภาคม-สิงหาคม.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง. (2557).สรุปผลการนิเทศงานสาธารณสุขมูลฐานหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของรพ.สต.บ้านโนนม่วง ปีงบประมาณ 2557. ใน: เอกสารสรุป ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดด้านสุขภาพ รพ.สต.บ้านโนนม่วง อำเภอพยัคฆภูมิพิสัย จังหวัดมหาสารคาม ปีงบประมาณ 2557. หน้า 53-62.



เอกสารอ้างอิง

- วีรติ ปานศิลา. (2554). เทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม(Technology Of Participation: TOP).ใน: เอกสารประกอบการอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนางานประจำให้เป็นงานวิจัยสำหรับบุคลากรกลุ่มงานทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญวันที่ 11-13 ตุลาคม 2554 ณ ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาสาธารณสุขโขงเจียม (ศอข.) อำเภอโขงเจียมจังหวัดอุบลราชธานี.หน้า 1-37.
- วิสุทธิ สุกรินทร์ และคณะ. (2557). อิทธิพลเชิงโครงสร้างของภาวะผู้นำเชิงสถานการณ์ที่มีผลต่อความพึงพอใจในงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดสระบุรี. วารสารมหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, 3(3), 57-66,กันยายน-ธันวาคม.
- ศักรินทร์ทองภูธรณ์. (2553). ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมในการพัฒนามาตรฐานศูนย์สุขภาพชุมชนอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม.วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- สม นาसान และคณะ. (2553).ประสิทธิภาพการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 3(1), 45-60,มีนาคม-มิถุนายน.
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ และพงษ์พิสุทธิ์ จงอุดมสุข.(2552). ทิศทางสาธารณสุขมูลฐานในทศวรรษที่สี่ของประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักพิมพ์วันดีคืนดี.
- สุดารัตน์ ทองเพชร.(2554).ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในงานสุขภาพภาคประชาชน.วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา, 6(2)140-148,กรกฎาคม-ธันวาคม.
- สุชาติพยจันทร์รักษ์.(2552).30 ปีการสาธารณสุขมูลฐานและทิศทางการพัฒนาในอนาคต. ใน: เอกสารวิชาการงานมหกรรมสุขภาพชุมชนวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2552 ณห้องMeeting 2 อิมแพคเมืองทองธานี จังหวัดนนทบุรี.หน้า 1-6.
- สุเทพ พลอยพลายแก้ว และคณะ.(2556).การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองของชุมชน จังหวัดลพบุรี. วารสารพยาบาลทหารบก, 14(1), 61-69, มกราคม-เมษายน.
- สำนักงานสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7.(2557).โครงการสร้างเครือข่ายพัฒนาสุขภาพระดับชุมชนเพื่อการจัดการสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยกลไกสุขภาพ.ใน: เอกสารโครงการสร้างเครือข่ายพัฒนาสุขภาพระดับชุมชนเพื่อการจัดการสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพด้วยกลไกสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. หน้า 1-6.
- Kemmis, S and McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner*. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press.



การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

The Development of Homebound Elderly
in Sub-district Health Promoting hospital.

ดร.รัตน์ ตะภา
นิสิตสาธิตสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มณฑกานต์ อินทรกำแหง
คณะสัตวแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.สงัด เชื้อล้นฟ้า
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ร่วมเรียนรู้ วิเคราะห์ สังเคราะห์ ปัญหา และ พัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ตามมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวให้เกิดความเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการตามบริบทใช้ในชีวิตประจำวัน 24 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้นำชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ และอาสาสมัคร 52 คน เข้ากระบวนการกลุ่ม เพื่อปลูกฝังจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อผู้มีพร่อง ความรัก ความกตัญญูต่อบุพการี เสริมแนวคิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว สุขภาพภาคประชาชน ธรรมานุสุขสภาพ โดยใช้กระบวนการกลุ่มทำการสำรวจ เรียนรู้ เก็บข้อมูล วิเคราะห์ ปัญหา ความต้องการ จากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน 12 คน นำข้อมูลมาวางแผนและแก้ไขปัญหา วิเคราะห์คำตอบจากแบบสอบถาม สนทนา สังเกต ประเมินผลงาน และการถอดบทเรียน ผลการศึกษาพบว่า เกิดความร่วมมือ

ของเครือข่ายสุขภาพ มีการกำหนดกิจกรรม การวางแผน การมอบหมายงานทำให้เกิดกิจกรรม แผนงานโครงการ และร่วมแก้ไขปัญหา ตรงกับความ ต้องการตามบริบทของผู้สูงอายุ โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมจากระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็นระดับ มากระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของกลุ่มขับเคลื่อน เพิ่มขึ้นจาก 16.06 เป็น 19.87 ระดับค่าเฉลี่ยคะแนน ความรู้ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพิ่มขึ้นจาก 14.06 เป็น 17.7 และการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพที่พึง ประสงค์ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านหลังการดำเนินงาน อยู่ในระดับดีสูงกว่าก่อนการพัฒนา

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน, การดูแลสุขภาพ

Abstract

This study is research to create the participation from all sectors ,share analysis and synthesis problems. The development of the elderly health care group. According to



the standard of long term care to appropriate. Consistent requirement according to context. The study 24 weeks target lead the community, family members and volunteers 52, group process. To arouse the consciousness responsibility for the benefactor, love, gratitude to the parents. Promoting the concept change in healthy elderly. Long term care, health public health statute by using group process survey. Learn data analysis. Problems and needs, from the elderly group 12 people. The plan and solve the problems. Analysis of responses from the questionnaire, discussion, observation, evaluation and The cooperation of health network is the planning, task assignments, caused project plan and addressing the needs of the elderly. According to the context at a given time. The average participation rate increased from moderate to high. The average level of knowledge of the group driving up from 16.06 to 19.87 levels mean knowledge score of the elderly group increased from 14.06 to 17.7 and practice in healthcare

Key words : health care, the elderly group on development,

บทนำ

การเปลี่ยนผ่านจากสถานการณ์ที่มีอัตราการเกิดและการตายสูงไปสู่สถานการณ์ที่มีอัตราการเกิดและการตายต่ำและเปลี่ยนเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ”

(Ageing Society) เนื่องจากประชากรมีอัตราการตายลดลงช่วงอายุขัยของประชากรก็มีระยะยาวนานมากขึ้นซึ่งโดยภายในปี พ.ศ. 2544-2643 จะเป็นยุคแห่งสังคมผู้สูงอายุ (จุฬาทิพย์ กองจันทร์ศรี ,อรสา กองตาล ,2553) ผู้มีอายุสูงขึ้นจะป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และมีโรคประจำตัว ทำให้บทบาทเปลี่ยนไปจากเคยดูแลตนเองได้กลับต้องพึ่งพาบุตรหลานหรือสมาชิกในครอบครัว ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2540 ข้อที่ 5 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล,2557) ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันเข้าสู่สุขภาพ สามารถเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้อย่างเท่าเทียมกัน และต้องได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต มีการสร้างเสริมสุขภาพแนวใหม่ เพื่อให้ประชาชนร่วมคิดหาแนวทางในการจัดการด้านสุขภาพของตนเองนโยบายกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้หน่วยงานในสังกัดดำเนินการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ซึ่งเป็นเรื่องของชุมชนที่ควรจะต้องร่วมกันพัฒนาบริหารจัดการ และวัดผลสำเร็จด้วยตนเอง เพื่อการพัฒนาสุขภาพของคนในชุมชนและให้ถือเป็นหน้าที่ของทุกคนในชุมชนที่จะต้องมีส่วนร่วมในการพัฒนา รับผิดชอบการดูแลคุณภาพชีวิตและสุขภาพขั้นพื้นฐานได้ด้วยตนเอง

ตั้งแต่ประมาณ ปี 2550 – ปัจจุบัน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่แตกต่างจากการดูแลสุขภาพประชาชนทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นการช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์เป็นครั้งคราว แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า และตั้งรับเป็นหลัก การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขขาดประสิทธิภาพและไม่สามารถ



สนองต่อความต้องการตามบริบทผู้สูงอายุได้ ทำให้ปัญหาทางสุขภาพมีความรุนแรงและซับซ้อนมาก เกิดการเจ็บป่วยต่อเนื่อง มีปัญหาที่หลากหลาย (สาธิต บวรสันติสุทธิ์, 2558) ทั้งนี้ผลการประเมิน สุขภาพผู้สูงอายุ ในพื้นที่บริการของโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านดอนสวรรค์ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ปี 2556 ที่พบว่า ครอบครัวที่มี ผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มติดบ้านอยู่ด้วย จะทำให้ คุณภาพชีวิตในครอบครัวลดต่ำลง โดยในปี 2556 รพ.สต.บ้านดอนสวรรค์ ต้องดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบต่อเนื่องระยะยาวจำนวน 48 คน (กลุ่มติดบ้าน 36 คน และติดเตียง 12 คน) ซึ่งส่วนใหญ่จะมีปัญหา เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง ร้อยละ 50 มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ร้อยละ 78 มีปัญหาทางสุขภาพกาย และการ เคลื่อนไหวร้อยละ 90 มีปัญหาการกลืนและการ ขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะร้อยละ 92 (สรุปรายงาน ประจำปี รพ.สต. บ้านดอนสวรรค์, 2556) ผู้วิจัยจึงเกิด แนวคิดที่จะพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยให้ชุมชนและเครือข่าย สุขภาพร่วมรับผิดชอบดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถ ปฏิบัติตามระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และสามารถสนองต่อความต้องการที่แท้จริง พร้อมทั้งสร้างความยั่งยืนขยายผลดำเนินการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เพื่อให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตอบสนองกับความต้องการตาม บริบท และศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนสวรรค์ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) 1 วงรอบ ตามขั้นตอน การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกต (Observe) และการสะท้อนผล (Reflect)

กลุ่มตัวอย่าง เป็น ผู้มีบทบาทสำคัญในการ ขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ไม่ต่ำกว่า 6 ปี คือ 1) กลุ่ม ดำเนินงานเป็น ผู้นำชุมชน 16 คน อสม. 24 คน สมาชิกในครอบครัวผู้สูงอายุ 12 คน รวม 52 คน 2) กลุ่มผู้รับผลจากงานดำเนินงานเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้านจำนวน 26 คนคัดเลือกโดยการคัดเลือกจากผู้ สมัครในเข้าร่วมการศึกษาวิจัย โดยสามารถสื่อสารรู้ เรื่อง ได้ความร่วมมือและสามารถเข้าร่วมการวิจัยจน เสร็จสิ้นโครงการได้จำนวน 12 คนทำการวิจัยระหว่าง เดือน มีนาคม-กรกฎาคม 2558

การดำเนินการวิจัยและการเก็บรวบรวม

ข้อมูล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขั้นตอน การดำเนินการวิจัยไว้ 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย

1.1 ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสารและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการดำเนินงานการ ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผลการดำเนินงาน ของ รพ.สต. ในพื้นที่ กองสาธารณสุขเทศบาลตำบล พัฒนาชุมชน และหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงทฤษฎีการ มนุษย์ในระดับพื้นที่ โดยใช้ข้อมูล 3 ปี ย้อนหลัง

1.2 ศึกษาบริบทและข้อมูลพื้นฐานการ ดำเนินงาน ความต้องการในการพัฒนา โดยใช้การ สัมภาษณ์ชุมชน ผลจากข้อมูลแบบสำรวจการพัฒนา



คุณภาพชีวิต และการประเมินศักยภาพผู้สูงอายุตาม
กลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบ
กิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily
Living : ADL)

1.3 ติดต่อ ประสานงานผู้นำชุมชน
ผู้บริหารท้องถิ่น อาสาสมัครฯ เพื่อขอความเห็นชอบ
และความร่วมมือ พร้อมชี้แจงรายละเอียดของการวิจัย
และรับสมัครกลุ่มเป้าหมาย

1.4 ลงพื้นที่เพื่อประเมินศักยภาพ องค์
ความรู้ การปฏิบัติตัวของกลุ่มเป้าหมาย โดยใช้
เครื่องมือ แบบประเมินการมีส่วนร่วม ในการดูแล
สุขภาพผู้สูงอายุ แบบประเมินความรู้การดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุ และแบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการดูแล
สุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่ม ทดบ้าน ก่อน และหลังการ
พัฒนา

2. ระยะปฏิบัติการวิจัยมีขั้นตอนดังนี้

2.1 ขั้นการวางแผน (Planning) มี
ขั้นตอนคือ 1) การประชุมกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย
52 คน เพื่อ เรียนรู้ เกณฑ์มาตรฐานการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุ ผลการดำเนินงาน ของหน่วยงานต้นสังกัด
2) ประชุมกลุ่มตัวอย่าง เพื่อระบุปัญหา ความ
ต้องการของผู้สูงอายุ เปรียบเทียบมาตรฐาน
วิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพรวมปัญหา สาเหตุ แนว
ทางการแก้ไขและพัฒนา โดยใช้วิธีการสนทนาแบบ
มีส่วนร่วม เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระหลากหลายมุมมอง 3) ประชุมเชิง
ปฏิบัติการกลุ่มตัวอย่าง 52 คน เพื่อวิเคราะห์สิ่งที่ได้
จากการลงพื้นที่ สังเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงาน เพื่อ
ร่วมกันจัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านตามกระบวนการกลุ่ม

2.2 ขั้นการลงมือปฏิบัติงานตามแผน
(Action) เป็นการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ได้
คือ แผนปฏิบัติการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตาม
มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว และสภาพปัญหา
ตามบริบทและความต้องการ

2.3 ขั้นการสังเกตผล (Observation) โดย
การสังเกตการมีส่วนร่วมในขั้นตอนต่างๆ ตั้งแต่การ
ประชุมเชิงปฏิบัติการจนถึงการลงมือปฏิบัติงานตาม
แผน การนิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงาน และ
การประเมินผลการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการทั้งก่อน
ระหว่าง และหลังการปฏิบัติงานตามแผนปฏิบัติการ

3. ระยะสรุปและประเมินผลการวิจัย

เป็นขั้นการสะท้อนผล (Reflection) โดย
การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เปรียบเทียบผลการ
ดำเนินงานก่อนและหลังการพัฒนา จากข้อมูลที่เก็บ
รวบรวมได้จากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย สรุปผลการ
ดำเนินการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการพร้อมทั้ง
วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้วัดเชิงปริมาณ เป็น
เครื่องมือที่สร้างขึ้นใหม่ คือ แบบสอบถามการมี
ส่วนร่วม, แบบวัดความรู้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ
แบบประเมินการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของ
ผู้สูงอายุ ทำการทดสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือ
ทั้งเนื้อหาและโครงสร้าง โดยมีค่าความเที่ยงตรง
เท่ากับ 1 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 โดยใช้วิธี
สัมประสิทธิ์ของอัลฟา

2. เครื่องมือที่ใช้วัดเชิงคุณภาพได้แก่แบบ
สังเกตการมีส่วนร่วม โดยการสังเกตพฤติกรรมเดียว
ของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่ใช้โดยผู้สังเกตหลายคนแล้ว
นำข้อมูลมาพิจารณาหาความสอดคล้อง ส่วนแบบ



สัมภาษณ์ จะใช้คำถามปลายเปิดมีการตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยอาศัยผู้เชี่ยวชาญพิจารณาข้อคำถามในการสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมเนื้อหาครบถ้วนถูกต้องเหมาะสมตรงตามโครงสร้างและภาษา ส่วนของความเชื่อมั่นได้นำใช้การสัมภาษณ์ซ้ำและผู้ถูกสัมภาษณ์ยืนยันคำตอบของตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการสรุปเนื้อหาที่ได้จากแบบบันทึก แบบสังเกต แบบนิเทศ ติดตามการปฏิบัติงาน แบบสัมภาษณ์ กล้องถื่นรูป การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการสรุปประเด็นสำคัญที่เป็นข้อค้นพบจากการวิจัย

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนากระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนสวรรค์ อ.บ่อทอง จ.พิจิตร มหาสารคาม สร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายทางด้านสุขภาพ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้เกิดองค์ความรู้ในการในการดำรงชีพตามกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม จนสามารถปฏิบัติการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุได้ สอดคล้องตรงตามความต้องการตามบริบท ใช้เวลาศึกษา 24 สัปดาห์ กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้นำชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น ข้าราชการ สมาชิกครอบครัวผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข 52 คน เรียนรู้ตามกระบวนการกลุ่ม ทำการปลูกเร้าจิตสำนึกความรับผิดชอบต่อผู้มีพระคุณ

ความรัก ความกตัญญูต่อบุพการี เสริมแนวคิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว สุขภาพภาคประชาชน ธรรมนูญสุขภาพ และทำการสำรวจ เก็บรวบรวมข้อมูล สังเคราะห์ วิเคราะห์ ปัญหาความต้องการจากผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งพบว่า กลุ่มนี้มีความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ เช่น ปัญหาความบกพร่อง ทางโภชนาการ เนื่องจากปัญหาการบดเคี้ยว การเสื่อมตามสภาพของร่างกาย ต้องการให้ครอบครัวหรือผู้ดูแล สภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยยังขาดการปรับปรุงให้อากาศ สะอาดและความสะดวกและปลอดภัย การออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ การพักผ่อนไม่เหมาะสม ขาดผู้ดูแลที่ใกล้ชิด ส่วนความต้องการทางด้านจิตใจพบว่ามีความต้องการด้านการยอมรับจากครอบครัว สังคม ต้องการสร้างวิถีดำเนินชีวิตของตนเอง ต้องการได้รับความสนใจหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคมหมู่คณะ ต้องการความช่วยเหลือจากสังคม บทบาทในสังคมลดลง พึ่งพาคนอื่นเพิ่มขึ้น และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพแบบที่เคยเรียนรู้ แบบสืบต่อกันมา ครอบครัวยังให้ความสำคัญของการมีชีวิตที่ยืนยาว มองปัญหาความเจ็บป่วยเกิดจากบุญ กรรม ปัญหาทางด้านสุขภาพมักจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเรื้อรัง โดยผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จะมีบุตรหลาน เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือดูแล แต่บุตรหลาน ไม่มีความพร้อมหรือองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากนัก โดยมีการจัดทำแผนงานโครงการดำเนินงาน แก้ไขปัญหาและสะท้อนผลการดำเนินงาน จัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน AAR (After Action Review) การแบ่งงาน มอบหมายหน้าที่และติดตามประเมินผลแบบใกล้ชิดต่อเนื่อง ผลทำให้ผู้กลุ่มเป้าหมายได้เรียนรู้ ขึ้นชมในความสำเร็จจากการ



ทำงาน และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นพร้อมหาทวิธีในการแก้ปัญหา ในการพัฒนางานแบบมีส่วนร่วมสามารถปรับวิธีคิด และวิธีการทำงานแบบสร้างสรรค์ และมีคุณภาพยิ่งขึ้นจนเกิดการปรับปรุงกระบวนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ที่เหมาะสมตอบสนองความต้องการตามบริบทโดยมีผลของการวิจัยดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในการขับเคลื่อนและพัฒนา เข้ามามีส่วนร่วมในการค้นหาสาเหตุของปัญหา เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการพัฒนา การพัฒนากระบวนการดำเนินงาน การรับผลประโยชน์จากดำเนินงานตามกิจกรรม และการประเมินผลของการพัฒนาเพิ่มขึ้นทุกด้านโดย มีค่าเฉลี่ยความต่างของการพัฒนาที่ 3.38 ก่อนการพัฒนาเพิ่มขึ้นเป็น 3.65 หลังการพัฒนา และมีค่าเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมในทุกด้านจากระดับปานกลาง เช่นในระดับมาก ดังแสดงตามตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงการมีส่วนร่วมในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำแนกเป็นรายด้าน

การมีส่วนร่วมพัฒนาการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ การมีส่วนร่วม	$\bar{X}$	S.D.	ระดับการมี ส่วนร่วม
1. ด้านการค้นหาสาเหตุของปัญหา	3.30	0.53	ปานกลาง	3.60	0.61	มาก
2. ด้านการวางแผน	3.40	0.38	ปานกลาง	3.58	0.88	มาก
3. ด้านการดำเนินงาน	3.38	0.37	ปานกลาง	3.78	0.75	มาก
4. ด้านการรับผลประโยชน์	3.35	0.27	ปานกลาง	3.63	0.88	มาก
5. ด้านการประเมินผล	3.51	0.42	มาก	3.68	0.69	มาก
โดยรวม	3.38	0.25	ปานกลาง	3.65	0.74	มาก



2.กลุ่มตัวอย่างในการขับเคลื่อนและพัฒนา มีการพัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเกี่ยวกับการดำรงชีพตามกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม ปัญหาและความต้องการ การป้องกันและแก้ไขความเสื่อมที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นหลังการพัฒนา โดยมีค่าเฉลี่ยความต่างเพิ่มขึ้นเป็น 3.81 ดังแสดงตามตารางที่ 2

ตาราง 2 แสดงความรู้กลุ่มขับเคลื่อน และพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ความรู้กลุ่มขับเคลื่อน และพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ			
	Mean	S.D..	$\bar{X}$ ผลต่างความรู้
ก่อนการพัฒนา	16.06	1.851	3.81
หลังการพัฒนา	19.87	0.387	

3. ผู้สูงกลุ่มติดบ้าน มีความรู้ ในการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการดำรงชีพตามกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุ การเปลี่ยนแปลงตามวัย การทำจิตใจให้สงบสุข การยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามวัย การป้องกันและแก้ไขความเสื่อมที่เกิดขึ้นหลังการพัฒนา โดยมีค่าเฉลี่ยความต่างเพิ่มขึ้นเป็น 3.71 ดังแสดงตามตารางที่ 3

ตาราง 3 แสดงความรู้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนและหลังการพัฒนา

ความรู้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในการดูแลสุขภาพตนเอง			
	Mean	S.D..	$\bar{X}$ ของผลต่าง
ก่อนการพัฒนา	14.06	1.851	3.71
หลังการพัฒนา	17.77	0.397	

4. กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงกลุ่มติดบ้าน สามารถปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเอง ตามมาตรฐานพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุที่พึงประสงค์ การดำรงชีพตามกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม การทำจิตใจให้สงบสุข การยอมรับการเปลี่ยนแปลงตามวัย การป้องกันและแก้ไขความเสื่อมที่เกิดขึ้นหลังการพัฒนา และการยอมรับ และให้ความร่วมมือ กับครอบครัว และผู้ดูแล เพิ่มขึ้นหลังการพัฒนา โดยมีค่าเฉลี่ยความต่างเพิ่มขึ้นเป็น 14.17 ดังแสดงตามตารางที่ 4



ตาราง 4 แสดงการประเมินการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อน

และหลังการพัฒนา

การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน			
	Mean	S.D..	$\bar{X}$ ของผลต่าง
ก่อนการพัฒนา	23.92	2.539	14.17
หลังการพัฒนา	38.08	4.680	

กระบวนการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่เกิดจากการวิจัยการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนสวรรค์ อำเภอชุมชม จังหวัดมหาสารคาม ส่งผลทำให้เกิดความสำเร็จ ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. การเตรียมคน เตรียมเครือข่ายในการทำงานที่ประกอบด้วย ผู้บริหารชุมชน ครอบครัวผู้สูงอายุ ตัวผู้สูงอายุ อาสาสมัคร หน่วยงานราชการ และผู้บริหารท้องถิ่น เครือข่ายมีส่วนร่วมเกี่ยวกับการพัฒนา ตั้งแต่ระดับหมู่บ้าน ตำบล และอำเภอ

2. การสำรวจและประเมินสถานการณ์ ความต้องการและปัญหาที่แท้จริงของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้วิธีการสัมภาษณ์ ตามแบบสอบถาม

3. การประเมินศักยภาพตามบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ และกลไกการดำเนินงาน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของหน่วยงานหลัก ตั้งยกรรรมการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยในชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น หัวหน้าหน่วยบริการสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุ องค์กรผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข

4. การสะท้อนกลับข้อมูล คืนให้กับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล สังเคราะห์การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน กับทุกฝ่ายและออกแบบจัดทำแผนงานโครงการ กิจกรรม ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกัน

5. การดำเนินงานตามแผนงานโครงการกิจกรรมที่กำหนดโดยกลุ่ม มีการมอบหมายงานการตรวจสอบและประเมินผลงานเป็นระยะ ก่อให้เกิดแผนงานโครงการเพื่อใช้พัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวนทั้งหมด 4 โครงการ และมีการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 8 องค์ประกอบอย่างต่อเนื่อง

6. การประเมินผลการดำเนินงาน โดยผู้นำชุมชน อาสาสมัคร กลุ่มตัวอย่าง และผู้วิจัยได้ร่วมกันประเมินผลการดำเนินงาน 2 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 ทำการประเมินผลหลังจากดำเนินงานไปแล้ว 10 สัปดาห์ ซึ่งพบว่า การดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานตำบลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 8 องค์ประกอบ ได้มีแก้ไขปัญหาคอขวดที่ยังติดขัด ให้สามารถผ่านเกณฑ์การประเมิน ส่วนโครงการระยะสั้นและเร่งด่วน มี 4 โครงการ



7. การประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปบทเรียนในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้ร่วมกันจัดประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสรุปบทเรียนในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านทุก 4 สัปดาห์ จำนวน 3 ครั้ง พบว่า การประชุมทุกครั้งได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วมประชุมด้วยดี โดยครั้งแรกของการประชุม ผู้วิจัยเป็นผู้กำหนดวันเวลาสถานที่ประชุม แต่ครั้งต่อมา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กำหนดเองทั้งหมด ค่าใช้จ่ายค่าอาหาร ผู้ร่วมประชุมเสียสละช่วยกัน และให้เกียรติเคารพในความคิดเห็นของสมาชิกอย่างเท่าเทียมกัน ผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

1. สภาพปัญหาด้านความต้องการทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุได้รับการแก้ไขจากแผนงานโครงการกิจกรรมที่จัดทำขึ้น ภายใต้โครงการให้รพ.สต. จัดกิจกรรมตรวจสุขภาพ และให้การดูแลสุขภาพ ให้มีการประเมินสุขภาพ ตามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ของผู้สูงอายุ ให้มีสุขภาพดี และมีการรายงานผลการดำเนินงาน พร้อมให้การช่วยเหลือ ตามความจำเป็น จัดกิจกรรมการส่งเสริมการเคลื่อนไหว การออกกำลังกาย สำหรับการตรวจรักษาสุขภาพปาก ฟัน และการจัดหาคายอุปกรณ์ที่เหมาะสมมาปรับปรุงที่อยู่อาศัยเพื่อเอื้อต่อความปลอดภัยและลดการเกิดอุบัติเหตุ

2. สภาพปัญหาทางด้านจิตใจ ได้รับการแก้ไข โดยให้มีการประเมินสุขภาพจิต (แบบประเมิน 2Q ,9Q) ทุกราย หากพบความผิดปกติ ให้รายงานผล และมีการฝึกทำจิตบำบัด จัดให้มีกิจกรรม เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ โดยภาคีสุขภาพ ฝึกอบรม อสม ให้เป็น อสม

ในการดูแลและประสานงานกับครอบครัวผู้สูงอายุ มอบรางวัลผู้สูงอายุที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองได้เหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐาน จัดทำกิจกรรมพากลุ่มตัวอย่าง ตักบาตรรับประทานอาหารร่วมกัน ผู้ที่พัฒนาตนเองกลับมาเป็นกลุ่มติดสังคมได้ พาออกไปเยี่ยมผู้สูงอายุอื่น และการทำงานปณิกกิจผู้สูงอายุ ในระดับตำบล

3. ปัญหาทางสังคม และเศรษฐกิจทำให้มีการประเมิน ความซ้ำซ้อนของการเจ็บป่วย พร้อมขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ เพื่อรับเบี้ยยังชีพเพิ่มขึ้น สนับสนุนครอบครัวที่มีผู้สูงอายุ ให้มีอาชีพและมีรายได้ที่ไม่ให้ออกไปทำงานนอกบ้าน เช่น การทอเสื่อ การทำเป้เยว่น การตัดเย็บกระเป๋า การเลี้ยงจิ้งหรีด การเลี้ยงปลาดุก การเลี้ยงกบ และหาตลาดรองรับให้

4. การเตรียมความพร้อม ในผู้สูงอายุ กลุ่มติดสังคม เพื่อป้องกันการติดบ้านในผู้สูงอายุ จัดให้มีการประเมินและตรวจสุขภาพประจำปี การแปลผล และรายงานความเสี่ยงของการเจ็บป่วย การจัดตั้งกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ การตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ การบริหารจัดการเชิงนโยบาย ในระดับท้องถิ่น ได้มีการออกเทศบัญญัติเกี่ยวกับการสนับสนุนงบประมาณในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืน

อภิปรายผล

การพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนสวรรค์ อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม มีประเด็นสำคัญที่จะอภิปราย ดังนี้

ปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุ ได้รับการแก้ไขเป็นระบบมากขึ้น ในทุกด้านโดยเกิด



จากความร่วมมือของทุกภาคส่วน มีการบูรณาการงานเข้ามาร่วมแก้ไข เริ่มตั้งแต่ในระดับครอบครัว ชุมชน ผู้บริหารท้องถิ่น และเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง มีการกำหนดกรอบแผนงาน กิจกรรม ทั้งระยะสั้นและระยะยาว และมอบหมายงานที่ชัดเจนเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ สรียญา ปิ่นเพชร (2554: 84-85) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิภา จิตรากุล (2556:420-421) ศึกษาการพัฒนา รูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม พบว่า รูปแบบที่เหมาะสมในการทำกิจกรรมเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในชุมชนนั้นต้องมีการสนับสนุนงบประมาณ การจัดการระบบการพัฒนา ศักยภาพ ผู้เกี่ยวข้องผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามา มีบทบาทในทุกขั้นตอน จะทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน

พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านก่อนทำการศึกษาวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุจะมีการดูแลสุขภาพตามแบบที่เคยเรียนรู้ที่สถาบันในวัยหนุ่มสาว ซึ่งครอบครัวยังให้ความสำคัญของการมีชีวิตที่ยาว ปัญหาความเจ็บป่วย ของผู้สูงอายุเกิดจาก บุญ กรรม โดยจะมีผลทำให้ ปัญหาทางด้านสุขภาพเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและเรื้อรัง และผู้สูงอายุ จะมีบุตรหลานเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือดูแล แต่บุตรหลานไม่มีความพร้อมหรือองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะดา ดวงพิบูลย์ (2554: 76-77) ได้วิจัยระดับภาวะพึ่งพาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในเขตอำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาทิพย์ กองจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล (2555) ทำการศึกษา

การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ พบว่า ผู้สูงอายุจะป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีผู้ดูแลหลักคือบุตรหลานและครอบครัว การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและสร้างกระบวนการเรียนรู้ การพัฒนางาน ต้องอาศัยการทำงานเป็นทีม ไม่สามารถทำงานด้วยตัวคนเดียวได้ จะต้องเชื่อว่าทุกคนมีศักยภาพ เข้าใจในความแตกต่างของบุคคล มีความรัก และหวังดีต่อบุคคลอื่นด้วย กระบวนการทำงานแบบเสริมพลัง เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการวางแผน ซึ่งเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จ และมีความสำคัญในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ที่เกิดจากภาคประชาชนซึ่งผู้ดูแล อาสาสมัคร ผู้แทนจากองค์กรชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมรับฟังข้อมูลปัญหาผู้สูงอายุ ทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและร่วมคิดหาทางออกร่วมกัน ช่วยให้การพัฒนาการบริการมีความยั่งยืนได้มากกว่าการทำและคิดแทนโดยเจ้าหน้าที่ ซึ่งการเสริมแรงและสร้างพลังภายใน กระตุ้นกระแสความรัก ความกตัญญูจากครอบครัวและชุมชน มีผลทำให้ทุกภาคส่วนเกิดความร่วมมือ และต้องเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่ตนเองเคารพ รัก และร่วมดำเนินการในทุกขั้นตอนทำให้เกิดแผนงานโครงการและกิจกรรมแบบต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมพร โพธินาม,พิศ แสนศักดิ์ และคณะ (2556) ได้วิจัยผู้สูงอายุไทยบริบทของจังหวัดมหาสารคาม สอดคล้องกับการศึกษา ของ นริสา วงศ์พนารักษ์ (2556) ได้ศึกษาเสริมสร้างสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา ศรีวณิชชกร (2554:4) ได้ศึกษาเรื่องการสนับสนุนให้ประชาชนดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของประชาชน พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพ



ชีวิต และการพัฒนาชุมชน สังคม ต้องอาศัยการมีส่วนร่วม
ร่วมจากสังคม ชุมชน และครอบครัว โดยมีปัจจัย
แนวทางหลักคือการให้บริการเชิงรุก เพื่อสร้างการมี
ส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและมีความเหมาะสม
สอดคล้องกับความต้องการ วิธีการดำเนินชีวิต และ
บริบทของแต่ละบุคคล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความ
กรุณาและความช่วยเหลืออย่างสูงยิ่งจาก ผศ.น.สพ.
ดร.มนกานต์ อินทรกำแหง อ.ดร.สัจด์ เชื้อลิ้นฟ้าที่ได้
กรุณาให้คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการปรับปรุง
แก้ไขงานวิจัย ขอขอบพระคุณ นพ.อภิชัย ลิมานนท์
นายแพทย์เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน ดร.รัชนิภา
จิตรากุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ และนาย
ฤทธิรงค์ เรืองฤทธิ์ นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ที่ให้
ความอนุเคราะห์เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือใน
การวิจัยในครั้งนี้ขอขอบพระคุณผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุก
ท่านที่คอยให้การช่วยเหลือจนทำให้การศึกษาลุล่วงครั้ง
นี้ประสบผลสำเร็จด้วยดี

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

พะเยา



เอกสารอ้างอิง

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ,ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์.(2551) ระบบการดูแลระยะยาว:การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย.วารสารพยาบาลรามา.
- จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และ อรสา กงตาล.(2555).การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นริสา วงศ์พนารักษ์ และคณะ.(2556).ภาวะสุขภาพจิต ความหวังและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองมหาสารคาม .วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์.มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปิยะดา ด่วงพิบูลย์.(2552). การประเมินภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในเขตอำเภอวังน้อย จังหวัดราชบุรี.วิทยานิพนธ์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- เพ็ญจันทร์ สิทธิปรีชาชาญ และคณะ.(2555) กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนมาบแค.วารสารพยาบาลทหารบก.
- ไพบูรณ์ พงษ์แสงพันธ์ และยุวดี รอดจากภัย. (2557).การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย.วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รัชนิภา จิตรากุล.(2556).การพัฒนารูปแบบหมู่บ้านจัดการสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ (ปร.ด) มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร.(2556).บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทยสำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย .เจ. พรีน2 .โรงพิมพ์ กรุงเทพฯ.
- สาธิต บวรสันติสุขธิ. (2558).การเสวนาเรื่องบริหารความเสี่ยงในแบบที่คุณทำได้เคล็ดลับการบริหารการเงิน. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดส์บุค.
- สมพร โพธิ์งาม, พศ สแน็คดี และคณะ .(2553). ผู้สูงอายุไทย :บริบทจังหวัดมหาสารคาม วารสารกรีนดรีม [ออนไลน์] สืบค้นเมื่อวันที่ 23 ตค. 2557จาก:<http://www.smj.ejnal.com/e->
- สุพิตร วรรณชกร.(2554) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชนในการจัดการสุขภาพ. กรุงเทพฯ : สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล
- สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชนสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน(2554).ปัญหาของนโยบายด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. มหาวิทยาลัยมหิดล .



ผลของการจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียนที่มีต่อจิตสาธารณะ ของเด็กปฐมวัย

The Effects of Services in Classroom Activity on the Public Mind of Preschool Children

ณัฐกานต์ ร้อยอรอง

นิสิตปริญญาโท สาขาการศึกษาปฐมวัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รองศาสตราจารย์ ดร.สิริมา บุญเนื่องนันทพงษ์

สาขาการศึกษาปฐมวัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นเด็กปฐมวัยชาย - หญิง อายุระหว่าง 5-6 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นอนุบาล 3 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2557 โรงเรียนอิสลามสันติชน กรุงเทพมหานคร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างระดับแสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง ($\bar{x} = 1.95$) และคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน จำนวน 15 คน ที่ได้รับการจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียนเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที รวมทั้งสิ้น 24 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้คือแผนการจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียนและแบบประเมินพฤติกรรมจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัย ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างพฤติกรรมกับจุดประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.64 การวิจัยครั้งนี้ใช้การทดลองแบบ One – Group Pretest – Posttest Design สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ t-test แบบ

Dependent Sample และขนาดส่งผลของโคเฮน (Cohen's d)

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรมจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัยรายด้านทุกด้านและโดยรวมก่อนได้รับการจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียนอยู่ในระดับไม่แสดงพฤติกรรม หรือปฏิเสธ ($\bar{x} = 0.54$) หลังได้รับการจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียนอยู่ในระดับแสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง ($\bar{x} = 1.95$) และอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ด้านการดูแลรักษาของใช้ส่วนตัวรวม ($t=20.15^{**}$; $d=5.20$) ด้านการรับผิดชอบต่อส่วนรวม ($t=16.14^{**}$; $d=4.17$) และด้านการเคารพสิทธิในการใช้ของใช้ส่วนตัวรวม ($t=23.13^{**}$; $d=5.97$) และโดยรวมทั้งหมด ($t=36.47^{**}$; $d=9.42$) แสดงว่าการจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียนส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีคะแนนพฤติกรรมจิตสาธารณะรายด้านทุกด้านและโดยรวมมีการเปลี่ยนแปลงสูงขึ้นอย่างชัดเจนและขนาดส่งผลต่อ



พฤติกรรมจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัยทุกด้านและโดยรวมอยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : การจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียน, จิตสาธารณะ, เด็กปฐมวัย

Abstract

The purpose of this research was to study and compare the levels of public mind of preschool children before and after the use of services in classroom activity. The sample used in the study was 15 preschool boys and girls, with 5-6 years of age, who were studying in third year kindergarten in second semester of 2014 academic year at Santichon Islamic School under the Office of the Private Education Commission. The 24 experiments through the use of services in classroom activity were carried out within the period of 8 weeks, 3 days a week, and 30 minutes for each day. The research instruments were plans for services in classroom activity and an evaluation form for public mind of preschool children with the index of congruence (IOC) between behavior and objectives between 0.67-1.00 and the reliability of .64. The research followed the one-group pretest-posttest design and the data were statistically analyzed by using dependent sample t-test and Cohen's d effect size.

The results of research revealed that, both in general and in all individual areas, the public mind behaviors of preschool children before the use of services in classroom activity were at the level of Not express

behavior or deny ($\bar{X} = 0.54$) while the public mind behaviors after the use of services in classroom activity were at the level of Express behavior by themselves ($\bar{X} = 1.95$). Regarding the comparison of public mind behaviors of preschool children, both in general and in all individual areas, their behaviors were increasingly changed with statistical significance at the level .01 in the areas of Looking after the classroom things ($t=20.15^{**}$; $d=5.20$), Being responsible for the classroom ($t=16.14^{**}$; $d=4.17$), and Respecting rights when using the classroom things ($t=23.13^{**}$; $d=5.97$), and the total ($t=36.47^{**}$; $d=9.42$). These results indicated that the services in classroom activity could obviously make the scores of public mind behaviors of preschool children higher, both in general and in all individual areas, and the effect sizes on the public mind behaviors, both in general and in all individual areas, were at the high level.

Keywords : Services in Classroom Activity, The Public Mind, Preschool Children

บทนำ

ปัจจุบันโลกเกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เกิดความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีอย่างไม่หยุดยั้ง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของคนในสังคม เกิดปัญหาเกี่ยวกับความเป็นอยู่ในสังคมมนุษย์ในสังคมเกิดการแข่งขันมากขึ้น เกิดการเอาเปรียบกันและการเห็นแก่ตัวเพิ่มมากขึ้น และเห็นความสำคัญของวัตถุมากกว่าความสำคัญของคุณธรรม จริยธรรม ทำให้เกิดความไม่สมดุล



ระหว่างจิตใจและวัตถุ เมื่อมนุษย์ในสังคมหลงใหลในวัตถุมากกว่าเห็นคุณค่าในคุณค่า คุณธรรมจริยธรรม จึงทำให้เกิดปัญหาต่างๆขึ้นมากมาย ปัญหาในส่วนมาก ล้วนเกิดจากการขาดจิตสาธารณะของคน เช่น กรณีที่มีคนไม่ถอดนอตเสาไฟฟ้าซึ่งเป็นการก่อให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินจำนวนมากของรัฐและสร้างความเดือดร้อนให้แก่ชาวบ้านทั่วไปที่ได้รับผลกระทบจากการไม่มีไฟฟ้าใช้ การกระทำดังกล่าวถือเป็นการขาดความรับผิดชอบต่อสังคมหรือจิตสาธารณะ เป็นการละเลยหน้าที่ที่ของบุคคลในสังคมที่พึงกระทำต่อสิ่งของที่เป็นของสาธารณะ ทำให้เกิดปัญหาต่างๆตามในภายหลังความเจริญรุ่งเรืองทางด้านวัตถุในปัจจุบัน เป็นสาเหตุที่ทำให้สังคมโดยมีค่านิยมที่ให้ความสำคัญในการแสวงหาเงินทอง แสวงหาอำนาจ บารมี มากกว่าที่จะให้ความสำคัญทางด้านจิตใจ สังคมในปัจจุบันจึงกลับเสื่อมโทรมลงอย่างเห็นได้ชัดเจน ปัญหาต่างๆ ที่มีมากมาย การปลูกฝังความสำนึกให้กับบุคคล เพื่อให้มีความรับผิดชอบต่อตนเองและสังคม จึงควรบังเกิดขึ้นในสังคม ด้วยเหตุนี้ในปัจจุบันจึงมีการกล่าวถึงคำว่า จิตสาธารณะ ซึ่งช่วยให้ผู้คนได้ตระหนักถึงความรับผิดชอบต่อสาธารณะ มากกว่าตนเอง นั้นหมายถึงว่า ทุกคนต้องมีการให้มากกว่าการรับ เพราะสิ่งเหล่านี้ ถ้าสามารถปลูกฝังให้เด็กและเยาวชนได้ตระหนัก สังคมย่อมได้รับความสุขอย่างแน่นอน (สมโชติ เณตระการ.2553: 1) สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์. (2558: 77) กล่าวว่า การพัฒนาคนสู่สังคมแห่งการเรียนรู้ตลอดชีวิต อย่างยั่งยืน โดยมีเป้าหมายการพัฒนาคนไทยทุกคนมีคุณภาพเพิ่มขึ้นทางร่างกาย สติปัญญา จิตใจและสังคม โดยเริ่มพัฒนาตั้งแต่วัยเด็กให้มีความรู้ทางวิชาการ สติปัญญา และทางอารมณ์ที่เข้มแข็ง สามารถศึกษา

หาความรู้และต่อยอดองค์ความรู้ได้ด้วยตนเอง โดยการเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น สามารถจัดการควบคุม ดูแลอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม

คำว่า จิตสาธารณะ จึงมีความสำคัญต่อชีวิต และความเป็นอยู่ของมนุษย์ โดยส่วนรวมจิตสาธารณะดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่เป็คุณลักษณะอันพึงประสงค์ที่สังคมไทยต้องมีการปลูกฝังให้เกิดขึ้นตามที่กระทรวงศึกษาธิการได้ให้ความสำคัญกับจิตสาธารณะ โดยการให้หลักสูตรแกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2551 กำหนด “จิตสาธารณะ” ไว้เป็คุณลักษณะอันพึงประสงค์ของผู้เรียน เพราะเป็นการช่วยผู้เรียน ให้ผู้เรียนได้ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสาธารณะมากขึ้น ซึ่งจิตสาธารณะนี้จะเขาไปจนเป็ผู้ใหญ่ที่ลิ้ในสังคมและร่วมสร้างสังคมอย่างมีความสุข การจัดการศึกษาในเด็กปฐมวัยเป็นการจัดการศึกษาที่มีความสำคัญมากเพราะเด็กในระดับปฐมวัยเป็วัยที่มีความเฉพาะและเป็วัยที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการที่จะได้รับการอบรมเลี้ยงดูและการเอาใจใส่ ควรได้รับการศึกษาที่สอดคล้องกับธรรมชาติและความต้องการของเด็กเป็พิเศษในวัยนี้โดยเฉพาะพฤติกรรมทางสังคม (สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์.2550 : 1-2) ดังนั้นการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการวางรากฐานชีวิตให้เจริญเติบโตเป็ประชากรที่คุณภาพสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา เพื่อเป็ตัวแทนของผู้ใหญ่นำประเทศชาติพัฒนาเจริญก้าวหน้าต่อไป (รติชน ปิทยสร์.2543 : 33) จิตสาธารณะจึงถือได้ว่าเป็นคุณธรรมอย่างหนึ่งที่เป็นคุณลักษณะที่พึงประสงค์ที่จำเป็ต้องปลูกฝังและส่งเสริมให้เกิดขึ้นในเด็กและเยาวชนไทยที่จะเป็กำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติในอนาคต โดยเฉพาะในเด็กปฐมวัยดังที่ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2538: 77) กล่าวว่า เด็กช่วงวัย



ที่ควรปลูกฝังจิตลักษณะเพื่อส่งเสริมคุณภาพให้เด็กเป็นคนดีและคนเก่งเมื่อโตขึ้นคือ ในช่วงอายุ 3-8 ขวบ และจิตลักษณะที่ควรปลูกฝังในช่วงอายุนี้นี้ คือ ทศนครี ต่อคุณธรรมและค่านิยม จะเป็นการป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นเมื่อเข้าวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ได้มากในการพัฒนาจิตสาธารณะในเด็กปฐมวัยนั้น เด็กจำเป็นต้องได้รับการจัดประสบการณ์ส่งเสริมให้เด็กได้มีโอกาสปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ส่งผลให้เด็กเกิดการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ จากความรู้เดิมและความเข้าใจที่มีอยู่ในขณะนั้น และการจัดสิ่งแวดล้อมในบริบทที่คล้ายคลึงกับชีวิตจริง ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างมีความหมาย ให้เด็กได้สร้างความรู้ความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ด้วยตนเอง ตามทฤษฎีการเรียนรู้แบบสรุสร้างความรู้ด้วยตนเอง (สรวงศ์ โค้วตระกูล. 2550: 210-211) ดังนั้นการจัดประสบการณ์จึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาการเด็กปฐมวัยให้มีจิตสาธารณะ รู้จักดูแลรักษาของใช้ส่วนรวม มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม และเคารพสิทธิในการใช้ของใช้ส่วนรวมเพื่อพัฒนาเด็กให้ก้าวสู่การเป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพต่อไปในอนาคต

การจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียนเป็นการจัดประสบการณ์ที่เปิดโอกาสให้เด็กปฐมวัยแสดงพฤติกรรมในกิจวัตรประจำวันนั้นเรียนด้วยกิจกรรม 6 กิจกรรมดังนี้ การช่วยเหลือ การช่วยจัดหนังสือ การช่วยเก็บไม้สอย การช่วยแจกนม การช่วยแจกช้อน และการช่วยแจกขนม เพื่อให้เด็กรู้จักดูแลรักษาของใช้ส่วนรวม มีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม และเคารพสิทธิในการใช้ของใช้ส่วนรวม การจัดกิจกรรมบริการเป็นการให้ความช่วยเหลือหรือการดำเนินการเพื่อประโยชน์ของผู้อื่น และเป็นการกระทำกิจกรรมใดๆ ด้วยร่างกาย เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเกี่ยวข้องกับการอำนวยความสะดวก

ความสามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการได้ ด้วยการแสดงออกด้วยการแต่งกายปฏิบัติการกริยาท่าทางและวิธีการพูดจา สามารถนำมาใช้กับเด็กปฐมวัยโดยการจัดเป็นกิจกรรมการบริการในชั้นเรียน เพื่อที่จะฝึกให้เด็กได้รู้จักการมีความรับผิดชอบต่อส่วนรวม มีจิตสำนึกสาธารณะ และสามารถอาสาทำงานบางอย่างเพื่อส่วนรวมได้ด้วยตนเอง (มหาวิทยาลัยมหิดล.มปป) การจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียนเปิดโอกาสให้นักเรียนได้ช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันตามตารางกิจกรรมประจำวัน ในด้านการเล่น การถูระส่วนตัว การรับประทานอาหาร รวมถึงการรักษาความสะอาดซึ่งคล้ายกับการช่วยพ่อแม่ทำงานบ้าน ในการจัดกิจกรรมเพื่อเพิ่มพูนประสบการณ์ใหม่แก่เด็กนั้น ครูไม่ควรละเลยที่จะสร้างวินัยในเรื่องเล็กๆ น้อยๆ อย่างเช่น การตรงต่อเวลา เก็บของใช้ของเล่นเข้าที่เดิมให้เรียบร้อย สนับสนุนส่งเสริมให้เด็กทำงานร่วมกันเพื่อให้เด็กได้เรียนรู้ที่จะยอมรับความคิดเห็นของผู้อื่น ยอมรับในการตัดสินใจของตนเองและผู้อื่น ยอมรับในการตัดสินใจของตนเองและเพื่อน ยอมรับในผลงานที่ตนเองและเพื่อนสร้างขึ้น อีกทั้งอดทนรอคอย และมีความมุ่งมั่นตั้งใจที่จะทำงานให้สำเร็จตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ และการเสริมแรงกระตุ้นให้เด็กสนใจช่วยเหลือตนเอง มีระเบียบวินัยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การฝึกให้เด็กรู้จักช่วยเหลือตนเองตามความสามารถด้วยการทำกิจกรรมง่ายๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น เข้าแถวเพื่อรอทำกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติพร้อมกัน เก็บของเล่นเข้าที่ ดูแลรักษาสิ่งของเครื่องใช้ของตนเอง ยอมรับข้อตกลงและทำตามข้อตกลง การมอบหมายงานหรือกิจกรรมในห้องเรียนเล็กๆ น้อยๆ จะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกรักภูมิใจในความสามารถของตนเอง รู้จัก



สิทธิหน้าที่ของตนเอง มีระเบียบวินัยนำไปสู่การรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งการแสดงออกที่เหมาะสมในสังคม (มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. 2537: 57-58)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจที่จะวิจัย โดยการจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียน เพื่อการพัฒนาจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัย ในด้านการไม่ทำให้ของใช้ส่วนรวมเกิดความชำรุดเสียหาย การรับผิดชอบต่อส่วนรวม การเคารพสิทธิในการใช้ของใช้ส่วนรวมที่เป็นประโยชน์ร่วมกันของกลุ่ม ซึ่งผลการวิจัยจะเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียนเพื่อพัฒนาจิตสาธารณะให้กับเด็กปฐมวัยโดยได้รับการช่วยเหลือชี้แนะและสนับสนุนจากครูผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาเด็กปฐมวัยในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อศึกษาการจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียนที่มีผลต่อจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัย โดยมีจุดมุ่งหมายเฉพาะดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัยโดยรวมที่ได้รับการจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียน
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียน

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้แบบแผนการทดลอง One – Group Pretest – Posttest Design (สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์. 2550:15) เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการดำเนินการแบบกึ่งทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนักเรียนชาย-หญิง ที่มีอายุ 5-6 ปี กำลังศึกษาอยู่ในชั้นอนุบาลศึกษาปีที่ 3 ปีการศึกษา 2557 โรงเรียนอิสลามสันติชน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน ซึ่งมี 1 ห้องเรียน จำนวน 35 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยนี้คือ เด็กปฐมวัยชาย – หญิง มีอายุ 5-6 ปี กำลังศึกษาอยู่ในชั้นอนุบาล 3 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2557 โรงเรียนอิสลามสันติชน สังกัดสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย ด้วยการจับฉลากนักเรียนจำนวน 15 คนเพื่อเป็นกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แผนการจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียนจำนวน 24 แผนกิจกรรมบริการในห้องเรียนนี้จะเน้นให้เด็กได้ฝึกการลงมือปฏิบัติจริงในการบริการในห้องเรียนทุกขั้นตอนด้วยตนเอง ตั้งแต่การอาสาทำงานบริการในห้องเรียน การดำเนินกิจกรรม การสรุปกิจกรรมจากกิจกรรมดังกล่าว ผู้วิจัยจึงนำมาจัดเป็นแผนการจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียนจำนวน 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 3 กิจกรรม ซึ่งแต่ละกิจกรรมนั้นจะส่งเสริมให้เด็กจิตสาธารณะโดยกำหนดรูปแบบดังนี้
- ขั้นที่ 1 ขั้นนำ โดยการสร้างบรรยากาศในห้องเรียนรู้เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้กับเด็ก เชิญชวนและสนทนถึงการทำความดี การเป็นเด็กดีช่วยเหลือผู้อื่น การมีจิตสาธารณะ โดยใช้กิจกรรมการเล่าข่าวประจำวัน หรือสถานการณ์จำลอง การท่องคำคล้องจอง การร้องเพลง

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการ นักเรียนร่วมกันคิดวิธีการทำกิจกรรมบริการในชั้นเรียน และฝึกอาสาทำเพื่อส่วนรวม ให้ความสะดวกต่างๆ ในการทำกิจวัตรประจำวันในชั้นเรียนตามหน้าที่อาสา 6 กิจกรรมดังนี้ การช่วยเหลือ การช่วยจัดหนังสือ การช่วยเก็บไม้บล็อกร การช่วยแจกนม การช่วยแจกช้อน การช่วยแจกขนม



ขั้นที่ 3 ขั้นสรุป สรุปผลการทำกิจกรรมและให้แรงเสริมในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

2. แบบประเมินพฤติกรรมจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัย ครอบคลุมจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัยจำนวนทั้งหมด 9 ข้อ ประกอบด้วย 1. ด้านการดูแลรักษาของใช้ส่วนรวม จำนวน 3 ข้อ 2. ด้านการรับผิดชอบต่อส่วนรวม จำนวน 3 ข้อ 3. ด้านการเคารพสิทธิ์ในการใช้ของใช้ส่วนรวม จำนวน 3 ข้อ ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนเป็นแบบ 0-1-2 โดยหาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของแบบประเมินพฤติกรรมจิตสาธารณะโดยนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญทางด้านการศึกษาปฐมวัย พิจารณาลงความเห็นได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มีค่าระหว่าง .67 – 1.0 หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ 0.64

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการทดลองในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2557 เป็นเวลา 8 สัปดาห์สัปดาห์ละ 3 วัน ได้แก่ วันจันทร์ วันพุธ วันศุกร์ วันละ 20-30 นาที รวม 24 ครั้งโดยผู้วิจัยทำการแบบประเมินพฤติกรรมจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัยก่อนการทดลอง (Pretest) จากนั้นนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์และเก็บคะแนนไว้ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการจัดกิจกรรมตามเวลาที่กำหนด เมื่อดำเนินการทดลองจนครบ 8 สัปดาห์ แล้วจึงนำแบบประเมินพฤติกรรมจิตสาธารณะฉบับเดิมมาวัดซ้ำและตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินพฤติกรรมจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัยไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติเพื่อทดสอบสมมติฐานหา

ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ และทดสอบความแตกต่างเฉลี่ย โดยใช้ Dependent Sample t-test ทดสอบค่านัยสำคัญทางสถิติ และในกรณีที่พบว่าค่า t มีนัยสำคัญทางสถิติ จะคำนวณค่าขนาดส่งผล (Effect Size) โดยใช้สูตรขนาดส่งผลของโคเฮน (Cohen's d) (บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. 2557: 138)



ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาระดับจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัย รายชื่อ รายด้าน และโดยรวมทั้งหมดก่อนและหลังที่ได้รับการจัดกิจกรรมการบริการในห้องเรียน

ตาราง 1 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนพฤติกรรมจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัย ที่ได้จากการประเมินก่อนและหลังการได้รับการจัดกิจกรรมการบริการในห้องเรียน

จิตสาธารณะของเด็กปฐมวัย	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
1. การดูแลรักษาของใช้ส่วนรวม	0.62	0.25	1.00	0.20
1.1 ใช้สิ่งของส่วนรวมอย่างระมัดระวังไม่เสียหาย	0.60	0.51	1.75	0.26
1.2 ใช้ของใช้ส่วนรวมแล้วเก็บเข้าที่	0.73	0.46	1.87	0.52
1.3 ใช้ของใช้ส่วนรวมอย่างประหยัด	0.53	0.52	1.93	0.26
2. การรับผิดชอบต่อส่วนรวม	0.49	0.41	1.96	0.12
2.1 ทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย	0.67	0.49	1.93	0.26
2.2 รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย	0.49	0.52	2.00	0.00
2.3 อาสาทำงานเพื่อส่วนรวม	0.33	0.49	1.93	0.26
3. การเคารพสิทธิในการใช้ของใช้ส่วนรวม	0.51	0.25	1.98	0.09
3.1 ไม่เอาของส่วนรวมมาเป็นของตัวเอง	0.73	0.46	1.93	0.26
3.2 แบ่งปันของส่วนรวมให้ผู้อื่น	0.47	0.52	2.00	0.00
3.3 เปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้ใช้สิ่งของร่วมกัน	0.33	0.49	2.00	0.00
โดยรวมทั้งหมด	0.54	0.13	1.95	0.09

ผลการวิเคราะห์ พบว่าระดับคะแนนประเมินพฤติกรรมจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัยเป็นดังนี้ ก่อนได้รับการจัดกิจกรรมการบริการในห้องเรียน เด็กปฐมวัยมีคะแนนการประเมินพฤติกรรมจิตสาธารณะรายข้ออยู่ในระดับ ไม่แสดงพฤติกรรมหรือปฏิเสธจำนวน 6 ข้อ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.33-0.60 คะแนน ได้แก่ข้อ 2.3 อาสาทำงานเพื่อส่วนรวม ข้อ 3.3 เปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้ใช้สิ่งของร่วมกัน ข้อ 2.2 รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย ข้อ 3.2 แบ่งปันของส่วนรวมให้ผู้อื่น ข้อ 1.3 ใช้ของใช้ส่วนรวมอย่างประหยัด และข้อ 1.1 ใช้สิ่งของส่วนรวมอย่างระมัดระวังไม่เสียหายตามลำดับ อยู่ในระดับแสดงพฤติกรรมได้เมื่อชี้แนะจำนวน 3 ข้อ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.67-0.73 คะแนน ได้แก่ข้อ 2.1 ทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ข้อ 1.2 ใช้ของใช้ส่วนรวมแล้วเก็บเข้าที่ และ ข้อ 3.1 ไม่เอาของส่วนรวมมาเป็นของตัวเอง ส่วนรายด้านและโดยรวมทั้งหมดอยู่ในระดับ ไม่แสดงพฤติกรรมหรือปฏิเสธทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.49-0.62 คือด้านที่ 2. การรับผิดชอบต่อส่วนรวมด้านที่ 3. การเคารพสิทธิในการใช้ของใช้ส่วนรวมคะแนนโดยรวมทั้งหมดและด้านที่ 1. การดูแลรักษาของใช้ส่วนรวมตามลำดับ

หลังได้รับการจัดกิจกรรมการบริการในห้องเรียน เด็กปฐมวัยมีคะแนนการประเมินพฤติกรรมจิตสาธารณะรายข้ออยู่ในระดับ แสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง ทั้งหมดจำนวน 9 ข้อ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.87-2.00 คะแนน ได้แก่ข้อ 1.2 ใช้ของใช้ส่วนรวมแล้วเก็บเข้าที่ข้อ 2.3 อาสาทำงานเพื่อส่วนรวมข้อ 1.3 ใช้ของใช้ส่วนรวมอย่าง



ประหยัด ข้อ 1.1 ใช้สิ่งของส่วนรวมอย่างระมัดระวังไม่เสียหาย ข้อ 2.1 ทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ข้อ 3.1 ไม่เอาของส่วนรวมมาเป็นของตัวเอง ข้อ 3.3 เปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้ใช้สิ่งของร่วมกัน ข้อ 2.2 รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย ข้อ 3.2 แบ่งปันของส่วนรวมให้ผู้อื่นตามลำดับ ส่วนรายด้านและโดยรวมทั้งหมดอยู่ในระดับแสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเองทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.91-1.98 คะแนนได้แก่ ด้านที่ 1. การดูแลรักษาของใช้ส่วนรวม คะแนนโดยรวมทั้งหมด ด้านที่ 2. การรับผิดชอบต่อส่วนรวม และด้านที่ 3. การเคารพสิทธิในการใช้ของใช้ส่วนรวมตามลำดับ

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังที่ได้รับการจัดกิจกรรมการบริการในห้องเรียน

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนพฤติกรรมจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังได้รับการจัดกิจกรรมการบริการในห้องเรียนเป็นรายข้อ รายด้านและโดยรวมทั้งหมด

จิตสาธารณะของเด็กปฐมวัย	$\bar{D}$	S_D	$S_{\bar{D}}$	t_{df}	p	d	
1. การดูแลรักษาของใช้ส่วนรวม	1.29	0.25	0.06	62.15**	14	0.00	5.20
1.1 ใช้สิ่งของส่วนรวมอย่างระมัดระวังไม่เสียหาย	1.33	0.49	0.08	10.58**	14	0.00	2.73
1.2 ใช้ของใช้ส่วนรวมแล้วเก็บเข้าที่	1.13	0.74	0.19	5.91**	14	0.00	1.52
1.3 ใช้ของใช้ส่วนรวมอย่างประหยัด	1.40	0.51	0.13	10.69**	14	0.00	2.76
2. การรับผิดชอบต่อส่วนรวม	1.47	0.35	0.09	16.14**	14	0.00	4.17
2.1 ทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย	1.27	0.59	0.15	8.26**	14	0.00	2.13
2.2 รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย	1.53	0.52	0.13	11.50**	14	0.00	2.97
2.3อาสาทำงานเพื่อส่วนรวม	1.60	0.51	0.13	12.22**	14	0.00	3.16
3. การเคารพสิทธิในการใช้ของใช้ส่วนรวม	1.47	0.25	0.06	23.13**	14	0.00	5.97
3.1ไม่เอาของส่วนรวมมาเป็นของตัวเอง	1.20	0.56	0.14	8.29**	14	0.00	2.14
3.2 แบ่งปันของส่วนรวมให้ผู้อื่น	1.53	0.52	0.13	11.50**	14	0.00	2.97
3.3 เปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้ใช้สิ่งของร่วมกัน	1.67	0.49	0.13	13.23**	14	0.00	3.42
โดยรวมทั้งหมด	1.41	0.15	0.04	36.47**	14	0.00	9.42

**มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.01;

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 2 พบว่าหลังได้รับการจัดกิจกรรมการบริการในห้องเรียน เด็กปฐมวัยมีคะแนนพฤติกรรมจิตสาธารณะรายข้อทุกข้อเปลี่ยนแปลงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีขนาดส่งผลในระดับมาก เรียงลำดับดังนี้ ข้อ 1.2 ใช้ของใช้ส่วนรวมแล้วเก็บเข้าที่ ($t=-5.91^{**}$; $d=1.52$) ข้อ 2.1 ทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ($t=8.26^{**}$; $d=2.13$) ข้อ 3.1 ไม่เอาของส่วนรวมมาเป็นของตัวเอง ($t=-8.29^{**}$; $d=2.14$) ข้อ 1.1 ใช้สิ่งของส่วนรวมอย่างระมัดระวังไม่เสียหาย ($t=10.58^{**}$; $d=2.73$) ข้อ 1.3 ใช้ของใช้ส่วนรวมอย่างประหยัด ($t=10.69^{**}$; $d=2.76$) ข้อ 2.2 รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย ($t=11.50^{**}$; $d=2.97$) ข้อ 3.2



แบ่งปันของส่วนรวมให้ผู้อื่น ($t=11.50^{**}$; $d=2.97$)
ข้อ 2.3 อาสาทำงานเพื่อส่วนรวม ($t=12.22^{**}$; $d=3.16$) ข้อ 3.3 เปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้ใช้สิ่งของ
ร่วมกัน ($t=13.23^{**}$; $d=3.42$) และคะแนนรายด้าน
ทุกด้านและโดยรวมทั้งหมดมีการเปลี่ยนแปลงสูงขึ้น
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีขนาด
ส่งผลในระดับมาก เรียงลำดับดังนี้ ด้านที่ 2. การ
รับผิดชอบต่อส่วนรวม ($t=16.14^{**}$; $d=4.17$) ด้านที่ 1.
การดูแลรักษาของใช้ส่วนรวม ($t=20.15^{**}$; $d=5.20$)
ด้านที่ 3. การเคารพสิทธิในการใช้ของใช้ส่วนรวม
($t=23.13^{**}$; $d=5.97$) และโดยรวมทั้งหมด
($t=36.47^{**}$; $d=9.42$)

อภิปรายผล

การวิจัยในครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษา
ระดับจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัยและเปรียบเทียบ
จิตสาธารณะของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังได้รับการจัด
กิจกรรมการบริการในห้องเรียน ปรากฏผลดังนี้

ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมจิตสาธารณะ
ของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมการบริการ
เรียนสูงขึ้นหลังได้รับการทดลอง เนื่องจากการจัด
กิจกรรมการบริการในชั้นเรียนเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมการจัด
กิจกรรมที่เปิดโอกาสให้เด็กได้ลงมือปฏิบัติจริง มีการ
ดำเนินการเป็นขั้นตอนที่ชัดเจน ในชั้นให้นักเรียนเห็น
ถึงความสำคัญของการดูแลรักษาของใช้ส่วนรวม การ
รับผิดชอบต่อส่วนรวม และการเคารพสิทธิในการใช้
ของใช้ส่วนรวม โดยผ่านการใช้เรื่องราวเหตุการณ์
ข่าวสารจริง นิทาน คำคล้องจอง ในชั้นการดำเนิน
กิจกรรมเปิดโอกาสให้เด็กได้คิดวิธีการกระบวนกร
ขั้นตอนการเป็นบุคคลที่มีจิตสาธารณะได้ด้วยตนเอง
โดยมีคุณครูคอยอำนวยความสะดวกและให้คำแนะนำ
และในขั้นตอนสรุป นักเรียนสามารถสรุปถึงการทำ
กิจกรรม ข้อบกพร่อง สิ่งที่ต้องแก้ไขในกิจกรรมต่อไป

ซึ่งสอดคล้องกับ สิริมา ภิญโญนนตพษ์.(2556:16)
กล่าวว่า การพัฒนาที่ยั่งยืนควรจัดการศึกษาเพื่อ
พัฒนาคนไทยให้ครบทั้งพฤติกรรม จิตใจ และปัญญา
ในด้านพฤติกรรมได้แก่ วินัย การทำมาหาเลี้ยงชีพ
และวิธีปฏิบัติในการบริโภค การแบ่งปัน และอยู่
ร่วมกับสิ่งแวดล้อม ด้านจิตใจ ได้แก่ คุณธรรม
ความรู้สึกรัก แรงจูงใจ และสภาพจิตใจ เช่น ความสุข
ความพอใจ และความสดชื่นเบิกบาน ซึ่งสอดคล้องกับ
รัฐฉวน อินทรกำแหง (2528 : 119-119) ที่กล่าวว่า
แนวทางในการเสริมสร้างจิตสำนึกของคนในสังคมว่า
จะต้องเกิดขึ้นได้จากการรณรงค์สื่ออยู่กับความถูกต้อง
การปลูกฝังอบรม การฝึกปฏิบัติ การได้เห็นตัวอย่างที่
ชวนให้ประทับใจ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้จะค่อยๆ โน้มนำใจของ
บุคคลให้เกิดจิตสำนึกที่ถูกต้องและการสร้างจิตสำนึก
ต่อส่วนรวมให้เกิดขึ้น จำต้องอาศัยสถาบันทางสังคม
หลายส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งสอดคล้องกับ แบนดูรา
(สิริมา ภิญโญนนตพษ์. 2550:65) กล่าวว่า การ
เรียนรู้ของมนุษย์เกิดจากพฤติกรรมของบุคคลนั้นมี
ปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องระหว่างบุคคลและ
สิ่งแวดล้อม โดยผู้เรียนจะทำการลอกเลียนแบบ การ
เรียนรู้ดังกล่าวเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง
โดยอาศัยการสังเกตพฤติกรรม การสังเกตการ
ตอบสนองและปฏิกิริยาต่างๆ สภาพแวดล้อม ผลการ
กระทำ คำบอกเล่า และความเชื่อถือได้ การเรียนรู้ของ
เด็กจะเกิดขึ้น และสอดคล้องกับฟรอยด์ (พัชรีย์ สวนแก้ว.
2532: 57; อ้างอิงจาก Freud. 1949) นักจิตวิเคราะห์
ได้ชี้ให้เห็นว่า วัยเริ่มต้นของชีวิตมนุษย์ระยะ 5 ปีแรก
ของคนเรา ประสบการณ์ต่างๆ ที่ได้รับในตอนต้นๆ
ของชีวิตจะมีอิทธิพลต่อชีวิตของคนเราตลอดจนถึง
วาระสุดท้ายเขาเชื่อว่าการอบรมเลี้ยงดูในระยะปฐมวัย
นั้นมีผลต่อการพัฒนาบุคลิกภาพของเด็กในอนาคต



เด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมบริการในห้องเรียนมีจิตสาธารณะสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยในครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่า การจัดกิจกรรมการบริการในห้องเรียน สามารถส่งเสริมจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัยให้สูงขึ้นได้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ สามารถอภิปรายผลได้ว่า การจัดกิจกรรมการบริการในชั้นเรียนเป็นการจัดกิจกรรมที่สามารถพัฒนาจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัยได้ทุกขั้นตอน เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่เด็กได้ลงมือปฏิบัติจริงผ่านกระบวนการคิด หาเหตุผล สังเกตสิ่งต่างๆ รอบตัว และมีความรับผิดชอบในสิ่งที่ตนกระทำตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย จนเกิดกระบวนการเรียนรู้เป็นขั้นตอน ซึ่งเห็นได้จากการวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงของคะแนนของระดับจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการจัดกิจกรรมการบริการในห้องเรียน

1. ด้านการดูแลรักษาของใช้ส่วนรวมคือก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 0.62 เท่ากับไม่แสดงพฤติกรรมหรือปฏิเสธ และหลังการทดลองค่าคะแนนอยู่ในระดับ 1.91 เท่ากับ แสดงพฤติกรรมได้ด้วยตัวเอง พบว่านักเรียนสามารถดูแลรักษาของใช้ส่วนรวม ใช้ของใช้ส่วนรวมอย่างระมัดระวังไม่ให้เกิดความเสียหาย เมื่อใช้ของใช้ส่วนรวมแล้วเก็บเข้าที่เก็บรวมทั้งใช้ของใช้ส่วนรวมอย่างระมัดระวัง ไม่เหลือใช้

2. ด้านการรับผิดชอบส่วนรวมคือก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 0.49 เท่ากับไม่แสดงพฤติกรรมหรือปฏิเสธ และหลังการทดลองค่าคะแนนอยู่ในระดับ 1.00 เท่ากับแสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง พบว่านักเรียนสามารถทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้สำเร็จ มีการอาสาทำเพื่อส่วนรวม และรับผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้

3. ด้านการเคารพสิทธิในการใช้ของใช้ส่วนรวม คือก่อนการทดลองค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับ 0.51 เท่ากับ ไม่แสดงพฤติกรรมหรือปฏิเสธ และหลังการทดลองค่าคะแนนอยู่ในระดับ 1.98 เท่ากับแสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง พบว่านักเรียนสามารถเคารพ

สิทธิในการใช้ของใช้ส่วนรวม ไม่เอาของส่วนรวมมาเป็นของตนเอง แบ่งปันของส่วนรวมให้ผู้อื่น และเปิดโอกาสให้ผู้อื่นได้ใช้ของร่วมกัน

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การจัดกิจกรรมการบริการในชั้นเรียนสามารถช่วยส่งเสริมจิตสาธารณะของเด็กปฐมวัยได้ดี ทั้งนี้ ถ้าเด็กได้รับการสนับสนุนส่งเสริมและฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ ที่เด็กได้รับการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจิตสาธารณะ เพราะเด็กได้ลงมือปฏิบัติ เห็นผลจากการกระทำของตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยครูมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมเด็กและกระตุ้นให้เด็กเกิดข้อสงสัย สังเกต และคิดหาคำตอบจากการค้นหาความรู้ด้วยตนเอง ทำให้บรรยากาศในการเรียนเป็นไปอย่างมีความสุข สนุกสนาน มีความสนใจในการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น สิริมาภิญโญอินตพงษ์. (2558 :78) กล่าวว่า ครูปฐมวัยเป็นบุคคลที่สำคัญที่จะเป็นผู้พัฒนาเด็กให้บรรลุตามเป้าหมาย ครูปฐมวัยจึงต้องมีความรู้ ความเข้าใจ มีท่าทีความรู้สึกรู้ และรู้จักการปฏิบัติเกี่ยวกับเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนการเรียนรู้ การรู้จักใช้เทคนิคการส่งเสริมทาง อารมณ์-สังคม ดังนั้นผู้ที่สอนเด็กปฐมวัยจะสามารถที่จะศึกษาและใช้แนวทาง ในการจัดการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับพัฒนาการของเด็กวัยนี้ต่อไป



เอกสารอ้างอิง

- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. (2538). *การกำหนดปัญหาการวิจัยและการพัฒนาระบบพฤติกรรมไทย :ด้านพฤติกรรมจริยธรรมและด้านอื่นๆครั้งที่ 2 วิธีการวิจัยและเขียนรายงานการวิจัย.การประชุมทางวิชาการสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติกระทรวงวิทยาศาสตร์.*
- บุญเชิด ภิญโญนนตพงษ์. (2557). *ระเบียบวิธีวิจัยและสถิติเพื่อการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพื้นฐานทางการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*
- พัชรีย์ สอนแก้ว. (2532). *เอกสารประกอบการสอน 2174503การให้ศึกษาแก่พ่อแม่. กรุงเทพฯ: ภาควิชาโรงเรียนสาธิตคณะครุศาสตร์วิทยาลัยครูสวนดุสิต.*
- มหาวิทยาลัยมหิดล.(มปพ). *คู่มือ – เทคนิคการให้บริการด้วยใจ “Service Mind”. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.*
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2537). *ประมวลสาระชุดวิชาหลักความรู้และแนวคิดทางการปฐมวัยศึกษา หน่วยที่ 5 - 8. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.*
- รติชน พียรยสธ.(2543). *การอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย.พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ: สุขภาพใจ.*
- รัฐจวน อินทรกำแหง .(2527). *จิตวิทยาสมองมนุษย์ (พรสวรรค์) เล่ม 3. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.*
- สมโชค เฉดระการ. (2553). *“เด็กและเยาวชนกับจิตสาธารณะ (Public Mind).”[ระบบออนไลน์]* สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2555.จาก <http://www.oknation.net/blog/somchoke101/2010/01/21/entry-1>
- สิริมา ภิญโญนนตพงษ์. (2550). *การวิจัยด้านการศึกษาศึกษาปฐมวัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต*
- .(2550). *การศึกษาศึกษาปฐมวัย. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต*
- .(2556). *การวัดและประเมินผลแนวใหม่: เด็กปฐมวัย (ปรับปรุงแก้ไข).*พิมพ์ครั้งที่ 4 . กรุงเทพฯ: บารากซ์.
- .(2556). *การพัฒนาคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของเด็กปฐมวัยตามหลักสูตรการศึกษาปฐมวัยแบบวิถีไทย. ประชุมวิชาการ: การวิจัยทางการศึกษาระดับชาติครั้งที่ 2 "พลังการเรียนรู้ก้าวสู่สากล" โดย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วันที่ 12 กันยายน 2556.*
- .(2558). *วารสารวิชาการ ศึกษาศาสตร์ ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2558. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.*
- สุรางค์ ไคว้ตระกูล. (2550). *จิตวิทยาการศึกษา.กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.*



การพัฒนาทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัย ด้วยการจัดกิจกรรมศิลปะ

The Development of Sufficiency Economy Basic Skills of Preschool Children through Art Activity

วัฒนา วงษ์สันต์

นิสิตปริญญาโท สาขาการศึกษาปฐมวัย คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

รองศาสตราจารย์ ดร.สิริมา ภิญโญเนตพงษ์

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับการพัฒนาทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมศิลปะ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นเด็กปฐมวัย ชาย-หญิง อายุระหว่าง 4-5 ปี ที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นอนุบาล ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2557 โรงเรียนอิสลามสันติชน ซึ่งตั้งสำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน จำนวน 15 คน ได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 30 นาที รวมทั้งสิ้น 24 ครั้ง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แผนการจัดกิจกรรมศิลปะ และแบบประเมินพฤติกรรมทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัย ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างพฤติกรรมกับจุดประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .79 การวิจัยครั้งนี้ใช้แผนการทดลองแบบ One – Group Pretest – Posttest Design สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือ t-test แบบ Dependent Sample และขนาดส่งผลของโคเฮน (Cohen's d)

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า ระดับพฤติกรรมที่มีทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัยราย

ด้านทุกด้านและโดยรวมก่อนได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะอยู่ในระดับยังไม่แสดงพฤติกรรม ($\bar{x} = .47 - .71$) หลังได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะ อยู่ในระดับแสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง ($\bar{x} = 1.60 - 1.78$) และผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงทุกด้านและโดยรวม ทั้งหมดมีการเปลี่ยนแปลงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีขนาดส่งผลในระดับมาก เรียงลำดับดังนี้ ด้านการประหยัด ($t=11.48^{**}$; $d=2.96$) ด้านการมีเหตุผล ($t=11.50^{**}$; $d=2.97$) ด้านพอประมาณ ($t=14.95^{**}$; $d=3.86$) และโดยรวมทั้งหมด ($t=21.14$; $d=5.46$) ผลการวิจัยแสดงว่า คะแนนพฤติกรรมทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัย รายด้านทุกด้านและโดยรวมมีการเปลี่ยนแปลงสูงขึ้นอย่างชัดเจนโดยมีขนาดส่งผลในระดับมาก

คำสำคัญ : ทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง, เด็กปฐมวัย, การจัดกิจกรรมศิลปะ

Abstract

The purpose of this research was to study and compare the level of sufficiency economy basic skills of preschool children



before and after the use of art activity. The sample used in the study was 15 preschool boys and girls, with 4-5 years of age, who were studying in second year kindergarten in second semester of 2014 academic year at Santichon Islamic School under Office of the Private Education Commission. The 24 experiments through the use of art activity were carried out within the period of 6 weeks, 4 days a week, and 30 minutes for each day. The research instruments were plans for art activity and an evaluation form for the sufficiency economy basic skill behaviors of preschool children with the index of congruence (IOC) between behaviors and objectives between 0.67-1.00 and the reliability of .79. The research followed the one-group pretest-posttest design and the data were statistically analyzed by using dependent sample t-test and Cohen's d effect size.

The results of research revealed that, both in general and in all individual areas, the sufficiency economy basic skill behaviors of preschool children before the use of art activity were at the level of Not yet express behavior ($\bar{x} = 46.71$) while the behaviors after the use of art activity were at the level of Express behavior by themselves ($\bar{x} = 1.60-1.78$). Regarding the comparison of the sufficiency economy basic skill behaviors of preschool children, both in general and in all individual areas, their behaviors were increasingly changed with statistical significance at the level .01. The effect size was at the high level respectively in the areas

of Being economic ($t = 11.48^{**}, d = 2.96$), Being reasonable ($t = 11.50^{**}, d = 2.97$), Being sufficient ($t = 11.95^{**}, d = 3.86$), and the total ($t = 21.14, d = 5.46$). These results indicated that the scores of sufficiency economy basic skill behaviors of preschool children, both in general and in all individual areas, were increasingly changed with the effect sizes at the high level.

Keywords : Sufficiency Economy Basic Skills, Preschool Children, Art Activity

บทนำ

สังคมปัจจุบันมีแนวโน้มในการแข่งขันกันอย่างต่อเนื่องเพิ่มมากขึ้นในทุกๆ ด้าน ทั้งทางด้านธุรกิจ เทคโนโลยีและนวัตกรรม ความเป็นอยู่ หรือแม้กระทั่งทางด้านการศึกษา ทั้งนี้เพื่อมุ่งพัฒนาตนเองและพัฒนาประเทศไปให้ถึงขีดสุด เพื่อให้ประเทศชาติมีความเจริญก้าวหน้าอย่าง ซึ่งการพัฒนาประเทศจำเป็นต้องทำตามลำดับขั้น ต้องสร้างพื้นฐานคือความพอมีพอกพอใช้ของประชาชนส่วนใหญ่เป็นเบื้องต้นก่อน โดยใช้วิธีการและอุปกรณ์ที่ประหยัดแต่ถูกต้องตามหลักวิชาการ เมื่อได้พื้นฐานความมั่นคงพร้อมพอสมควร และปฏิบัติได้แล้ว จึงค่อยสร้างเสริมความเจริญและฐานะทางเศรษฐกิจสูงขึ้นโดยลำดับต่อไป “เศรษฐกิจพอเพียง” เป็นแนวพระราชดำรินในพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ที่พระราชทานมานานกว่า 30 ปี เป็นแนวคิดที่ตั้งอยู่บนรากฐานของวัฒนธรรมไทย เป็นแนวทางการพัฒนาที่ตั้งบนพื้นฐานของทางสายกลาง และความไม่ประมาทคำนึงถึงความพอประมาณ ความมีเหตุผล การสร้างภูมิคุ้มกันในตนเอง ตลอดจนใช้ความรู้และคุณภาพ เป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต ที่สำคัญต้องมี “สติ ปัญญา และความเพียร” ซึ่งจะนำไปสู่ “ความสุข” ในการดำเนินชีวิตอย่างแท้จริง...” (18 กรกฎาคม 2517) ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (2553).



จากพระราชดำรัสข้างต้นนี้ พระองค์ทรงเน้นการพหุมีพอกิน พอใช้ของประชาชนในเบื้องต้น เมื่อมีพื้นฐานมั่นคงดีก็จะสามารถสร้างความเจริญทางเศรษฐกิจให้สูงขึ้นต่อไป การพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้า ต้องพัฒนาประชากรให้มีคุณภาพ โดยเฉพาะเยาวชนรวมไปถึงเด็กปฐมวัย ที่จะเป็นอนาคตของชาติ เพราะหัวใจของการพัฒนาที่ยั่งยืนคือการพัฒนาคน ดังนั้น การจะปลูกฝังสิ่งที่ดีงามต้องเริ่มต้นจากในวัยเด็กโดยเฉพาะวัยปฐมวัย เพราะเป็นช่วงที่สำคัญที่สุดสำหรับการเริ่มต้นปลูกฝังสิ่งต่างๆ การปลูกฝังไม่ใช่การสอนเพียงอย่างเดียว การเห็นการสัมผัสจริงก็เป็นการเรียนรู้เช่นกัน ธรรมชาติของการเรียนรู้ของเด็กวัยนี้ จะหล่อหลอมวงจรต่างๆ ของสมอง นี่คือจุดเริ่มต้นที่สำคัญของการไปสู่เป้าหมายของการปลูกฝังแนวคิดตามปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (อุดม เพชรสังหาร. 2550 : 131) ซึ่งหลักการของเศรษฐกิจพอเพียง คือ การเดินสายกลาง มีองค์ประกอบ 3 ประการ คือ 1. ความพอประมาณ 2. การมีเหตุผล 3. การมีภูมิคุ้มกันในตนเองที่ดี มีเงื่อนไข ความรู้ และเงื่อนไขคุณธรรม นำไปสู่ภูมิชีวิตที่สมดุลนั่นเองและยั่งยืน คุณลักษณะของปัญญาเป็นการเรียนรู้โดยการลงมือปฏิบัติ เรียนรู้จากประสบการณ์ตรง กับการพัฒนาการรับรู้ของเด็กปฐมวัย และการจัดสภาพแวดล้อมทางการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับการทำงานของสมองของเด็กปฐมวัย (กระทรวงศึกษาธิการ. 2554:25) สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2549-2554) ได้อัญเชิญปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงตามแนวพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมาเป็นปรัชญานำทางในการพัฒนาประเทศ ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นปรัชญาที่พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ทรงมีพระราชดำรัสเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตของคนไทย ตั้งแต่เกิด วิกฤติทางเศรษฐกิจ ทรงเน้นย้ำแนวทางการแก้ปัญหาเพื่อให้รอดพ้น และสามารถดำรงอยู่ได้อย่างความมั่นคงและยั่งยืน ภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ของการ

เปลี่ยนแปลงต่างๆ ดังนั้น การใช้การจัดประสบการณ์ให้กับเด็กปฐมวัยเพื่อพัฒนาให้เด็กมีทักษะเศรษฐกิจพอเพียง โดยให้ผู้เรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ปลูกฝังคุณธรรมการพึ่งตนเอง ความพอเพียง การประหยัด และมีเหตุผลตามวัยของผู้เรียน จะทำให้เด็กเหล่านั้นมีวิถีการดำเนินชีวิตอย่างพอเพียง และเติบโตเป็นเยาวชนที่มีคุณภาพ เพราะเยาวชนที่มีคุณภาพ คืออนาคตของชาติที่ยิ่งใหญ่ การพัฒนาคนให้มีความรู้ก็คือหัวใจของการพัฒนาที่ยั่งยืน เพื่อจะให้ดำเนินชีวิตในภายหน้าได้อย่างมีความสุข อยู่อย่างพอเพียง ประหยัด มีเหตุผล และสร้างความเจริญก้าวหน้าให้กับประเทศชาติต่อไป

เด็กปฐมวัยคือ วัยตั้งแต่อายุ 0 – 6 ปี เป็นวัยที่มีความสำคัญหรือเรียกได้ว่าเป็นช่วงโอกาสทองของชีวิตมนุษย์ เริ่มจากเด็กในวัยนี้เป็นวัยที่มีพัฒนาการและการเจริญเติบโตทางด้านร่างกายและทางด้านสมองสูงสุดในช่วงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งบุคลากรทางการศึกษาหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการศึกษาปฐมวัย ควรเล็งเห็นความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการทางด้านร่างกายและทางด้านสมองให้กับเด็กในวัยนี้ (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ. 2526: 3) สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์. (2550: 101) กล่าวว่าผู้ใหญ่ควรให้ความสำคัญกับการศึกษาให้เด็กปฐมวัย ด้วยการให้เด็กมีโอกาสสังเกตทดลองสอบถามและเรียนรู้สิ่งแวดล้อมในแง่มุมต่างๆ รู้จักปรับตัวเข้ากับสังคม ไม่เน้นสอนเนื้อหาทางวิชาการมากเกินไป ในการพัฒนาเด็กควรยึดหลักการสนองต่อธรรมชาติและความต้องการพื้นฐานของเด็ก เพื่อให้เด็กสามารถพัฒนาได้ตรงตามศักยภาพในตัวของเขา เพื่อที่จะได้จัดการศึกษากระบวนการเรียนรู้ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การจัดกิจกรรมศิลปะมีความอิสระ ไม่มีการบีบบังคับให้เด็กทำ แต่เป็นกิจกรรมที่เด็กทุกคนสามารถจะทำได้ เมื่อตนเองมีความต้องการพอใจ และสนใจ โดยใช้ศิลปะเป็นเครื่องมือในการทำกิจกรรม ประพิมพ์พัทธ์ พลพงษ์ (2550 : 23) กิจกรรมศิลปะเป็นกิจกรรมที่มีประโยชน์ และมีคุณค่าอย่างยิ่งต่อการ



พัฒนาเด็กในด้านต่างๆ ซึ่งไม่มีจุดมุ่งหมายให้เด็กทำงาน เพื่อความสวยงามเหมือนจริง หรือความสนุกสนานเพลิดเพลิน แต่เป็นการพัฒนาเด็กในด้านสติปัญญา ร่างกาย อารมณ์ และสังคม โดยเฉพาะการส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญา ทำให้เด็กมีเหตุผล กล้าคิด กล้าตัดสินใจ รู้จักสังเกต รวมทั้งสามารถคิดแก้ปัญหาต่างๆ ได้เป็นอย่างดี พระพงษ์ กุลพิศาล (2545 : 42 – 43) ได้กล่าวถึง กิจกรรมศิลปะว่าเป็นกิจกรรมทางความรู้สึกที่มีต่อวัสดุที่ใช้และกลวิธีต่างๆ เป็นสิ่งที่ทำให้เกิดผลงานออกมา โดยระหว่างการทำกิจกรรมศิลปะ การมองและการเคลื่อนไหวร่างกายจะประสานกันตลอดเวลา เด็กจะต้องควบคุมลำตัวและแขน นิ้วมือและส่วนอื่นๆ จนกลายเป็นความชำนาญ หรือทักษะเฉพาะตัวไปในที่สุดผลงานของเด็กที่แสดงออกมาจะสะท้อนความสนใจ การรับรู้ และความพร้อมของเด็กแต่ละคน ผ่านสื่อวัสดุที่เหมาะสมสื่ออย่างหนึ่งที่จะทำให้เด็กเกิดความสนใจเกิดการเรียนรู้และคิดสร้างสรรค์ผลงานทางศิลปะ คือ วัสดุอุปกรณ์ที่มาจากธรรมชาติ เช่น ดิน หิน หวาย เมล็ดพืช ข้าวเปลือก ฟางข้าว กิ่งไม้ ดอกไม้ การทำงานศิลปะจากวัสดุธรรมชาติ ทำให้เด็กมีโอกาสนึกคิดและสัมผัสวัสดุอุปกรณ์ที่มีลักษณะแตกต่างกันในเรื่องของรูปร่าง รูปทรง ขนาด พื้นผิวสัมผัส และสีของสี ฯลฯ ซึ่งส่งเสริมให้เด็กเกิดความคิดรวบยอดและทักษะพื้นฐานทางคณิตศาสตร์ที่เกี่ยวกับรูปร่าง ลักษณะ รูปทรง ความยาว ความสูง (สูง-ต่ำ) ขนาด (เล็ก-ใหญ่) พื้นที่ (เรียบ ขรุขระ หยาบ) จากการมีประสบการณ์กับสื่อที่เป็นวัสดุธรรมชาติที่อยู่รอบตัว เป็นการเรียนรู้โดยใช้ความรู้สึกร่วมกับวัสดุ ซึ่งการจัดการศึกษาของเด็กปฐมวัย โดยทั่วไปมีลักษณะที่เกี่ยวกับการกิน เล่น ออกกำลังกาย และการพักผ่อน อย่างถูกต้อง ปลูกฝังให้เด็กมีนิสัยที่ดีงาม รู้จักควบคุมอารมณ์ของตนและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ เป็นการฝึกให้เด็กใช้ประสาทสัมผัสอย่างเหมาะสมรวมทั้งฝึกให้เด็กได้รู้จักการสังเกต มีไหวพริบ มีความคิดสร้างสรรค์ สามารถแสดงออกถึงความ

ชื่นชมต่อความสวยงามต่างๆ ดังนั้นการจัดกิจกรรมศิลปะสำหรับเด็กควรมุ่งเน้นให้การจัดสภาพแวดล้อมทางการเรียน เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีโอกาสสำรวจทดลอง ค้นคว้าจากวัสดุชนิดต่างๆ ด้วยวิธีการเรียนแบบแก้ปัญหา และเลียนแบบ และปลูกฝังให้เด็กมีนิสัยที่ดีงาม รู้จักควบคุมอารมณ์ของตนและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะ โดยให้เด็กลงมือปฏิบัติกิจกรรมศิลปะด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากการใช้ประสาทสัมผัสทั้งห้า ผ่านสื่อและวัสดุอุปกรณ์ที่เป็นวัสดุธรรมชาติที่มีลักษณะแตกต่างกัน ซึ่งจะทำให้เด็กเกิดความรู้สึกสนุกสนานเพลิดเพลิน เกิดการเรียนรู้อย่างเป็นธรรมชาติ ภายใต้วัฒนธรรมและภูมิปัญญาในท้องถิ่นที่ได้กายอาศัยอยู่ บนพื้นฐานของความแตกต่างระหว่างบุคคล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาและเปรียบเทียบทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะก่อนและหลังการทดลองเพื่อเป็นแนวทางให้ครูและผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ที่ส่งเสริมทักษะเศรษฐกิจพอเพียงให้แก่เด็กปฐมวัยได้อย่าง

วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อศึกษาการจัดกิจกรรมศิลปะที่มีผลต่อทักษะพื้นฐานทางเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัย โดยมีจุดมุ่งหมายเฉพาะดังนี้

1. เพื่อศึกษาทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัย โดยการจัดกิจกรรมศิลปะ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของการจัดกิจกรรมศิลปะ ก่อนหลังทำกิจกรรมศิลปะของเด็กปฐมวัย



ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง โดยใช้แบบแผนการทดลอง One – Group Pretest – Posttest Design (สิริมา วิทยุอนันตพงษ์. 2550:15) เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการดำเนินการแบบกึ่งทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ เด็กปฐมวัยชาย-หญิง ที่มีอายุ 4 – 5 ปี กำลังศึกษาอยู่ในชั้นอนุบาล 2 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2557 โรงเรียนอิสลามสันติชน เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร สังกัดคณะกรรมการการส่งเสริมการศึกษาเอกชน จำนวน 30 คน

กลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นเด็กปฐมวัยชาย-หญิง ที่มีอายุ 4 – 5 ปี กำลังศึกษาอยู่ในชั้นอนุบาล 2 ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2557 โรงเรียนอิสลามสันติชน เขตวังทองหลาง กรุงเทพมหานคร ด้วยการสุ่มจากเด็กปฐมวัยที่มีคะแนนน้อยที่สุดจำนวน 15 คน จากกลุ่มประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แผนการจัดกิจกรรมศิลปะจำนวน 24 แผน ผู้วิจัยนำมาจัดเป็นแผนการจัดกิจกรรมศิลปะจำนวน 6 สัปดาห์สัปดาห์ละ 4 วันโดยกำหนดรูปแบบดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นนำ หมายถึง การนำเสนอให้เด็กสนใจและอยากเรียนรู้โดยการท่องคำคล้องจอง ปริศนาคำทาย เล่นภาพ และ เพลง โดยกิจกรรมต้องสัมพันธ์กันกับสิ่งที่เด็กต้องการเรียนรู้และส่งเสริมความสนใจในการเรียนรู้ให้สอดคล้องกับเศรษฐกิจพอเพียง

ขั้นที่ 2 ดำเนินกิจกรรม หมายถึง การลงมือปฏิบัติตามขั้นตอน เด็กจะได้ลงมือปฏิบัติจริงจากทางสัมผัสของประสาททั้ง 5 โดยระหว่างการทำกิจกรรม ครูจะประเมินพฤติกรรมความสนใจในการทำกิจกรรมศิลปะของเด็ก ในการเลือกใช้วัสดุในการทำกิจกรรม ให้เด็กได้ลงมือคิดหาคำตอบและสนทนา

โต้ตอบกับคุณครู เพื่อเป็นการเชื่อมโยงความคิดของเด็กจากการเรียนรู้ จากการทำกิจกรรม และสื่อสารออกมาอย่างมีความหมาย

ขั้นที่ 3 สรุป หมายถึง การให้ผู้เรียนแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมเป็นรายกลุ่มหรือส่งตัวแทนมาแสดงบทบาทสมมติหรือสรุปจากการทำงาน อยู่บนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง

2. แบบประเมินทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัยมีค่า IOC อยู่ระหว่างตั้งแต่ 0.67 ถึง 1.00 จำนวน 9 ข้อ และปรับแก้แบบประเมินตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญที่เห็นตรงกัน ทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัยคำนวณจากสูตรสูตรสำเร็จสี่เหลี่ยมผืนผ้าของครอนบัค (บุญเชิด วิทยุอนันตพงษ์. 2557: 137) ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบประเมินทั้งฉบับเท่ากับ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการทดลองในภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2557 เป็นเวลา 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 4 วัน ได้แก่ วันจันทร์ วันอังคาร วันพุธ วันพฤหัสบดี วันละ 30-40 นาที รวม 24 ครั้งโดยผู้วิจัยทำการประเมินพฤติกรรมเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัยก่อนการทดลอง (Pretest) จากนั้นนำมาตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ หลังจากนั้นผู้วิจัยทำการจัดกิจกรรมตามวันเวลาที่กำหนด เมื่อดำเนินการทดลองจนครบ 6 สัปดาห์ แล้วจึงทำการประเมินพฤติกรรมเศรษฐกิจพอเพียงฉบับเดิมมาวัดซ้ำและตรวจให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินพฤติกรรมเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัยไป

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติเพื่อทดสอบสมมติฐานค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบ และทดสอบความแตกต่างเฉลี่ย โดยใช้ Dependent Sample t-test ทดสอบค่านัยสำคัญทางสถิติ และในกรณีที่พบว่าค่า t มีนัยสำคัญทางสถิติจะคำนวณค่าขนาดส่งผล (Effect Size) โดยใช้สูตรขนาดส่งผลของโคเฮน (Cohen's d) (บุญเชิด วิทยุอนันตพงษ์. 2557: 138)



ผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาระดับทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง รายชื่อ รายด้าน และโดยรวมทั้งหมดก่อนและหลังที่ได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะ

ตาราง 1 ค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัย ที่ได้จากการประเมินก่อนและหลังได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะ

ทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง	
	$\bar{X}$	S	$\bar{X}$	S
1. ด้านพอประมาณ	0.47	0.25	1.64	0.27
1.1 ใช้วัสดุในปริมาณที่เหมาะสมกับชิ้นงาน	0.53	0.52	1.53	0.46
1.2 ใช้วัสดุอุปกรณ์ที่มีขนาดพอเหมาะกับชิ้นงาน	0.60	0.51	1.60	0.51
1.3 ทำงานเสร็จตามเวลาที่กำหนด	0.27	0.46	1.60	0.51
2. ด้านการประหยัด	0.71	0.28	1.60	0.34
2.1 เลือกใช้วัสดุที่ได้ตามธรรมชาติ	0.80	0.41	1.53	0.52
2.2 เลือกใช้วัสดุที่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้	0.53	0.52	1.60	0.51
2.3 เลือกใช้วัสดุที่มีอยู่ใกล้ตัว	0.80	0.56	1.67	0.49
3. ด้านการมีเหตุผล	0.56	0.30	1.78	0.24
3.1 เลือกวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมด้วยเหตุผล	0.53	0.52	1.67	0.49
3.2 ทำกิจกรรมได้ตามขั้นตอนอย่างถูกต้อง	0.60	0.51	1.67	0.49
3.3 ใช้อุปกรณ์ไม่ให้เกิดอันตรายและปลอดภัย	0.53	0.52	2.00	0.00
โดยรวมทั้งหมด	0.58	0.15	1.67	0.18

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 1 พบว่า ระดับคะแนนการประเมินทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัย เป็นดังนี้ ก่อนได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะเด็กปฐมวัยมีคะแนนการประเมินทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงรายชื่ออยู่ในระดับที่ไม่แสดงพฤติกรรมหรือปฏิเสธ ($\bar{X} = 0.27 - \bar{X} = 0.60$) จำนวน 7 ข้อเรียงลำดับจากน้อยถึงมากคือ ทำงานเสร็จตามเวลาที่กำหนด ($\bar{X} = 0.27$) และมากคือ ใช้วัสดุอุปกรณ์ที่มีขนาดพอเหมาะกับชิ้นงาน ($\bar{X} = 0.60$) และทำกิจกรรมได้ตามขั้นตอนอย่างถูกต้อง ($\bar{X} = 0.60$) และอยู่ในระดับแสดงพฤติกรรมได้เมื่อคะแนนจำนวน 2 ข้อ คือเลือกใช้วัสดุที่ได้ตามธรรมชาติ ($\bar{X} = 0.80$) และ ข้อเลือกใช้วัสดุที่มีอยู่ใกล้ตัว ($\bar{X} = 0.80$) รายด้านและโดยรวมทั้งหมดอยู่ในระดับที่ไม่แสดงพฤติกรรมหรือปฏิเสธเรียงลำดับจากน้อยไปมากดังนี้ ด้านพอประมาณ ($\bar{X} = 0.47$) ด้านการมีเหตุผล ($\bar{X} = 0.56$) โดยรวมทั้งหมด ($\bar{X} = 0.58$) และ . ด้านการประหยัด ($\bar{X} = 0.71$)

และหลังได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะเด็กปฐมวัยมีเด็กปฐมวัยมีคะแนนการประเมินทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงรายชื่ออยู่ในระดับแสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเอง ($\bar{X} = 1.53 - \bar{X} = 2.00$) ทุกข้อ เรียงลำดับจากน้อยถึงมากคือ ข้อ 2.1 เลือกใช้วัสดุที่ได้ตามธรรมชาติ ($\bar{X} = 1.53$) และใช้อุปกรณ์ไม่ให้เกิดอันตรายและปลอดภัย ($\bar{X} = 2.00$) รายด้านและโดยรวมทั้งหมดอยู่ในระดับที่แสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเองเรียงลำดับจากน้อย



ไปมากดังนี้ ด้านการประหยัด ($\bar{x} = 1.60$) ด้านพอประมาณ ($\bar{x} = 1.64$) โดยรวมทั้งหมด ($\bar{x} = 1.67$) และด้านการมีเหตุผล ($\bar{x} = 1.78$)

ตอนที่ 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนระดับทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง รายข้อ รายด้าน และโดยรวมทั้งหมดก่อนและหลังที่ได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะ

ตาราง 2 ค่าสถิติทดสอบ Paired- Sample t-test และขนาดส่งผลของ โคเฮน (Cohen's d) ของคะแนนทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงแยกรายข้อ รายด้าน และโดยรวมทั้งหมดของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะ

ทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง	$\bar{D}$	S_D	$S_{\bar{D}}$	t	df	p	d
1. ด้านพอประมาณ	1.18	0.31	0.08	14.95**	14.00	0.00	3.86
1.1 ใช้วัสดุในปริมาณที่เหมาะสมกับชิ้นงาน	1.20	0.68	0.17	6.87**	14.00	0.00	1.77
1.2 ใช้วัสดุอุปกรณ์ขนาดพอเหมาะกับชิ้นงาน	1.00	0.65	0.17	5.92**	14.00	0.00	1.53
1.3 ทำงานเสร็จตามเวลาที่กำหนด	1.33	0.49	0.13	10.58**	14.00	0.00	2.73
ทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง	$\bar{D}$	S_D	$S_{\bar{D}}$	t	df	p	d
2. ด้านการประหยัด	0.89	0.30	0.08	11.48**	14.00	0.00	2.96
2.1 เลือกใช้วัสดุที่หาได้ตามธรรมชาติ	0.75	0.59	0.15	4.78**	14.00	0.00	1.24
2.2 เลือกใช้วัสดุที่นำกลับมาใช้ใหม่ได้	1.07	0.59	0.15	6.96**	14.00	0.00	1.80
2.3 ใช้วัสดุที่มีอยู่ใกล้ตัว	0.87	0.64	0.17	5.25**	14.00	0.00	1.35
3. ด้านการมีเหตุผล	1.22	0.41	0.11	11.50**	14.00	0.00	2.97
3.1 เลือกวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสม	1.13	0.52	0.13	8.50**	14.00	0.00	2.19
3.2 ทำกิจกรรมได้ตามขั้นตอนอย่างถูกต้อง	1.07	0.70	0.18	5.87**	14.00	0.00	1.52
3.3 ใช้อุปกรณ์ไม่ให้เกิดอันตราย ปลอดภัย	1.47	0.52	0.13	11.00**	14.00	0.00	2.84
โดยรวมทั้งหมด	1.10	0.20	0.05	21.14**	14.00	0.00	5.46

ผลการวิเคราะห์ตามตาราง 2 พบว่า ระดับคะแนนการประเมินทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัย ก่อนและหลังได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะเด็กปฐมวัย มีคะแนนการประเมินทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงเปลี่ยนแปลงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีขนาดส่งผลในระดับมากทั้ง 9 ข้อ โดยข้อที่ต่ำสุด เปลี่ยนแปลงน้อย คือเลือกใช้วัสดุที่หาได้ตามธรรมชาติ ($t = 4.78^{**}$; $d = 1.24$) และข้อที่เปลี่ยนแปลงมากที่สุดคือ ใช้อุปกรณ์ไม่ให้เกิดอันตราย ปลอดภัย ($t = 11.00^{**}$; $d = 2.84$) ตามลำดับ และมีคะแนนรายด้านทุกด้าน และโดยรวมทั้งหมดมีการเปลี่ยนแปลงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และมีขนาดส่งผลในระดับมากเรียงลำดับดังนี้ ด้านการประหยัด ($t = 11.48^{**}$; $d = 2.96$) ด้านการมีเหตุผล ($t = 11.50^{**}$; $d = 2.97$) ด้านพอประมาณ ($t = 14.95^{**}$; $d = 3.86$) และโดยรวมทั้งหมด ($t = 21.14$; $d = 5.46$)



อภิปรายผล

ผลการศึกษาทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัย โดยการจัดกิจกรรมศิลปะ เพื่อพัฒนาทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง สามารถพัฒนาทักษะพื้นฐานของเด็กปฐมวัยได้ทุกด้าน เนื่องจากการจัดกิจกรรมศิลปะเปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงออกทางความคิดและได้ลงมือปฏิบัติจริง แก้ปัญหาและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ดี เด็กมีความสุข สนุกสนาน ได้ความรู้ สามารถนำความรู้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้บนพื้นฐานการมีทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง ซึ่งจะเห็นได้จากการวิเคราะห์ การเปลี่ยนแปลงของคะแนนที่แตกต่างก่อนและหลังการทำกิจกรรมศิลปะเรียงลำดับจากมากไปหาน้อย ซึ่งสอดคล้องกับ สิริมา ภิญโญนนตพงษ์ (2550:42) กล่าวว่า การส่งเสริมและพัฒนาทักษะพื้นฐานทางคณิตศาสตร์ให้เด็กปฐมวัย มีหลักในการส่งเสริมโดยให้เด็กได้เรียนรู้จากประสบการณ์จริง ใช้วัสดุอุปกรณ์เป็นของจริง สร้างความเข้าใจและความหมายมากกว่าการให้จำโดยให้เด็กคิดหาเหตุผลมาตอบ และกิจกรรมควรสร้างความสนุกสนานควบคู่กับความรู้ เช่นการจัดกิจกรรมศิลปะเพื่อพัฒนาทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงนอกห้องเรียน เป็นต้น และสอดคล้องกับกุลยา ตันติผลาชีวะ (2553: 159) ที่กล่าวถึงการจัดกิจกรรมทางคณิตศาสตร์สำหรับเด็กปฐมวัยว่าควรมีวัสดุอุปกรณ์ หรือสื่อการเรียนรู้ที่เป็นรูปธรรมให้เด็กได้มีโอกาสสังเกต สัมผัส ทดลอง สำรวจ ค้นหา แก้ปัญหาด้วยตนเอง และมีปฏิสัมพันธ์กับเด็กอื่นๆ และผู้ใหญ่ โดยครูเป็นผู้จัดสภาพแวดล้อมอำนวยความสะดวก และให้การช่วยเหลือจะทำให้เด็กเรียนคณิตศาสตร์ได้ดี

ผลการวิจัยในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การจัดกิจกรรมศิลปะเพื่อพัฒนาทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจ

พอเพียงของเด็กปฐมวัยได้ดี ทั้งนี้ถ้าเด็กได้รับการสนับสนุนส่งเสริมและฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากผลการวิจัยตลอดระยะเวลา 6 สัปดาห์ ที่เด็กได้รับการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทำให้เด็กเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงได้ลงมือปฏิบัติกิจกรรมกิจกรรมศิลปะด้วยตนเอง และเลือกวัสดุอุปกรณ์ในการทำชิ้นงานด้วยตนเอง โดยครูมีบทบาทสำคัญคือ กระตุ้นและเสริมแรงทางบวก ให้เด็ก คิด ปฏิบัติ และแก้ปัญหด้วยตนเอง ในการทำกิจกรรมศิลปะ มีหลายรูปแบบ เช่น การเล่นสี การพิมพ์ภาพ การร้อย และงานกระดาษ เด็กได้ทำกิจกรรมศิลปะได้พัฒนากระบวนการคิดอย่างมีระบบ และปฏิบัติอย่างมีขั้นตอน ก่อนหลังตามลํกักับ รู้จักแบ่งปัน พอเพียง ประหยัดและมีเหตุผลในการทำงาน ทำให้บรรยากาศในการทำงานเป็นไปอย่างสนุกสนาน มีความสุข เกิดการเรียนรู้เพิ่มมากขึ้น ดังนั้น กิจกรรมศิลปะควรส่งเสริมให้กับเด็กปฐมวัยในการทำกิจกรรมเพื่อพัฒนาทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง และใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมที่สอดคล้องกับการพัฒนาของเด็กปฐมวัยต่อไป

ผลการศึกษาเปรียบเทียบผลของการจัดกิจกรรมศิลปะ ก่อนหลังทำกิจกรรมศิลปะของเด็กปฐมวัย สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานของการวิจัยครั้งนี้ แสดงให้เห็นว่าการจัดกิจกรรมศิลปะสามารถส่งเสริมพัฒนาทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัยให้สูงขึ้นได้ ดังนี้

1. ด้านพอประมาณเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมการพัฒนาทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงด้วยการจัดกิจกรรมศิลปะก่อนการจัดกิจกรรม ($\bar{x}$ = 0.47) คือ ไม่แสดงพฤติกรรมหรือปฏิเสธหลังได้รับการ



จัดกิจกรรม ($\bar{x} = 1.64$) คือ แสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเองมีการพัฒนาทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

2. ด้านการประหยัดเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมการพัฒนาทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงด้วยการจัดกิจกรรมศิลปะก่อนการจัดกิจกรรม ($\bar{x} = 0.71$) คือ แสดงพฤติกรรมได้เมื่อชี้แนะหลังได้รับการจัดกิจกรรม ($\bar{x} = 1.60$) คือ แสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเองมีการพัฒนาทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3. ด้านการมีเหตุผลเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมการพัฒนาทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงด้วยการจัดกิจกรรมศิลปะก่อนการจัดกิจกรรม ($\bar{x} = 0.56$) คือ ไม่แสดงพฤติกรรมหรือปฏิเสธหลังได้รับการจัดกิจกรรม ($\bar{x} = 1.78$) คือ แสดงพฤติกรรมได้ด้วยตนเองมีการพัฒนาทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ที่เป็นเช่นนี้เพราะทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงของเด็กปฐมวัยที่ได้รับการจัดกิจกรรมศิลปะหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมโดยมีรูปแบบการสอนที่มีการวางแผนในการจัดกิจกรรมตามลำดับขั้น ขั้นนำ โดยให้ผู้เรียนได้สนใจและอยากเรียนรู้ โดยการเล่าเรื่อง อ่านคำคล้องจอง โดยกิจกรรมต้องสัมพันธ์กับเรื่องที่เด็กต้องการเรียนรู้และส่งเสริมให้สอดคล้องกับเศรษฐกิจพอเพียงขั้นดำเนินกิจกรรม เด็กได้เรียนรู้ขั้นตอนในการทำกิจกรรมตามลำดับ เด็กได้ลงมือปฏิบัติจริง ได้สัมผัส และได้มีโอกาสเลือกวัสดุ อุปกรณ์ ที่จะใช้ทำกิจกรรมด้วยตนเองและเชื่อมโยงความคิดของเด็กจากการเรียนรู้จากการทำกิจกรรม และสื่อสารออกมาอย่างมีความหมาย ขั้นสรุปให้ผู้เรียนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นในผลงานของตนเองและของเพื่อนในกลุ่มช่วยกันสรุปจากการทำกิจกรรมบนพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงได้ พบว่าขณะทำการทดลองเด็กให้ความสนใจที่จะเรียนรู้ ทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียง ด้านการ

พอประมาณ ด้านการประหยัด และด้านการมีเหตุผล เด็กปฐมวัยมีทักษะพื้นฐานเศรษฐกิจพอเพียงสูงขึ้น การเรียนรู้ตามแนวปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงที่เปิดโอกาสให้เด็กได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองได้ค้นหาคำตอบ และร่วมกันแสดงความคิดเห็นในการทำกิจกรรม ทำให้เด็กได้รับประสบการณ์ตรง ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของเพียเจต์ (Piaget) (สิริมาภิญญอนันตพงษ์, 2550: 55-57) ที่กล่าวว่า เด็กสามารถเรียนรู้ได้จากการเล่น ทดลอง สำรอง มีโอกาสในการตัดสินใจ ในการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับความสนใจหรือความถนัด การมีบรรยากาศในการเรียนที่อบอุ่นและเป็นกันเอง มีความหลากหลายของกิจกรรมได้ลงมือลงใจจากการลงมือปฏิบัติจริงจะเป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการค้นพบรวมทั้งการสังเกตจากตัวผู้อื่น ทำให้เด็กเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง เห็นถึงความสำคัญของสิ่งต่างที่มีอยู่รอบตัว กิจกรรมตามแนวปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นกิจกรรมที่เด็กปฐมวัยสามารถพบได้ในชีวิตประจำวันและคุ้นเคยเป็นอย่างดี ประกอบกับการที่ครูได้จัดสภาพแวดล้อม กระตุ้นและชี้แนะเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง เมื่อเด็กปฐมวัยทำกิจกรรมทุกครั้งจึงส่งผลให้เด็กปฐมวัยได้เผชิญกับปัญหาและได้ฝึกการทำงานร่วมกับผู้อื่นผ่านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การเปิดโอกาสให้เด็กปฐมวัยได้ลงมือกระทำและคิดด้วยตัวเอง ครูสนับสนุนให้เด็กควบคุมตนเองในการแก้ปัญหาในแต่ละกิจกรรมโดยการทำซ้ำ ๆ ตามความพอใจจะช่วยให้เด็กปฐมวัยพัฒนาความสามารถในการแก้ปัญหาได้ดียิ่งขึ้น



เอกสารอ้างอิง

กระทรวงศึกษาธิการ กรมวิชาการ.(2554). *แนวทางการจัดการเรียนรู้สู่เกษตรแบบเศรษฐกิจพอเพียง* .

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา

กุลยา ตันติผลาชีวะ.(2551ก). *การจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับเด็กปฐมวัย*.กรุงเทพฯ: เบรน -
เบสบุ๊คส์.

บุญเชิด ภิญโญอนันตพงษ์. (2557). *ระเบียบวิธีวิจัยและสถิติเพื่อการวิจัยทางการศึกษา*.พิมพ์ครั้งที่ 1.
กรุงเทพฯ: ภาควิชาพื้นฐานทางการศึกษาคณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ประพิมพ์พัทตร์ พละพงศ์. (2550). *ความสามารถด้านมิติสัมพันธ์ของเด็กปฐมวัยในการทำกิจกรรม
ศิลปะสร้างสรรค์ด้วยกระดาษเส้น*. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (การศึกษาปฐมวัย). กรุงเทพฯ:
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

พีระพงษ์ กุลพิศาล. (2545).*สมองลูกพัฒนาได้ด้วยศิลปะ*. กรุงเทพฯ: ชาร์อัส

สำนักคณะกรรมการการศึกษาแห่งชาติ.(2526).*การศึกษาเอกชนในประเทศไทย*.กรุงเทพฯ:พัฒนาศึกษา.

สำนักงานคณะกรรมการพิเศษเพื่อประสานงานโครงการอันเนื่องมาจากพระราชดำริ. (2553).*ปรัชญา*

เศรษฐกิจพอเพียง. สืบค้นเมื่อวันที่ 18มิถุนายน 2557. จาก [http://www.rdpb.go.th/rdpb/
visit/philosophy_of_sufficiency_economy.html](http://www.rdpb.go.th/rdpb/visit/philosophy_of_sufficiency_economy.html)

สิริมา ภิญโญอนันตพงษ์. (2550). *การวิจัยด้านการศึกษาปฐมวัย*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏ
สวนดุสิต

----- . (2550). *การศึกษาปฐมวัย* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนดุสิต

อุดม เพชรสังหาร. (2550). *การทำงานของสมองเพื่อส่งเสริมคุณธรรมเอกสารประกอบการบรรยายใน
โครงการสมัชชา คุณธรรมนำความรู้ร่วมพลังร่วมปฏิบัติคุณธรรมนำความรู้สู่สังคมไทย
วันที่ 11 กันยายน 2550*.จัดโดยสำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษากระทรวงศึกษาธิการ
ณ. ศูนย์การประชุมอิมแพ็คเมืองทองธานีนนทบุรี.

คำแนะนำ

การเตรียมต้นฉบับ

เพื่อพิมพ์วารสาร วพบ.พะเยา



วารสาร การศึกษา การพยาบาลและการสาธารณสุข ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยาเป็นเอกสารวิชาการที่ได้มาตรฐานสากล ออกเป็นราย 4 เดือน (ปีละ 3 ฉบับ) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมและเผยแพร่ผลงานวิชาการ ในรูปแบบรายงานวิจัย (Research Article) และ บทความปริทัศน์ (Review Article) สาขาการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา

นิพนธ์ต้นฉบับของผลงานทั้ง 2 ชนิดดังกล่าว ที่ส่งมา เพื่อรับการพิจารณาตีพิมพ์ ในวารสารฉบับนี้ ต้องเป็นผลงานใหม่ที่ไม่เคยได้รับตีพิมพ์เผยแพร่ในสื่อสิ่งพิมพ์ใดมาก่อน นิพนธ์ต้นฉบับแต่ละเรื่องจะได้รับการประเมินคุณภาพทางวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาที่เกี่ยวข้องจำนวน 2 ท่าน ต่อเรื่อง

การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ

ผลงานวิชาการ ทั้งรายงานวิจัย (Research Article) และบทความปริทัศน์ (Review Article) ต้องมีลักษณะ ดังนี้

1. ชื่อเรื่อง ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ชื่อผู้เขียนทุกคน และสถานที่ทำงาน โดยใช้ภาษาไทย
3. บทคัดย่อ (Abstract) ให้เขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษเป็นความเรียงย่อหน้าเดียว
4. ประกอบด้วยสาระสังเขปที่สำคัญและครบถ้วน คำสำคัญ (Key words) มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3-5 คำ

5. รายงานการวิจัย (Research Article) ประกอบด้วย บทนำ วัตถุประสงค์การวิจัยระเบียบวิธีการวิจัย ผลการวิจัย อภิปรายผล กิตติกรรมประกาศ (หากมี) และเอกสารอ้างอิง

6. บทความปริทัศน์ (Review Article) ประกอบด้วย บทนำ สรุปประเด็นในประเด็นต่างๆ วิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ (หากมี) และเอกสารอ้างอิง

7. การอ้างอิงในเนื้อความระบุนาม และปี และในการเอกสารอ้างอิงท้ายเรื่อง ใช้ระบบของ APA จ.ศ. 2011 รายละเอียดศึกษา จากหนังสือ Publication Manual of the American Psychological Association.

8. โปรดตรวจสอบ ต้นฉบับดูว่า ท่านได้เขียนหัวข้อต่างๆ และให้ข้อมูลครบถ้วน ใช้คำต่างๆ ถูกต้องตามพจนานุกรมไทย และอังกฤษ รวมทั้งคำศัพท์ทางวิชาการ และระบบการอ้างอิงได้ถูกต้อง

การอ้างอิงเอกสาร

ใช้รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงระบบ American Psychological Association (APA) ดังตัวอย่าง

1. หนังสือ

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์



บุญชม ศรีสะอาด. (2547). *วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่4). กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.

Kosslyn, S. M., & Rosenberg, R. S. (2004).

Psychology: The brain, the person, the world(2nd ed.). Essex, England: Pearson Education Limited.

Mussen, P., Rosenzweig, M. R., Aronson, E., Elkind, D., Feshbach, S., Geiwitz, P. J., et al. (1973). *Psychology: An introduction*. Lexington, Mass.: Heath.

2. วารสาร

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร, ปีที่(ฉบับที่), หน้า.

เผชิญ กิจระการ และสมนึก ภัททิยธนี. (2545). ดัชนีประสิทธิผล (Effectiveness Index: E.I.). *วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 8(1), 30-36.

Klimoski, R., & Palmer, S. (1993). The ADA and the hiring process in organizations. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*, 45(2), 10-36.

3. หนังสือรวมเรื่อง (Book Review)

ชื่อผู้นิพนธ์. (ปีที่พิมพ์). ชื่อเรื่อง. ใน ชื่อบรรณาธิการ (บรรณาธิการ), ชื่อหนังสือ (ครั้งที่พิมพ์ตั้งแต่พิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป, หน้า). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์

ประพนธ์ เนื่องเฉลิม. (2549). *วิทยาศาสตร์พื้นฐาน: การจัดการเรียนรู้มิติทางวัฒนธรรมท้องถิ่นการบูรณาการความรู้พื้นฐานกับการจัดการเรียนรู้วิทยาศาสตร์เพื่อชุมชน: กรณีศึกษาจากแหล่งเรียนรู้ป่าปูตา. ใน ฉลาด จันทรมบัติ (บรรณาธิการ), ศึกษาศาสตร์วิจัย ประจำปี 2548 – 2549 (หน้า 127 – 140). มหาสารคาม: สารคาม-การพิมพ์-สารคามเปเปอร์*

Coopper, J., Mirabile, R., & Scher, S. J. (2005). Actions and attitudes: The theory of cognitive dissonance. In T. C. Brock & M. C. Green (Eds.), *Persuasion: Psychological insights and perspectives* (2nd ed., pp. 63-79). Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.

4. สื่ออิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้นิพนธ์. (วันที่ เดือน ปีที่ปรับปรุงล่าสุด).

ชื่อเรื่อง. วันที่ทำการสืบค้น, ชื่อฐานข้อมูล

สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. (3 ธันวาคม

2548). *ธนาคารหลักสูตร*. สืบค้นเมื่อ 1

มีนาคม 2550, จาก

<http://do.onec.go.th/thaigifted/lessonplan/index.php>

Wollman, N. (1999, November 12). Influencing attitudes and behaviors for social change.

Retrieved July 6, 2005, from

<http://www.radpsynet.org/docs/wollmanattitude.html>

ต้นฉบับที่ส่งมารับพิจารณาเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ ต้องจัดพิมพ์ด้วยกระดาษ A4 และ Font Angsanaขนาดตัวอักษร 16 โดยพิมพ์ หมายเลขหน้าทุกหน้าโดยส่งมาที่ E-mail : journal@bcnpy.ac.th หรือส่ง เป็นต้นฉบับ 4 ชุด พร้อมแผ่น CD 1 แผ่น ส่งที่

บรรณาธิการวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา

312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต้อม อำเภอเมือง

จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000



ผลงานทางวิชาการทุกเรื่องที่ได้รับการตีพิมพ์ผู้นิพนธ์จะได้รับวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 1 ฉบับ ในกรณีที่ผู้นิพนธ์ต้องการประสงค์จะซื้อเพิ่มเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 150 บาท

การชำระค่าลงทะเบียนเมื่อผ่านการตรวจรูปแบบ

เมื่อผ่านการตรวจสอบรูปแบบของบทความแล้ว บรรณาธิการจะแจ้งให้ชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ บทความละ 2,000 บาท ชำระค่าลงทะเบียนตีพิมพ์บทความ โดยการโอนเงินมาที่ บัญชีธนาคารกรุงไทย สาขา พะเยา เลขบัญชี 512-0-69285-0 ชื่อบัญชี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี (งานวารสาร)

การบอกรับวารสาร

ผู้ประสงค์จะเป็นสมาชิกวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา ต้องจ่ายปีละ 450 บาท (3 ฉบับ) หากประสงค์จะซื้อปลีกเป็นรายฉบับ ราคาฉบับละ 150 บาท สมาชิกหรือผู้อ่านท่านใดประสงค์จะขอข้อมูลหรือรายละเอียดเพิ่มเติมโปรดติดต่อกองบรรณาธิการ ได้ดังนี้

กองบรรณาธิการวารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

312 หมู่ 11 ตำบลบ้านต๋อม อำเภอเมือง

จังหวัดพะเยา รหัสไปรษณีย์ 56000

โทรศัพท์ 0-5443-1779 ต่อ 105,114 โทรสาร 0-5443-1889

มือถือ 06-1289-5926 E-mail : journal@bcnpy.ac.th





ใบสมัครเป็นสมาชิกวารสาร

การพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ที่จะเป็นสมาชิก วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา มีกำหนด.....ปี
ตั้งแต่ ปีที่..... ฉบับที่..... ถึง
ปีที่..... ฉบับที่.....

โปรดส่งวารสารไปยัง.....ที่บ้าน
.....ที่ทำงาน

น.ส./นาง/นาย.....
.....
โทร.

อัตราค่าสมัคร ปีละ 450 บาท

กำหนดออก ราย 4 เดือน ปีละ 3 ฉบับ (มกราคม-เมษายน), (พฤษภาคม - สิงหาคม), (กันยายน - ธันวาคม)

ข้าพเจ้าได้ส่ง () ตัวแลกเงินไปรษณีย์ () ธนาณัติ สั่งจ่าย ปณจ.พะเยา
() เงินสด () ตราพณาคาร.....

จำนวน..... (.....) มาพร้อมนี้

กรุณาออกใบเสร็จรับเงินในนาม

พะเยา

หมายเหตุ : ธนาณัติสั่งจ่ายไปรษณีย์พะเยา ในนาม ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ :

การชำระเงินให้ชำระโดยตรงกับ

บรรณาธิการ วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

ที่อยู่ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา

312 หมู่ 11 อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา 56000

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พะเยา