

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่อง ผลของการบริหารทางเภสัชกรรมต่อปัญหาการใช้ยาต้านไวรัสเออาร์วีในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด - ๑๙ โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตุลาคม ๒๕๖๓ ถึง พฤษภาคม ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญ หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

- ๑) แนวทางการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเออาร์วี
- ๒) การติดตามและส่งเสริมการใช้ยาต้านไวรัสเออาร์วี
- ๓) การค้นหาและจัดการปัญหาจากการใช้ยาต้านไวรัสเออาร์วี
- ๔) ระบบเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัสเออาร์วี

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

ผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีถือว่าเป็นผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางทั้งในด้านสภาวะสุขภาพของร่างกายที่มีความอ่อนแอและสามารถเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป รวมทั้งปัญหาเชิงสังคมที่ยังไม่ได้รับการยอมรับหรือเปิดกว้างกับบุคคลทั่วไปเท่าใดนัก ส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การทำงานและการประกอบอาชีพ ทำให้มีทางเลือกลดน้อยลง ส่งผลต่อสภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวและสถานะทางสังคม ระดับการศึกษา สภาพจิตใจและการดูแลตนเองรวมถึงครอบครัวและสังคมของผู้ป่วย และอีกทั้งยังมีปัจจัยต่าง ๆ มาเกี่ยวข้องในการดูแลรักษาสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อรับการรักษาที่เหมาะสม การบริหารจัดการระบบการรักษาโดยการใช้จ่ายที่มีข้อจำกัด จากอดีตจนถึงปัจจุบันแนวทางการรักษาและสูตรยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยถูกปรับเปลี่ยนไปตามการศึกษาที่มีข้อพิสูจน์ว่าสามารถรักษาผู้ป่วยได้ดีขึ้น ลดผลข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ดีกว่าเดิม ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้เป็นปกติเหมือนคนทั่วไป และสอดคล้องกับระบบบริหารจัดการด้านยาและโครงการต่าง ๆ ของรัฐที่สนับสนุนในแต่ละรอบปีงบประมาณ แต่ผลการรักษาที่ดีก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ที่สำคัญคือวินัยในการรับประทานยาของผู้ป่วยซึ่งจะต้องได้รับการติดตามและส่งเสริมการใช้ยาต้านไวรัสเออาร์วีอย่างถูกต้องและเหมาะสม และได้รับการติดตามเฝ้าระวังผลข้างเคียงหรืออาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดปัญหาจากการใช้ยาและสามารถจัดการปัญหาได้ทันก่อนที่จะลุกลามหรือทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลงจากเดิม

จะเห็นได้ว่าในสถานการณ์ปกติทั่วไป การดูแลรักษาและบริหารผู้ป่วยกลุ่มเปราะบางเหล่านี้ถือว่ามีค่อนข้างมีความยุ่งยากลำบากและซับซ้อนเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว และจากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด - ๑๙ ที่เกิดขึ้นในช่วงปลายปี ๒๕๖๒ จนถึงปัจจุบันนั้น พบว่าส่งผลร้ายแรงเป็นวงกว้างไปทุกระบบ รวมถึงผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็เช่นเดียวกัน ในช่วงแรกของการระบาดนั้นค่อนข้างเป็นที่วิตกกังวลเรื่องการขาดยาต้านไวรัสเออาร์วีเป็นอย่างมาก ระบบการขนส่งและคมนาคมพบปัญหาทั้งระบบ และนโยบายต่าง ๆ เพื่อหยุดและชะลอการแพร่เชื้อโรคโควิด - ๑๙ ทำให้การบริหารดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มเหล่านี้ไม่เป็นไปตามแนวทางที่กำหนดไว้ พบปัญหาผู้ป่วยขาดยาจำนวนหนึ่ง ไม่สามารถมารับยาตามนัดได้ ขาดการติดตามการรับประทานยา และการเฝ้าระวังสังเกตอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาของผู้ป่วย และผู้ป่วยหลายขาดการเจาะตรวจเลือดประจำปีเพื่อตรวจผลทางห้องปฏิบัติการเพื่อติดตามค่าต่าง ๆ ของร่างกาย ซึ่งอาจเป็นผลเสียต่อการดูแลรักษาหรือส่งผลให้ผู้ป่วยดื้อยาในภายหลังได้ พบอาจเกิดโอกาสเสี่ยงกับการติดเชื้อฉวยโอกาสและเชื้อโรคโควิด - ๑๙ ได้ง่ายขึ้นแล้วจะทำให้มีอาการแย่ลงจากเดิมหรือมีความรุนแรงจากโรคมามากกว่าคนปกติทั่วไป

โรงพยาบาลนาตาล มีนโยบายจัดการแก้ไขปัญหาการขาดยาของผู้ป่วยที่ต้องรับประทานยาประจำและยาโรคเรื้อรังอื่น ๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และรวมทั้งกลุ่มผู้ป่วยเอดส์โดยให้เครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเครือข่าย รพ.สต.ดูแลรับยาและส่งยาให้กับผู้ป่วยตามรอบนัด พบว่าได้ผลดีในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง แต่พบปัญหาในกลุ่มผู้ป่วยเอดส์เรื่องสิทธิผู้ป่วย จึงได้มีการปรับแนวทางการส่งยาให้กับผู้ป่วยเพื่อความเหมาะสม โดยให้แกนนำซึ่งเป็นผู้ป่วยกลุ่มเดียวกันเป็นผู้ดูแลจัดการรับยา

และส่งยาให้กับผู้ป่วย ซึ่งแบ่งเป็นการส่งยาภายในพื้นที่ด้วยตนเองถึงมือผู้ป่วยหรือญาติผู้ดูแลโดยตรง และการจัดส่งยาทางไปรษณีย์ให้กับผู้ป่วยที่ประสงค์จะรับยาทางไปรษณีย์ แต่ก็ยังพบข้อจำกัดในกรณีที่ผู้ป่วยไปทำงานที่ต่างจังหวัดและมีที่อยู่ไม่เป็นหลักแหล่ง และพบกรณีส่งยาทางไปรษณีย์หรือขนส่งเอกชนแล้วยาเดินทางไม่ไปถึงผู้รับหรือยาถึงผู้รับล่าช้าทำให้ต้องขาดยาจำนวนหลายวัน ถือว่าเป็นปัญหาเฉพาะรายซึ่งเป็นข้อจำกัด ไม่สามารถควบคุมได้ ส่วนการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยและการเฝ้าระวังสังเกตอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เกสซ์กรได้ปรับแนวทางการติดตามโดยใช้ช่องทางการสื่อสารทางโทรศัพท์เพื่อสอบถามประวัติการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ การติดตามความสม่ำเสมอในการรับประทานยา การเฝ้าระวังสังเกตอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ มักจะติดตามอย่างเข้มงวดในผู้ป่วยรายใหม่และในรายที่มีประวัติไม่ค่อยให้ความร่วมมือหรือรายที่มีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดผลข้างเคียง เช่น ผู้ป่วยสูงอายุ มีโรคร่วมอื่นๆ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแลการกรยา ผู้ป่วยที่มีภาวะจิตเวชร่วม เป็นต้น แต่พบว่าการสื่อสารดังกล่าวไม่เป็นไปตามเป้าหมาย เนื่องจากเหตุปัจจัยหลายอย่าง เช่น ผู้ป่วยไม่มีโทรศัพท์ หรือมีการเปลี่ยนแปลงหมายเลขโทรศัพท์แล้วไม่ได้แจ้งเกสซ์กร ผู้ป่วยไม่สะดวกรับโทรศัพท์เนื่องจากหลายสาเหตุ ทำให้ติดตามข้อมูลไม่ได้และข้อมูลไม่สมบูรณ์ ในช่วงหลังจากสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด - ๑๙ ซาลงแล้ว นโยบายการควบคุมกำกับดูแลจัดการโรคโควิด - ๑๙ ชัดเจนขึ้น ผู้ป่วยสามารถมารับบริการที่โรงพยาบาลได้ตามปกติและปรับตัวเรื่องนโยบายการรับยาที่เหมาะสมมากขึ้น แต่ยังคงพบปัญหาเชิงระบบเรื่องการตกค้างการจัดส่งยาด้านไวรัสเออาร์วีของส่วนกลางมายังโรงพยาบาลชุมชน

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาการใช้ยาและทบทวนแนวทางการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยเอดส์ที่เข้าด้านไวรัสเออาร์วีในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด - ๑๙ ที่รับการรักษาในโรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี สำหรับเป็นแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยต่อไป

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

ผลการทบทวนแนวทางการบริหารเภสัชกรรมในการใช้ยาด้านไวรัสเออาร์วี และศึกษาปัญหาจากการใช้ยาด้านไวรัสเออาร์วีในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด - ๑๙ ครั้งนี้ พบปัญหาหลักที่มีผลต่อการใช้ยาเกิดจากระบบการขนส่งและการสื่อสารเป็นหลัก และปัญหาดังเดิมจากข้อจำกัดของตัวผู้ป่วยเองที่ยังคงต้องศึกษาอย่างละเอียดเชิงลึกเป็นรายบุคคลตามลักษณะของปัญหาที่แตกต่างกัน

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

จากข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นเพื่อพัฒนาแนวทางการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่เข้าด้านไวรัสเออาร์วี ในโรงพยาบาลนาตาลต่อไป

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. ข้อจำกัดของการติดตามเฝ้าระวังอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาด้านไวรัสเออาร์วี และการประเมินผลการรักษาจากการรับประทานยาด้านไวรัสเออาร์วีของผู้ป่วย

๒. การศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยบางส่วนเป็นแบบทบทวนข้อมูลย้อนหลังจากเวชระเบียนและเป็นข้อมูลจากการบันทึกการสัมภาษณ์ซึ่งอาจเป็นข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและสมบูรณ์ทั้งหมดอาจมีการปกปิดหรือให้ข้อมูลที่ไม่ครบถ้วน เช่น การลืมกินยา การกินยาไม่ตรงเวลา การหยุดกินยาเอง พฤติกรรมเสี่ยงหรือปัญหาอื่น ๆ ซึ่งส่งผลกับการรักษา

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ปัญหาการเข้าถึงยาและการรักษาของผู้ป่วย

๒. ปัญหาเชิงระบบในการจัดการด้านการขนส่งยาด้านไวรัสในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด - ๑๙

๙. ข้อเสนอแนะ

การศึกษาแนวทางการบริหารเภสัชกรรมในผู้ป่วยที่เข้าด้านไวรัสเออาร์วีในครั้งต่อไปควรศึกษาเชิงลึกเป็นรายบุคคลเพื่อค้นหาแนวทางการแก้ไขปัญหาเฉพาะรายอย่างเหมาะสมต่อไป

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางกัญทิมา เรืองแสน)

(ตำแหน่ง) เกสซ์ครชำนาญการ

(วันที่) 23 มิ.ย. 2565

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
-	-

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นายเกรียงศักดิ์ กิจเพิ่มเกียรติ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาตาล

(วันที่) 23 มิ.ย. 2565

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(นายเกรียงศักดิ์ กิจเพิ่มเกียรติ)

(ตำแหน่ง) นายแพทย์ชำนาญการ

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนาตาล

(วันที่) 23 มิ.ย. 2565

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียว ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

**แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ ด้านเภสัชกรรมคลินิก)**

๑. เรื่อง การประเมินประสิทธิภาพและเฝ้าระวังอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสเออาร์วีตามแนวทางการรักษาใหม่ โรงพยาบาลนาตาล จังหวัดอุบลราชธานี

๒. หลักการและเหตุผล

การพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีมีมาอย่างยาวนานตั้งแต่ปี ๒๕๓๕ และมีการพัฒนาสูตรยาเพื่อใช้ดูแลรักษาผู้ป่วยจากในอดีตที่ต้องกินยาหลายชนิดเป็นจำนวนหลายเม็ดและกินหลายครั้งต่อวัน เพื่อให้สามารถควบคุมเชื้อโรคได้ ในปัจจุบันมีการพัฒนาแนวทางการตรวจวินิจฉัย รักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี ๒๕๖๓/๒๕๖๔ เป็นแนวทางการรักษาใหม่ที่โรงพยาบาลนาตาลได้เริ่มปรับการรักษาผู้ป่วยโดยใช้ยาตามสูตรที่แนะนำซึ่งเป็นสูตรยาเม็ดรวมที่ผู้ป่วยสามารถกินได้ง่ายขึ้นกินเพียง ๑ เม็ดวันละครั้ง และที่สำคัญคือ เป็นยาที่ได้รับการยืนยันว่ามีประสิทธิภาพดีสามารถควบคุมเชื้อเอชไอวีได้พร้อมทั้งทนต่อการดื้อยาสามารถปรับสูตรได้ง่าย พบอาการข้างเคียงน้อยและไม่รุนแรง แต่สำหรับประเทศไทยยังเป็นยาที่ใหม่ที่ได้รับการอนุมัติให้ใช้เป็นยามาตรฐานหลักสูตรพื้นฐาน ซึ่งถือว่าเป็นผลดีกับผู้ป่วยที่จะได้ใช้ยาที่มีประสิทธิภาพดีและควรได้รับการติดตามอย่างใกล้ชิดเพื่อประเมินประสิทธิภาพและอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นในระยะยาว

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

๑. เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาประสิทธิภาพและเฝ้าระวังการเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาของผู้ป่วย ต้องได้รับความร่วมมือจากหลายฝ่ายที่ช่วยกันดูแลผู้ป่วย ควรจัดระบบการส่งต่อข้อมูลอย่างเป็นระบบ
๒. การประเมินอาการข้างเคียงและอาการไม่พึงประสงค์ จำเป็นต้องอาศัยความรู้และความชำนาญ อาจจะต้องขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญเพิ่มเติมเพื่อจะได้ประเมินได้อย่างถูกต้องหรือใกล้เคียง ไม่เป็นการตัดโอกาสในการไม่ได้ใช้ยาที่มีประสิทธิภาพดีของผู้ป่วยหากเกิดอาการแพ้ยาหรืออาการข้างเคียงที่รุนแรง

๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์ต่อผู้ป่วย

๑. ผู้ป่วยได้รับการประเมินประสิทธิภาพการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเออาร์วีและประเมินอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาตามแนวทางการรักษาใหม่

๒. ผู้ป่วยที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้รับการจัดการอย่างเหมาะสมทันเวลาทำให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัย

ประโยชน์ต่อโรงพยาบาล
ลดความรุนแรงของอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

ประโยชน์ต่อบุคลากรทางการแพทย์

มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และร่วมกันทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ผู้ป่วยที่ได้ยารับยาต้านไวรัสเออาร์วีตามแนวทางการรักษาใหม่ได้รับการประเมินและเฝ้าระวังทุกราย

(ลงชื่อ)

(นางกัญทิมา เรืองแสน)

(ตำแหน่ง) เภสัชกร ชำนาญการ

วันที่.....๒.๓/ค.ย. ๒๕๖๕.....

ผู้ขอประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

ผลงานลำดับที่ ๑

๑. เรื่อง รูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งบอน

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ตุลาคม ๒๕๖๔ ถึง กรกฎาคม ๒๕๖๕

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

๓.๒ แนวคิดระบบบริการปฐมภูมิ

๓.๓ ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๓.๔ ความรู้ ความชำนาญด้านระเบียบวิธีวิจัย

๓.๕ ความรู้ และประสบการณ์การดำเนินการวิจัย

๓.๖ ความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

๓.๗ ความรู้ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัย

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

โรคหลอดเลือดสมองที่เป็นโรคเรื้อรังหากเกิดขึ้นแล้ว ผู้ป่วยต้องเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตอยู่และฝึกทักษะในการจัดการกับภาวะความเจ็บป่วยนั้นไปตลอดชีวิต ปัจจัยด้านเวลาเป็นปัจจัยที่สำคัญเป็นอย่างมากของการรักษา จากผลการเก็บรวบรวมสถิติของผู้ป่วยที่มาเข้ารับการรักษาของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เอง พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยของ Onset to door time ระหว่างปี พ.ศ. ๒๕๕๙- ๒๕๖๑ เฉลี่ยอยู่ที่ ๔๘๐ นาที, ๔๒๕ นาที และ ๓๔๐ นาที ตามลำดับ ซึ่งมาไม่ทันในระยะเวลาที่สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือดได้ โดยคิดเป็นร้อยละ ๕๐ ของ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทั้งหมด เนื่องจากประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องปัจจัยเสี่ยง (Risk Factors) และอาการเตือน (Warning Sign) ของโรคหลอดเลือดสมองอยู่มาก จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือด สมองในวัยผู้ใหญ่ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ เคยเป็นโรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดชั่วคราว ภาวะความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ ภาวะอ้วน การขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น (อังคณา บุญศรี และ สุกัญญา ทองบุผา, ๒๕๖๓)

ภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) หรือ TIA บางครั้งอาจถูกเรียกว่า “MiniStroke” เป็นภาวะที่มีอาการที่คล้ายคลึงกับโรคหลอดเลือดสมอง แต่จะมีความรุนแรงน้อยกว่าเนื่องจากอาการของผู้ป่วยจะหายได้ภายใน ๒๔ ชั่วโมง ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (TIA) ยังเป็นสัญญาณของความเสี่ยงการเกิดอัมพฤกษ์อัมพาต และเส้นเลือดสมองตีบตันอีกด้วย การจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะ “MiniStroke” ของกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นความสามารถในการจัดการกับภาวะสุขภาพ ทั้งภาวะความเจ็บป่วยและผลกระทบทางด้าน ร่างกายจิตใจสังคมและจิตวิญญาณตลอดจนการรักษาสุขภาพและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ ด้วยการสนับสนุนจากครอบครัวและทีมบุคลากรทางสุขภาพภายใต้ความเชื่อมั่นว่าตนเองมี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

หลักการและเหตุผล (ต่อ)

ความสามารถในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองได้ การควบคุมภาวะแทรกซ้อนและการกลับเป็นซ้ำของโรคมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองทุกคน ปัจจุบันหลักฐานเชิงประจักษ์จากนานาประเทศแสดงให้เห็นว่า การจัดการตนเองเป็นหัวใจสำคัญของการควบคุมและการดูแลโรคหลอดเลือดสมอง หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและมีความสามารถในการจัดการกับภาวะสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลโดยตรงต่อการฟื้นฟูสภาพการลดการกลับเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง (วิไลเลิศ คำตัน, ๒๕๖๒) ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาารูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุกกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

คำถามการวิจัย

รูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน ทุ่งบอน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่เหมาะสมควรเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

๑. เพื่อศึกษาบริบทการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งบอน
๒. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ของผู้สูงอายุกกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งบอน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
๓. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ของผู้สูงอายุกกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ความสำคัญของการวิจัย

๑. ทำให้ทราบบริบทการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
๒. ผลการวิจัยในครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปวางแผนพัฒนาและจัดกิจกรรมการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ขอบเขตของการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้สูงอายุกกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะการเก็บรวบรวมข้อมูล และวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม ดังนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ขอบเขตของการวิจัย (ต่อ)

๑. กลุ่มตัวอย่างที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งบอน ตำบลทุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข และอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยในชุมชน/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน จำนวน ๒๐ คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย

๑.๑ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จำนวน ๕ คน ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข

๑.๒ อาสาสมัครดูแลผู้ป่วยในชุมชน/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน จำนวน ๑๕ คน

๒. กลุ่มตัวอย่างในประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน ตำบลทุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ตำบลทุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคสมองขาดเลือด ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน จำนวน ๔๐ คน

ขอบเขตเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) ประกอบด้วย ๔ ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผล

ขอบเขตพื้นที่

ดำเนินการในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างเดือน ตุลาคม ๒๕๖๔ - กรกฎาคม ๒๕๖๕

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual Framework)

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Stephen Kemmis และ McTaggart (๑๙๙๑) ดำเนินการวิจัยเป็น ๔ ขั้นตอน ดังนี้คือ ๑) ขั้นที่ ๑ ขั้นวางแผน (Planning) ๒) ขั้นที่ ๒ ขั้นปฏิบัติการ (Action) ๓) ขั้นที่ ๓ ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และ ๔) ขั้นที่ ๔ ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม (Self Care Theory) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self - regulation) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย

ศึกษาบริบทการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน
ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านทุ่งบอน

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning)

1.1 วิเคราะห์บริบท สถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านทุ่งบอน

1.2 สนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อสร้างรูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านทุ่งบอน

1.3 จัดทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านทุ่งบอน ตำบลทุ่งหวาย อำเภอมหาราช

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Action)

ปฏิบัติการตามแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ

2.1 พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

2.2 การพัฒนาสื่อสุขศึกษาการ์ดแผ่นสื่อสารเตือนภัย (Warning Signs Card) และการจัดการเมื่อเกิดอาการผิดปกติเฉียบพลัน โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และอาสาสมัคร

2.3 กิจกรรมให้ความรู้เสริมสร้างการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยง 2) การรับรู้ความรุนแรง 3) การรับรู้ประโยชน์

2.4 แจกแผ่นสื่อสารเตือนภัย (Warning Signs Card) ให้กลุ่มตัวอย่างและสาธิตการใช้

2.5 สาธิต ฝึกปฏิบัติการนำการ์ดแผ่นสื่อสารเตือนภัย (Warning Signs Card) ไปใช้

2.5 ติดตามเยี่ยมบ้าน/เยี่ยมทางโทรศัพท์โดยอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย ตามแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)

ใช้วิธีการสังเกต การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อติดตามการดำเนินงานขณะที่ดำเนินการวิจัยอยู่เพื่อทราบปัญหาของการปฏิบัติและกระบวนการแก้ไข

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนผล (Reflection)

4.1 คั้นข้อมูล สุ่มชนและถอดบทเรียน

4.2 สร้างข้อตกลงร่วมกัน

4.3 ประเมินผลการปฏิบัติ

รูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน
ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านทุ่งบอน

ประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน
ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลบ้านทุ่งบอน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Stroke ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำแนกตามลักษณะการเก็บรวบรวมข้อมูล และวัตถุประสงค์การวิจัย โดยแบ่งออกเป็น ๒ กลุ่ม ดังนี้

๑. กลุ่มตัวอย่างที่เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเอง เพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Stroke ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน จำนวน ๒๐ คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Random Sampling) ประกอบด้วย

๑.๑ กลุ่มบุคลากรสาธารณสุข จำนวน ๕ คน ประกอบด้วย แพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข

๑.๒ อาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน จำนวน ๑๕ คน

๒. กลุ่มตัวอย่างในประเมินผลรูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Stroke ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันและสมองขาดเลือดแบบเฉียบพลัน ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน จำนวน ๔๐ คน มีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าร่วมและคัดออกจากการวิจัยดังนี้

๒.๑ เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion criteria)

๒.๑.๑ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ ๖๐ ปี ขึ้นไป ที่ขึ้นทะเบียนรักษาด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันสูง ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านทุ่งบอน ที่มีผลการประเมิน CV risk score ความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงมาก ๓๐ - <๔๐% หรือระดับ ๔ (หมายถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงมาก) และ CV risk score ความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงอันตราย >๔๐% หรือระดับ ๕ (หมายถึงโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงอันตราย)

๒.๑.๒ มีความยินดีและสามารถ เข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอด

๒.๒ เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion criteria)

๒.๒.๑ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโครงการวิจัย

๒.๒.๒ ย้ายออกจากพื้นที่ทำการวิจัย

๒.๒.๓ ขอดอนตัวจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

๑. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

๑.๑ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

๑.๒ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม

๒. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม ๕ ส่วน ประกอบด้วย

๒.๑ คุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะเป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

๒.๒ แบบทดสอบความรู้เรื่อง Stroke เป็นแบบเลือกตอบ ๒ ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ตอบถูกให้ ๑

คะแนน ตอบผิดให้ ๐ คะแนน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ต่อ)

๒.๓ แบบสอบถามการรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค Stroke ได้แก่

๑) การรับรู้โอกาสเสี่ยง

๒) การรับรู้ความรุนแรงของโรค

๓) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันและ โรค Stroke

๒.๔ แบบสอบถามทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันและโรค Stroke

ลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า ๔ ตัวเลือก ประกอบด้วย ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่ปฏิบัติ

๒.๕ แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านทุ่งบอน ตำบลบุ่งหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า ๕ ตัวเลือก ประกอบด้วย มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

การหาคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

๑. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ ๓ ท่าน พิจารณาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ทำการหาค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถาม เป็นรายข้อกับ วัตถุประสงค์ในการวัด Index of Item Objective Consistency หรือ IOC

๒. ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านก่อ จำนวน ๓๐ คน นำผลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

๒.๑ แบบทดสอบความรู้เรื่องโรค Stroke เป็นแบบเลือกตอบ ๒ ตัวเลือก มีค่าคะแนน ๐ กับ ๑ ทำการทดสอบความเชื่อมั่นโดยวิธีการของ Kuder-Richardson ๒๐ : KR-๒๐

๒.๒ แบบสอบถามการรับรู้ พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันและโรค Stroke และความพึงพอใจต่อรูปแบบ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า ทำการหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีการ Cronbach Alpha's coefficient

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Stephen Kemmis และ McTaggart (๑๙๙๑) ดำเนินการวิจัยเป็น ๔ ขั้นตอน ดังนี้คือ ๑) ขั้นที่ ๑ ขั้นวางแผน (Planning) ๒) ขั้นที่ ๒ ขั้นปฏิบัติการ (Action) ๓) ขั้นที่ ๓ ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และ ๔) ขั้นที่ ๔ ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) โดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-efficacy Theory) ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Self Care Theory) แนวคิดการกำกับตนเอง (Self - regulation) ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) และทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory) เป็นกรอบแนวคิดการวิจัย มีขั้นตอนดำเนินการวิจัย ดังนี้

๑. ขั้นวางแผน (Planning)

๑.๑ วิเคราะห์บริบท สถานการณ์การดำเนินงานเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Stroke ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งบอน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย (ต่อ)

๑.๒ สนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อสร้างรูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Stroke ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน ตำบลทุ่งหวาย อำเภอลำตาบาก จังหวัดอุบลราชธานี

๑.๓ จัดทำแผนปฏิบัติการตามรูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Stroke ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งบอน

๒. ขั้นปฏิบัติ (Action) ปฏิบัติการตามแผนปฏิบัติการตามรูปแบบ

๒.๑ พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง

๒.๒ การพัฒนาสื่อสุขภาพการคัดกรองแผ่นสื่อสารเตือนภัย (Warning Signs Card) และการจัดการเมื่อเกิดอาการผิดปกติเฉียบพลัน โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Stroke และอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย

๒.๓ กิจกรรมให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่

๑) การรับรู้โอกาสเสี่ยง

๒) การรับรู้ความรุนแรง

๓) การรับรู้ประโยชน์

๒.๔ แจกแผ่นสื่อสารเตือนภัย (Warning Signs Card) ให้กลุ่มตัวอย่าง

๒.๕ สาธิต ฝึกปฏิบัติการนำการ์ดแผ่นสื่อสารเตือนภัย (Warning Signs Card) ไปใช้

๒.๖ ติดตามเยี่ยมบ้าน/เยี่ยมทางโทรศัพท์โดยอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย ตามแนวคิดแรงสนับสนุนทาง

สังคม

๓. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ใช้วิธีการสังเกต การประชุมกลุ่มย่อยเพื่อติดตามการ ดำเนินงาน ขณะที่ดำเนินการวิจัยอยู่เพื่อทราบปัญหาของ การปฏิบัติและกระบวนการแก้ไข

๔. ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ประกอบด้วย

๔.๑ การคืนข้อมูล สู่ชุมชนและถอดบทเรียน เพื่อเป็นข้อมูลสะท้อนผลการดำเนินงาน

๔.๒ สร้างข้อตกลงร่วมกัน

๔.๓ ประเมินผลการปฏิบัติ วิเคราะห์ผลที่เกิดขึ้น โดยประเมินและเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบในประเด็น ดังนี้

๑) ความรู้เรื่อง Stroke และการป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

๒) การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค Stroke ได้แก่

๒.๑) การรับรู้โอกาสเสี่ยง

๒.๒) การรับรู้ความรุนแรงของโรค

๒.๓) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

๓) พฤติกรรมจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันและโรค Stroke

๔) ความพึงพอใจต่อรูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

๑. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ระดับความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ พฤติกรรม และความพึงพอใจต่อรูปแบบก่อนและหลังการพัฒนาโดยใช้ Pair t-test

๓. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

๕.๑.๑ ทำให้ทราบบริบทการดำเนินงานคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งบอน พบว่า การดำเนินงานที่ผ่านมาเป็นการให้บริการในสถานบริการ ตรวจ ประเมินอาการ ให้ยา/คำแนะนำ และติดตามเยี่ยมบ้าน แต่ยังพบผู้ป่วยที่การดำเนินโรคไม่ดีและมีอาการแทรกซ้อนจากโรคอย่างต่อเนื่อง จากการประเมินในคลินิกบริการและการติดตามเยี่ยมบ้านปัญหาสำคัญที่พบคือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อควบคุมโรคยังไม่ถูกต้องเหมาะสม จากการศึกษานำร่อง (Pilot Study) โดยการสุ่มสัมภาษณ์ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ที่มารับบริการที่คลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งบอน ระหว่างเดือนเมษายน - พฤษภาคม ๒๕๖๔ จำนวน ๒๐ คน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน ๑๖ คน (ร้อยละ ๘๐) มีปัญหาด้านสายตาและการได้ยิน จำนวน ๘ คน (ร้อยละ ๕๐) มีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ในประเด็นการสังเกตอาการผิดปกติ และการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ จำนวน ๘ คน (ร้อยละ ๕๐) พฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม จำนวน ๙ คน (ร้อยละ ๕๕) เมื่อสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า ผู้ป่วยบางคนไม่เข้าใจคำแนะนำ เจ้าหน้าที่พูดเสียงเบา เอกสารคำแนะนำไม่ชัดเจน ตัวหนังสือเล็ก บางคนไม่เข้าใจภาษา ส่วนใหญ่ต้องการเอกสารคำแนะนำที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนากระบวนการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Stroke ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งบอน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

๕.๑.๒ กระบวนการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งบอน ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ตามกรอบแนวคิดของ Stephen Kemmis และ McTaggart (๑๙๙๑) ดำเนินการวิจัยเป็น ๔ ขั้นตอน ดังนี้คือ ๑) ขั้นที่ ๑ ขั้นวางแผน (Planning) ๒) ขั้นที่ ๒ ขั้นปฏิบัติการ (Action) ๓) ขั้นที่ ๓ ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และ ๔) ขั้นที่ ๔ ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) จากการสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อสร้างรูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งบอน ตำบลบึงหวาย อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์สาระสำคัญของแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบกับข้อคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ร่วมสนทนากลุ่มเพื่อสร้างรูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งบอน ประกอบด้วย ๖ กิจกรรม ดังนี้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ (ต่อ)

กิจกรรมที่ ๑ พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

กิจกรรมที่ ๒ การพัฒนาสื่อสุขศึกษาคาร์ดแผ่นสื่อสารเตือนภัย (Warning Signs Card) และการจัดการเมื่อเกิดอาการผิดปกติเฉียบพลัน โดยการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กิจกรรมที่ ๓ ให้ความรู้และประเมินความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ ๑) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ๒) การรับรู้ความรุนแรง ๓) การรับรู้ประโยชน์

กิจกรรมที่ ๔ ฝึกปฏิบัติการนำการ์ดแผ่นสื่อสารเตือนภัย (Warning Signs Card) ไปใช้

กิจกรรมที่ ๕ ติดตามเยี่ยมบ้าน/เยี่ยมทางโทรศัพท์โดยอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย ตามแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม

กิจกรรมที่ ๖ การคืนข้อมูล สุ่มชนและถอดบทเรียน

๕.๑.๓ ผลการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Stroke ในเขตตำบลชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งบอน ตำบลบึงหวาย อำเภอวาริน ชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง Stroke มีความรู้เรื่อง Stroke และการป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค Stroke ทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันและโรค Stroke เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนารูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และมีความพึงพอใจต่อรูปแบบอยู่ในระดับมากที่สุด

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

๕.๒.๑ ได้รูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตตำบลชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งบอน ที่มีประสิทธิภาพ สามารถใช้เป็นแนวทางในการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้

๕.๒.๒ ได้กระบวนการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) โดยกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยตั้งแต่การวิเคราะห์บริบทการสร้างและพัฒนารูปแบบ การร่วมในกิจกรรมตามรูปแบบ และร่วมสรุปผลการดำเนินกิจกรรมตาม จึงสอดคล้องกับสภาพปัจจุบันและบริบทของชุมชน การนำรูปแบบฯ ไปใช้ ทำให้ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีความรู้เรื่อง Stroke และการป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน การรับรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรค ทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันและโรค Stroke และความพึงพอใจต่อรูปแบบมากขึ้นกว่าเดิม

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๑ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถนำรูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นแนวทางในการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ได้

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๖.๒ สามารถนำกระบวนการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพประชาชน ที่มีลักษณะคล้ายกันได้ เช่น การเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง เป็นกลุ่มที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพที่หลากหลาย ซับซ้อน การจัดการกิจกรรมต่างๆ ต้องสอดคล้องกับสถานะสุขภาพ มีความปลอดภัย และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย

๗.๒ กระบวนการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ต้องดำเนินการตามมาตรการควบคุมป้องกันโรคอย่างเคร่งครัด ปรับกิจกรรมโดยคำนึงถึงประโยชน์และความปลอดภัยของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ กลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ ในการจัดการกิจกรรมต้องอำนวยความสะดวกและคำนึงถึงความปลอดภัยของกลุ่มเป้าหมาย

๘.๒ การจัดการกิจกรรมที่ต้องมีการรวมกลุ่มคน ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-๑๙ เป็นไปด้วยความยากลำบาก

๘.๓ การวิเคราะห์ข้อมูลต้องใช้ความรู้ในการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งต้องศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากอินเทอร์เน็ต สอบถามผู้เชี่ยวชาญ และทดลองทำด้วยตนเอง ต้องใช้เวลาในการดำเนินการขั้นตอนนี้

๙. ข้อเสนอแนะ

๙.๑ ควรมีการสร้างทางเลือกในการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) เช่น พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) การพัฒนาสื่อสุขศึกษาการ์ดแผ่นสื่อสารเตือนภัย (Warning Signs Card) ให้ความรู้และประเมินความรู้ตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผูกปฏิบัติการณ์การ์ดแผ่นสื่อสารเตือนภัย (Warning Signs Card) ไปใช้ การติดตามเยี่ยมบ้าน/เยี่ยมทางโทรศัพท์โดยอาสาสมัครดูแลผู้ป่วย ตามแนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม และการให้โอกาสกลุ่มเป้าหมายได้ร่วมในกิจกรรมการคืนข้อมูล สู่ชุมชนและถอดบทเรียนเป็นการช่วยกระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความสุขสนุกสนานและมุ่งหวังจะนำไปปรับเปลี่ยนตนเองที่บ้านมากขึ้น

๙.๒ ควรมีการกำกับติดตามเยี่ยมบ้าน หรือสอบถามทางโทรศัพท์โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุข /อาสาสมัครดูแลผู้ป่วย และผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หรือเพื่อนกลุ่มเสี่ยงด้วยกันเพื่อกระตุ้นเตือนและเสริมแรงให้กำลังใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

๙.๓ ควรปรับกิจกรรมบางรายการให้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเอง เช่น กิจกรรมประเมินภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ค้นหาประสบการณ์ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองเฉียบพลัน และการจัดการตนเองเมื่อเกิดอาการผิดปกติ

๙.๔ ควรเพิ่มเติมกิจกรรมที่ทำให้มีความสุขสนุกสนานและให้กลุ่มตัวอย่างได้มีส่วนร่วมมากขึ้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

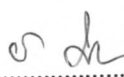
๙.๕ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดให้มีกิจกรรมการสื่อสารเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน และ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) หลากหลายช่องทาง เช่น การจัดเสียงตามสาย การเปิดช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ เช่น Group Line Facebook และ วิธีการอื่น ๆ ตามสถานการณ์และโอกาสจะเอื้ออำนวย

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน (ถ้ามี)

เผยแพร่ในวารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) นางรัชณี ขุมเงิน สักส่วนของผลงานร้อยละ ๑๐๐

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางรัชณี ขุมเงิน)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) 17 / มิถุนายน / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(..... (นายสมเจ็ญณ์ คุลพชร)) (ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ

(วันที่) 12 / มิถุนายน / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) 

(..... (นายสมเจ็ญณ์ คุลพชร)) (ตำแหน่ง) สาธารณสุขอำเภอวารินชำราบ

(วันที่) 17 / มิถุนายน / ๒๕๖๕

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

ผลงานลำดับที่ ๒ และผลงานลำดับที่ ๓ (ถ้ามี) ให้ดำเนินการเหมือนผลงานลำดับที่ ๑

โดยให้สรุปผลการปฏิบัติงานเป็นเรื่องๆ ไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลคนเดียวก็ให้มีคำรับรองหนึ่งระดับได้

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับ ชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่อง แนวทางการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

๒. หลักการและเหตุผล

การระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (SARSCoV-๒, ๒๐๑๙ novel coronavirus) นับเป็นภัยคุกคามสร้างความหวาดวิตกแก่ประชาชนอย่างมาก และการระบาดยังไม่มีที่ท่าว่าจะยุติลงง่ายๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินใดๆ ก็ตามที่มีความสับสนวุ่นวายจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการสถานการณ์ที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะในสถานการณ์การเกิดโรคอุบัติใหม่ของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ และในขณะเดียวกันผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีระบบนัดติดตามผู้ป่วยทุกเดือน จากการดำเนินการตามมาตรการควบคุมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและลดการติดเชื้อจากโรงพยาบาล การเว้นระยะห่างทางสังคม การลดความแออัดในการให้บริการ ประกอบกับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความวิตกกังวลกลัวการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการทำให้ผู้ป่วยมารับบริการไม่ต่อเนื่อง

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยเฉพาะกลุ่มเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่เป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ให้เข้าถึงบริการและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-๑๙ ด้วยการเตรียมความพร้อมด้านการรักษาพยาบาลและป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาล เกิดการประสานงาน การสั่งการและแนวทางการปฏิบัติตามหลักวิชาการทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถเข้าถึงบริการและได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยสามารถดูแลจัดการตนเองได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ความครอบคลุมมากขึ้น สอดคล้องกับ เป้าหมายกรอบระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก เพื่อให้เกิดความครอบคลุมของระบบบริการสุขภาพ และพัฒนามาตรฐานความปลอดภัยเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ ในภาพรวมคือประชาชนทุกคนมีสุขภาพดี

จึงขอเสนอแนวทางการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่ออกแบบ ตามแนวคิดทฤษฎีระบบ และ ๖ System Building Blocks ดังนี้

๑. การบริหารจัดการในเรื่องการปรับระบบบริการให้สอดคล้องกับมาตรการการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

๑.๑) ระบบการนัด การปรับการนัดผู้ป่วยโรคเรื้อรังยึดหลักการลดโอกาสการสัมผัสเชื้อให้มากที่สุด โดยขยายเวลาการนัดให้ห่างกว่าเดิม ขึ้นกับความสามารถในการควบคุมระดับน้ำตาลในกระแสเลือด ในผู้ที่สามารถควบคุมน้ำตาลได้คงที่นัดทุก ๓ เดือน กรณีที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้แต่ไม่คงที่นัดทุก ๒ เดือน กรณีควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้นัด ทุก ๑ เดือน โดยให้รับประทานยาเดิม หรือเปลี่ยนแปลงการรักษาโดยแพทย์ และมีการติดตามเยี่ยมบ้าน ทางโทรศัพท์โดย อสม. ที่รับผิดชอบ อย่างน้อย ๑ ครั้ง/เดือน ยกเว้นเมื่อต้องเจาะเลือดและวัดความดันโลหิต อสม. จะเยี่ยมบ้านในวันที่เจาะเลือด เพื่อส่งข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการรักษาทางแอปพลิเคชันไลน์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๑.๒) การเยี่ยมบ้าน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-๑๙ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมุ่งเน้นการควบคุมระดับความรุนแรงของโรคโดยการรักษาเป็นหลัก งดกิจกรรมที่ต้องรวมกลุ่มโดยพิจารณาความจำเป็นในการมารับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพด้วยความรุนแรงทางคลินิกจากประวัติการรักษาในอดีต และผลการติดตามเยี่ยมบ้านก่อนวันนัดจากค่าน้ำตาลปลายนิ้ว และความดันโลหิตโดย อสม. ยกเว้น ในกรณีที่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ติดเตียงจะได้รับการเยี่ยมบ้านโดยแพทย์ และพยาบาล เดือนละ ๑ ครั้ง เพื่อพิจารณาการให้การรักษาและดูแลที่เหมาะสม โดยใช้หลัก DMHTA

๑.๓) ระบบการจัดการยา ด้วยระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังให้รองรับสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ต้องใช้มาตรการในการลดการสัมผัสเชื้อ มีการบริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยา ดังนี้

๑.๓.๑) การบริหารจัดการกระบวนการส่งมอบยา ในกลุ่มที่ไม่ต้องมารับการรักษา ณ สถานบริการสุขภาพ ณ หน่วยบริการปฐมภูมิ ต้องดำเนินการจัดยาก่อนถึงวันนัด ๒ วัน และส่งมอบยาให้อสม. ในวันถัดไปเพื่อนำส่งให้ผู้สูงอายุที่บ้านก่อนวันนัด ๑ วัน ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้รับยาต่อเนื่อง และเพื่อเป็นการกำกับติดตามการได้รับยาที่ถูกต้อง จะนับจำนวนยาให้พอดีสำหรับการนัดครั้งต่อไป ดังข้อมูล

๑.๓.๒) กรณีที่ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องส่งไปรับการรักษาในสถานบริการระดับทุติยภูมิ และต้องติดตามผลเลือด หลังจากผู้ป่วยได้รับการเจาะเลือดที่โรงพยาบาลแล้ว สามารถให้ผู้ป่วยกลับบ้านได้ โดยญาติจะเป็นผู้ป่วยพบแพทย์

๑.๓.๓) การกำกับ ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง (Self-monitoring) โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยผู้ดูแลสร้างนิสัยในการติดตามภาวะสุขภาพของตนเอง และบันทึกข้อมูลสม่ำเสมอ โดยนำผลการตรวจสุขภาพ เช่น น้ำตาล ระดับความดันโลหิต น้ำหนักตัว เป็นต้น นำผลที่ได้มาส่ง หรือส่งผลให้กับ อสม. ผ่านทาง Line application เพื่อการวางแผนการรักษาต่อไป โดยในกรณีที่ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถทำการตรวจประเมินได้ด้วยตนเองที่บ้าน อสม. จะเป็นผู้ช่วยเหลือตรวจให้

๒. การบริหารจัดการ กำลังคนและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

๓. การจัดการข้อมูลข่าวสาร ให้ทันสมัย ทันท่วงทีต่อสถานการณ์

๔. การสื่อสารความเสี่ยงเทคโนโลยีทางการ แพทย์ วัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

๕. การบริหารจัดการค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สนับสนุนการจัดระบบบริการ

๖. การเสริมสร้างภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลในการบริหารจัดการภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. ได้แนวทางการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ที่มีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบท สามารถนำไปปฏิบัติงานได้

๒. ส่งเสริมการทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ

๓. ผู้ป่วยสามารถ เข้าถึงบริการได้ความครอบคลุมมากขึ้น

๔. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับบริการที่มีคุณภาพ รวดเร็ว มีความพึงพอใจต่อบริการ

ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. ได้แนวทางการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ จำนวน ๑ เรื่อง

๒. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพ สามารถนำแนวทางการจัดระบบบริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ ไปปฏิบัติได้

๓. ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้รับบริการที่มีคุณภาพ รวดเร็ว มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในระดับมากที่สุด ไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ)

(นางรัชณี ขุมเงิน)

(ตำแหน่ง) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(วันที่) 17 / ๑๑ / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง ศึกษาความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ เดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม 2564
3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน
 - 3.1 แนวคิดและทฤษฎีการจัดสวัสดิการสังคมและบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 3.2 ประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุ
 - 3.3 แนวคิด ทฤษฎีพื้นฐานที่เกี่ยวกับความต้องการของมนุษย์
 - 3.4 ความรู้เกี่ยวกับทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
 - 3.5 ความรู้เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support Theory)
 - 3.6 แนวคิดและทฤษฎีระบบบริการสาธารณสุขและทางการแพทย์
 - 3.7 ความรู้ ความชำนาญด้านระเบียบวิธีวิจัย
 - 3.8 ความรู้ และประสบการณ์การดำเนินการวิจัย
 - 3.9 ความรู้ ความชำนาญ และประสบการณ์ด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง
 - 3.10 ความรู้ด้านการวิเคราะห์ข้อมูล และการเขียนรายงานการวิจัย

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย เป็นผลมาจากความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ที่ทันสมัย ทำให้ประชากรมีสุขภาพอนามัยที่ดีประกอบกับความสำเร็จในการวางแผนครอบครัวอันเนื่องจากนโยบายรัฐ จึงทำให้อัตราการเกิดอัตราการตายลดลงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้กำลังนำประเทศไทยไปสู่ภาวะประชากรสูงอายุ จากการคาดการณ์ประมาณประชากรสูงอายุของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พบว่าในปี พ.ศ.2550-2553 จะมีประชากรสูงอายุ 10.3-12 ล้านคนในปี 2563 ผู้สูงอายุจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น 26.1 ล้านคน แสดงให้เห็นถึงอัตราความรวดเร็วในการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุไทยที่เพิ่มขึ้นเร็วที่สุดในโลกอีกประเทศหนึ่ง ทั้งนี้ การที่ประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นแสดงให้เห็นว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ซึ่งหมายความว่าสังคมไทยต้องมีการเตรียมการด้านเศรษฐกิจ สังคม และด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อรับกับสถานการณ์ดังกล่าวที่เรียกว่าภาวะประชากรสูงอายุ (Population ageing) (นลินี โสภะชัชยฤทธิ, 2549 : 1-3) ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการเปลี่ยนแปลงแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยดังกล่าว ทำให้ผู้สูงอายุต้องการสวัสดิการสังคมจากภาครัฐมากยิ่งขึ้นตามจำนวนผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ อรพินท์ บุณนาค (2537) เกี่ยวกับความต้องการของผู้สูงอายุในด้านการทำงานและสวัสดิการเพื่อจัดตั้งศูนย์บริการการจัดหางานให้ผู้สูงอายุ ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่าง จำนวน 429 คน (ผู้สูงอายุจากสาขาสาขาเขต 11 แห่งในกรุงเทพมหานคร) ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปนั้น ร้อยละ 25.6 ต้องการที่จะทำงานผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไปต้องการทำงานมากที่สุด ร้อยละ 35.3 อายุ 65-69 ปี ร้อยละ 27.2 และอายุ 60-64 ปี ร้อยละ 21.8 ตามลำดับ ผู้สูงอายุที่ต้องการทำงาน มีจำนวนถึง ร้อยละ 61.8 ในขณะที่ผู้สูงอายุชายต้องการทำงาน จำนวนเพียงร้อยละ 38.2 ผู้สูงอายุที่สมรส และต้องการทำงาน มีเพียงร้อยละ 7.3 ผู้สูงอายุที่สำเร็จการศึกษาในระดับอุดมศึกษาหรือสูงกว่ามีจำนวนถึง ร้อยละ 36.3 ที่ยังต้องการทำงานต่อไปอีก ผู้ที่จบมัธยมศึกษาต้องการทำงานร้อยละ 30.9 และผู้ที่จบประถมศึกษาที่มีจำนวนผู้ที่ต้องการทำงาน

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ร้อยละ 24.5 และสอดคล้องกับผลการศึกษานักงานสถิติแห่งชาติ (2545 : 43-44) ศึกษาเรื่อง รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2545 ผลการศึกษาดังกล่าว พบว่า รัฐบาลและเอกชนได้จัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา บัตรสุขภาพ บัตรประจำตัวผู้สูงอายุ บริการเบี้ยยังชีพสำหรับผู้สูงอายุที่ยากจน การลดหย่อนค่าโดยสารรถไฟ เป็นต้น เมื่อพิจารณาความต้องการการช่วยเหลือจากรัฐบาล พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่หรือร้อยละ 82.9 ต้องการมีบัตรประจำตัวผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการรักษาพยาบาล ฟรี ร้อยละ 74.1 ต้องการเข้าร่วมโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ร้อยละ 70.4 ต้องการมีบัตรสุขภาพเพื่อลดหย่อนค่ารักษาพยาบาล ยังมีผู้สูงอายุอีกร้อยละ 24.4 ที่ต้องการพักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชราของรัฐ และร้อยละ 18.4 ต้องการพักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราของเอกชน ผู้สูงอายุที่อยู่นอกเขตเทศบาล ต้องการให้รัฐบาลช่วยเหลือในทุกๆด้านมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมื่อพิจารณาเปรียบเทียบสัดส่วนความต้องการช่วยเหลือจากรัฐบาลของผู้สูงอายุในภาคต่างๆ พบว่า ผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือต้องการให้รัฐบาลช่วยเหลือแทบทุกด้านมากที่สุด โดยเฉพาะในเรื่องการขอมีบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ การใช้บริการสวัสดิการต่างๆที่รัฐจัดให้กับผู้สูงอายุนั้น พบว่า ส่วนใหญ่ร้อยละ 74.1 ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ โดยสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการมากกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 79.0 และ 63.0 ตามลำดับ) ผู้สูงอายุร้อยละ 52.8 มีการใช้บริการจากบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบทมีสัดส่วนการใช้บริการจากบัตรประจำตัวผู้สูงอายุมากกว่าในเขตเทศบาล (ร้อยละ 61.3 และ 33.9 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาเป็นรายภาค พบว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีผู้สูงอายุได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการมากที่สุดร้อยละ 81.0 สำหรับกรุงเทพมหานครมีผู้สูงอายุที่ใช้บริการสวัสดิการต่างๆที่รัฐจัดให้สำหรับผู้สูงอายุน้อยกว่าภาคอื่นๆ คือ ร้อยละ 14.1 มีการใช้บริการบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.1 ใช้บริการโครงการบัตร 30 บาทรักษาทุกโรค และร้อยละ 54.4 ได้รับเบี้ยยังชีพจากทางราชการ ความต้องการที่จะให้รัฐจัดสวัสดิการต่างๆเพิ่มจากที่มีอยู่ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 92 ต้องการให้รัฐบาลจัดสวัสดิการเพิ่มในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดศูนย์ดูแลกลางวันสำหรับผู้สูงอายุ จัดบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง และต้องการให้รัฐบาลจัดหางานหรือกิจกรรมที่เหมาะสมกับวัย เพื่อจะได้มีงานทำ มีรายได้ ผู้สูงอายุร้อยละ 89.1 ต้องการให้มีการลดหย่อนภาษีให้กับบุคคลที่เลี้ยงดูผู้สูงอายุ เพื่อแบ่งเบาภาระของบุตรหลานที่ดูแลผู้สูงอายุ

การประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 นับเป็นจุดเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในหลายๆด้านรวมถึงการให้ความสำคัญต่อการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุกล่าวคือ รัฐธรรมนูญได้มีบทบัญญัติเพื่อผู้สูงอายุไว้ในหลายมาตรา อาทิ ในมาตรา 40(6) เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการทุพพลภาพ ย่อมมีสิทธิได้รับความคุ้มครองในการดำเนินการพิจารณาตัวอย่างเหมาะสมและย่อมมีสิทธิได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมในคดีเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ มาตรา 51 บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย มาตรา 53 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพมีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรี และความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ ทั้งนี้ตามที่กฎหมายบัญญัติ มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษาและวัฒนธรรม คือ คุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชนสนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย ส่งเสริมและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัว และชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ผู้พิการหรือทุพพลภาพและผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากให้มี

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

คุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ มาตรา 84(4) รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านเศรษฐกิจ โดยจัดให้มีการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชราแก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างทั่วถึงรวมถึงการประกาศใช้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไปได้รับรู้และเข้าใจถึงสิทธิของผู้สูงอายุ และนับเป็นกฎหมายด้านผู้สูงอายุฉบับแรกของประเทศไทย ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสรับสวัสดิการด้านต่างๆ ที่เป็นระบบมากขึ้น อาทิ บริการทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข ที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ การศึกษา ศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

การจัดสวัสดิการสังคมเป็นการลดการพึ่งบริการของรัฐที่กรมประชาสงเคราะห์ได้ริเริ่มแนวคิดการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชนโดยชุมชนในรูปแบบชุมชนช่วยชุมชนตามโครงการศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัดทั่วประเทศ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนสามารถอยู่ในชุมชนของตนได้ต่อไป โดยได้รับการช่วยเหลือดูแลจากชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ คนในชุมชนจะให้การช่วยเหลือเกื้อกูลผู้เดือนร้อน โดยเฉพาะผู้สูงอายุให้ผ่านพ้นภาวะวิกฤตไปได้ด้วยการพึ่งพาตนเอง โดยมีวิถีชีวิตที่สอดคล้องกับเศรษฐกิจ สังคม การเมือง ประเพณี และวัฒนธรรมในสภาพแวดล้อมของตน อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ โดยให้มีการพึ่งพิงบริการของรัฐเท่าที่จำเป็น ส่วนกรมประชาสงเคราะห์จะเป็นผู้คอยสนับสนุนการดำเนินงานของชุมชนให้สามารถดำเนินงานได้ด้วยตนเองต่อไป ทั้งนี้เพราะเหตุว่าครอบครัวและชุมชนยังคงเป็นรากฐานที่สำคัญของสังคมและเป็นหลักในการให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมกับสภาพสังคมที่ผู้สูงอายุมีความต้องการและผู้สูงอายุสามารถรับบริการได้อย่างทั่วถึงมากกว่า และให้บริการได้ในจำนวนมากครอบคลุมได้ทุกพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นการประหยัดงบประมาณได้มาก ในอนาคตการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในลักษณะชุมชนช่วยชุมชนและการมีส่วนร่วมการดำเนินการช่วยเหลือผู้สูงอายุ จะขยายบริการแก่ผู้สูงอายุได้กว้างขวางยิ่งขึ้น (อรพินท์ บุนนาค, 2537 : 32) โดยที่องค์กรภาครัฐ เอกชนองค์กรประชาชน มีบทบาทให้การช่วยเหลือสนับสนุน และส่งเสริมให้สามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองต่อไป การสงเคราะห์สวัสดิการสังคมผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ทำเนิการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2536 ตามมติคณะรัฐมนตรี เมื่อวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2535 ซึ่งเห็นชอบให้กรมประชาสงเคราะห์ดำเนินโครงการกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุและครอบครัวในชุมชน เพื่อจัดสรรงบประมาณหมวดเงินอุดหนุนสงเคราะห์สวัสดิการสังคมช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความเดือดร้อนในด้านต่างๆโดยกระทรวงการคลังได้อนุมัติหลักการเบิกจ่ายเงินตามโครงการดังกล่าว เป็นสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ 200 บาท ต่อคนต่อเดือนจนตลอดชีพ และรัฐบาลได้ให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง จึงได้เพิ่มจำนวนผู้สูงอายุที่รับสวัสดิการสังคมมากขึ้นทุกปี จนถึงปี พ.ศ. 2542 รัฐบาลได้เพิ่มเงินพิเศษในภาวะเศรษฐกิจถดถอยแก่ผู้สูงอายุที่รับสวัสดิการสังคมอีกคนละ 100 บาทต่อคนต่อเดือนรวมเงินสวัสดิการสังคมที่ผู้สูงอายุได้รับคนละ 500 บาทต่อเดือนจนตลอดชีพ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2540) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่นๆ การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกรังแก หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้งการให้คำแนะนำ ปรัชญาดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีหรือการแก้ไขปัญหาคอครอบครัว การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงการสงเคราะห์สวัสดิการสังคมตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณีและการอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด เป็นต้น(สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2548)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

ด้วยความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยโครงการในฐานะเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ราชการโรงพยาบาลน้ำซุ่น อำเภอ น้ำซุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ในตำแหน่งนายแพทย์ชำนาญการ (ด้านเวชกรรม) ได้ให้ความสำคัญกับการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขในพื้นที่เป็นอย่างมาก จึงได้ดำเนินโครงการศึกษาวิจัยเพื่อสำรวจและศึกษาความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอ น้ำซุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งนี้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการบริหารจัดการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขให้กับประชาชนและผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอ น้ำซุ่น จังหวัดอุบลราชธานีและโรงพยาบาลในพื้นที่อื่นต่อไป

4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

4.2.1 เพื่อศึกษาความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอ น้ำซุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

4.2.2 เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอ น้ำซุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

4.3 ขอบเขตการวิจัย

4.3.1 ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ได้แก่ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่เขตพื้นที่อำเภอ น้ำซุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประชาชนโดยทั่วไปผู้มาใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานพยาบาล/โรงพยาบาลในเขตอำเภอ น้ำซุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

4.3.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

1. ศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ได้แก่ (1) เพศ (2) อายุ (3) สถานภาพสมรส (4) สภาพความเป็นอยู่ (5) อาชีพปัจจุบัน (6) ระดับการศึกษา (7) แหล่งที่มาของรายได้ (8) สุขภาพโดยรวมในปัจจุบัน (9) กิจกรรมในการดำเนินชีวิต

2. ศึกษาสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ ได้แก่ (1) สภาพสังคม วัฒนธรรมในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ (2) ภาวะเศรษฐกิจ และขาดโอกาสประกอบอาชีพ (3) ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ภาวะความยากจน (4) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและบุคคลภายนอก (5) ความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายบริการที่จัดขึ้นโดยภาครัฐ และ (6) การล่มสลายของวัฒนธรรมและระบบสายพันธุ์ทางสังคมในชุมชน

3. ศึกษาความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอ น้ำซุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ (1) ด้านการบริการทางการแพทย์และสุขภาพอนามัย (2) ด้านการให้การศึกษาหรือฝึกอาชีพเพื่อเป็นรายได้ (3) ด้านการบริการนันทนาการ วัฒนธรรมและสังคม (4) ด้านการให้ความช่วยเหลือปรึกษาให้คำแนะนำด้านต่างๆ (5) ด้านการจัดที่พักอาศัยและให้การดูแลอย่างเหมาะสม (6) ด้านการจัดบริการด้านการป้องกันและรักษาความปลอดภัย และ (7) ด้านการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.3.3 ขอบเขตด้านระยะเวลา

โครงการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ศึกษาสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ และศึกษาความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564

4.4 ตัวแปรที่ศึกษา

4.4.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

1. เพศ
2. อายุ
3. สถานภาพสมรส
4. สภาพความเป็นอยู่
5. อาชีพปัจจุบัน
6. ระดับการศึกษา
7. แหล่งที่มาของรายได้
8. สุขภาพโดยรวมในปัจจุบัน

สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ

1. สภาพสังคม วัฒนธรรมในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่
2. ภาวะเศรษฐกิจ และขาดโอกาสประกอบอาชีพ
3. ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ภาวะความยากจน
4. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและบุคคลภายนอก
5. ความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายบริการที่จัดขึ้นโดยภาครัฐ

4.4.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables)

ความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

1. ด้านการบริการทางการแพทย์และสุขภาพอนามัย
2. ด้านการให้การศึกษาหรือฝึกอาชีพเพื่อเป็นรายได้
3. ด้านการบริการนันทนาการ วัฒนธรรมและสังคม
4. ด้านการให้ความช่วยเหลือ ปรีกษาให้คำแนะนำด้านต่างๆ
5. ด้านการจัดที่พักอาศัยและให้การดูแลอย่างเหมาะสม
6. ด้านการจัดบริการด้านการป้องกันและรักษาความปลอดภัย

ด้านการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

4.5 แบบแผนการวิจัย

การศึกษาวิจัยความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานีนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) โดยผู้วิจัยดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- 1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา
- 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 4 การวิเคราะห์ข้อมูล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่อาศัยอยู่เขตพื้นที่อำเภอ น้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย (1) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 1,890 คน (2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 4,635 คน และ (3) ประชาชนโดยทั่วไปผู้มาใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานพยาบาล/โรงพยาบาลในเขตน้ำขุ่น อำเภอ น้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 6,850 คน รวมจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 13,248 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการของ Yamane's ตามสูตรคำนวณ ดังนี้ (ธานินทร์ ศิลป์ จารุ, 2558)

$$\left[n = \frac{N}{1+N(e)^2} \right]$$

เมื่อ	n	=	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
	N	=	ขนาดของประชากร
	e	=	ค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย กำหนดให้มีความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 ซึ่งเท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตรได้ ดังนี้

$$n = \frac{13,248}{1 + 13,248(0.05)^2}$$

$$= 399.97$$

จากการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างข้างต้น ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรคำนวณ คือ 399.97 ผู้วิจัยจึง กำหนดกลุ่มตัวอย่างไว้เพื่อขาด จำนวน 400 ตัวอย่าง ถือเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ดีสำหรับการประเมินค่า (Estimation technique) ตามที่ Tabachnick B.G. & Fidell, L.S. (2007) นักวิชาการด้านสถิติแห่ง มหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียสเตท ได้แนะนำจำนวนกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์หลายตัวแปรว่าต้องไม่น้อยกว่า 20 เท่าของตัวแปร (ชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2550)

4.6 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากการศึกษาค้นคว้าข้อมูลทุติยภูมิ โดยดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

4.6.1 ศึกษาจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หนังสือราชการ รายงานการประชุม มติ คณะรัฐมนตรี วารสาร รายงานผลการศึกษา วิทยานิพนธ์ และบทความต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือการศึกษา

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.6.2 ทำการสร้างแบบสอบถาม (Questionnaire) ด้วยการนำตัวแปรปัจจัยเกี่ยวกับข้อมูลสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ ความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุ มาสร้างเป็นแบบสอบถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ข้อความที่ใช้มีลักษณะในเชิงบวก มีตัวเลือก 5 ระดับในแต่ละคำตอบ โดยผู้ตอบแบบสอบถามทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตัวเลือกที่ตรงตามความเป็นจริงหรือสอดคล้องกับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน สำหรับตอนที่ 2 และ 3 มีดังนี้

ระดับความคิดเห็น/ความต้องการ	ค่าคะแนน
มากที่สุด	= 5
มาก	= 4
ปานกลาง	= 3
น้อย	= 2
น้อยที่สุด	= 1

เกณฑ์การแปลความหมาย เพื่อหาค่าเฉลี่ยและแปลความความหมาย โดยใช้เกณฑ์ตามสูตรของ Best ดังนี้ (Best, J.W. & Kahn, J.V., 1993 ; อ้างอิงจาก ธวัชชัย นามสันติวงศ์, 2538 : 28)

$$Sc = \frac{\max - \min}{5} = 0.80$$

คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 หมายถึง	มีความต้องการระดับมากที่สุด ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมทุกครั้ง
คะแนนเฉลี่ย 3.41-4.20 หมายถึง	มีความต้องการระดับมาก ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมเกือบทุกครั้ง
คะแนนเฉลี่ย 2.61-3.40 หมายถึง	มีความต้องการระดับปานกลาง ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมบางครั้ง
คะแนนเฉลี่ย 1.81-2.60 หมายถึง	มีความต้องการระดับน้อย ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมนานๆ ครั้ง
คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.80 หมายถึง	มีความต้องการระดับน้อยที่สุด ผู้สูงอายุไม่เคยดำเนินกิจกรรม

จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญทำการตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือ แล้วนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้ว ไปทำการทดสอบ (Pre -test) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน จากนั้นนำมาลงรหัสเพื่อความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method or alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ส่วนที่ 1 ข้อ 9 และส่วนที่ 2, 3 ได้ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) เท่ากับ 0.969 เมื่อแบบสอบถามมีความเชื่อมั่นสูง จึงนำแบบสอบถามไปทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงต่อไป

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

4.7 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาเองเป็นเครื่องมือ และแจกแบบสอบถามให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ประชาชนโดยทั่วไปผู้มาใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานพยาบาล/โรงพยาบาลในเขตน้ำเกอมน้ำขุน จังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงเดือนสิงหาคม 2553- ตุลาคม 2553 เท่านั้น

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือกับประชากรกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการทำการสุ่มอย่างง่าย (Sampling Simple) ข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ เพื่อทำการวิเคราะห์และแปลผลอธิบายข้อมูล

4.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

4.8.1 การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามปลายเปิดเกี่ยวกับข้อมูลสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ ความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุ ด้วยการใช่วิธีการจัดกลุ่มของข้อมูล และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) นำเสนอในรูปของตาราง

4.8.2 การวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive analysis) และสถิติอ้างอิงแบบอิงพารามิเตอร์ (Parametric statistics) ดังนี้

4.8.2.1 สถิติเชิงพรรณนา ใช้ในการอธิบายข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ข้อมูลสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ ความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4.8.2.2 สถิติเชิงอนุมาน ใช้ในการทดสอบสมมติฐานการวิจัย

4.8.3 การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ใช้แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุกับความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอน้ำขุน จังหวัดอุบลราชธานี ว่ามีความสัมพันธ์ไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน อย่างไร

การหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ โดยกำหนดเกณฑ์การวัดระดับและทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปร ดังนี้

	- 1.00	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันอย่างเต็มที่ในทิศทางตรงกันข้าม
	- 0.76	ถึง - 0.99	หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมากและในทิศทางตรงกันข้าม
	- 0.56	ถึง - 0.75	หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงและในทิศทางตรงกันข้าม
	- 0.26	ถึง - 0.55	หมายถึง มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางและในทิศทางตรงกันข้าม

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

- 0.01	ถึง	- 0.25	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำและในทิศทางตรงกันข้าม
		0.00	หมายถึง	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
0.01	ถึง	0.25	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำและในทิศทางเดียวกัน
0.26	ถึง	0.55	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลางและในทิศทางเดียวกัน
0.56	ถึง	0.75	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงและในทิศทางเดียวกัน
0.76	ถึง	0.99	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมากและในทิศทางเดียวกัน
		1.00	หมายถึง	มีความสัมพันธ์กันอย่างเต็มที่ในทิศทางเดียวกัน

4.8.4 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผลการวิเคราะห์ข้อมูล ในรูปบรรยายประกอบตาราง ภาพ และแผนภูมิ

4.8.5 การประมวลผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูลจากเครื่องมือในการศึกษาวิจัยความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิเคราะห์ข้อมูลนำเสนอตามลำดับรายละเอียดดังนี้

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่าง ที่มีความคิดเห็นต่อสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ และความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอเมืองน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 351 คน ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. เพศ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 351 คน แยกเป็นเพศชาย จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 45.0 และเพศหญิง จำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 55.0

2 อายุ อายุของกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากที่สุด คือ อายุระหว่าง 60-64 ปี จำนวน 145 คน (ร้อยละ 41.3) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 65-69 ปี จำนวน 105 คน (ร้อยละ 29.9) อายุระหว่าง 70-74 ปี จำนวน 70 คน (ร้อยละ 19.9) และอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป จำนวน 31 คน (ร้อยละ 8.8) ตามลำดับ

3 สถานภาพ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 351 คน แยกเป็นแต่งงานแล้ว จำนวน 323 คน (ร้อยละ 92.0) และโสด จำนวน 28 คน (ร้อยละ 8.0)

4 สภาพความเป็นอยู่ กลุ่มตัวอย่างมีสภาพความเป็นอยู่อยู่กับหลานหรือญาติ มากที่สุด จำนวน 222 คน (ร้อยละ 63.2) รองลงมาคือ อยู่คนเดียวลูกหลานดูแล จำนวน 120 คน (ร้อยละ 34.2) อยู่คนเดียวไม่มีลูกหลานดูแลได้รับการสงเคราะห์ที่อยู่จาก อบต. จำนวน 9 คน (ร้อยละ 2.6) ตามลำดับ

5 อาชีพปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพทำไร่ ทำสวน ทำนามากที่สุด จำนวน 318 คน (ร้อยละ 90.6) รองลงมาคือ ประกอบอาชีพส่วนตัว จำนวน 14 คน (ร้อยละ 4.0) รับจ้างทั่วไป จำนวน 11 คน (ร้อยละ 3.1) และไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 8 คน (ร้อยละ 2.3)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

6 ระดับการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มากที่สุด จำนวน 325 คน (ร้อยละ 92.6) รองลงมาคือ มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า จำนวน 12 คน (ร้อยละ 3.4) มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า จำนวน 9 คน (ร้อยละ 2.6) อนุปริญญาหรือเทียบเท่าหรือสูงกว่าปริญญา จำนวน จำนวน 5 คน (ร้อยละ 1.5) ตามลำดับ

7 แหล่งที่มาของรายได้ กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีแหล่งที่มาของรายได้จากการทำไร่ ทำสวน ทำนา จำนวน 280 คน (ร้อยละ 79.8) รองลงมาคือ ลูกหลาน ญาติ หรือเพื่อนบ้าน จำนวน 36 คน (ร้อยละ 10.3) การค้าขาย ทำธุรกิจการเกษตร จำนวน 13 คน (ร้อยละ 3.7) การรับจ้างทั่วไป จำนวน 11 คน (ร้อยละ 3.1) เบี้ยยังชีพที่รัฐจัดให้หรือเงินบำเหน็จ/บำนาญ จำนวน 11 คน (ร้อยละ 3.2) ตามลำดับ

8 สุขภาพโดยรวมในปัจจุบัน กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพโดยรวมในปัจจุบันมากที่สุด คือ สมบูรณ์ ไม่มีโรคติดต่อ จำนวน 306 คน (ร้อยละ 87.2) และไม่สมบูรณ์ จำนวน 45 คน (ร้อยละ 12.8) เนื่องจากเป็นโรค ดังนี้ โรคความดันสูง จำนวน 16 คน (ร้อยละ 35.5) โรคเบาหวาน จำนวน 16 คน (ร้อยละ 35.5) โรคไขข้ออักเสบ จำนวน 7 คน (ร้อยละ 15.5) และโรคตับและโรคหัวใจ จำนวน 6 คน (ร้อยละ 13.5)

5.1.2 สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ ได้แก่ (1) สภาพสังคม วัฒนธรรมในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ (2) ภาวะเศรษฐกิจ และขาดโอกาสประกอบอาชีพ (3) ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ภาวะความยากจน (4) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและบุคคลภายนอก (5) ความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายบริการที่จัดขึ้นโดยภาครัฐ (6) การล่มสลายของวัฒนธรรมและระบบสายพันธุ์สังคมในชุมชน

(1) ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ภาวะความยากจน มีความคิดเห็นโดยรวมระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.86) โดยมีความคิดเห็นระดับมากที่สุด 110 คน (ร้อยละ 31.4) ระดับมาก 118 คน (ร้อยละ 33.7) ระดับปานกลาง 98 คน (ร้อยละ 27.9) ระดับน้อย 16 คน (ร้อยละ 4.5) ระดับน้อยที่สุด 9 คน (ร้อยละ 2.5)

(2) ภาวะเศรษฐกิจ และขาดโอกาสประกอบอาชีพ มีความคิดเห็นโดยรวมระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.66) โดยมีความคิดเห็นระดับมากที่สุด 56 คน (ร้อยละ 15.9) ระดับมาก 152 คน (ร้อยละ 43.4) ระดับปานกลาง 115 คน (ร้อยละ 32.8) ระดับน้อย 26 คน (ร้อยละ 7.4) ระดับน้อยที่สุด 2 คน (ร้อยละ 0.5) และความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายบริการที่จัดขึ้นโดยภาครัฐ มีความคิดเห็นโดยรวมระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.66) โดยมีความคิดเห็นระดับมากที่สุด 90 คน (ร้อยละ 25.7) ระดับมาก 104 คน (ร้อยละ 29.6) ระดับปานกลาง 110 คน (ร้อยละ 31.4) ระดับน้อย 42 คน (ร้อยละ 11.9) ระดับน้อยที่สุด 5 คน (ร้อยละ 1.4)

(3) สภาพสังคม วัฒนธรรมในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ มีความคิดเห็นโดยรวมระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.44) โดยมีความคิดเห็นระดับมากที่สุด 47 คน (ร้อยละ 13.4) ระดับมาก 106 คน (ร้อยละ 30.2) ระดับปานกลาง 163 คน (ร้อยละ 46.5) ระดับน้อย 30 คน (ร้อยละ 8.5) ระดับน้อยที่สุด 5 คน (ร้อยละ 1.4)

(4) ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและบุคคลภายนอก มีความคิดเห็นโดยรวมระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.12) โดยมีความคิดเห็นระดับมากที่สุด 12 คน (ร้อยละ 3.5) ระดับมาก 115 คน (ร้อยละ 32.8) ระดับปานกลาง 146 คน (ร้อยละ 41.6) ระดับน้อย 64 คน (ร้อยละ 18.2) ระดับน้อยที่สุด 14 คน (ร้อยละ 3.9)

(5) การล่มสลายของวัฒนธรรมและระบบสายพันธุ์สังคมในชุมชน มีความคิดเห็นโดยรวม

ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.10) โดยมีความคิดเห็นระดับมากที่สุด 12 คน (ร้อยละ 3.5) ระดับมาก 89 คน (ร้อยละ 25.4) ระดับปานกลาง 179 คน (ร้อยละ 50.9) ระดับน้อย 64 คน (ร้อยละ 18.3) ระดับน้อยที่สุด 7 คน (ร้อยละ 1.9)

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

5.1.3 ความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ (1) การบริการทางการแพทย์และสุขภาพอนามัย (2) การให้การศึกษาหรือฝึกอาชีพเพื่อเป็นรายได้ (3) การบริการนันทนาการ วัฒนธรรมและสังคม (4) การให้ความช่วยเหลือ ปรึกษาให้คำแนะนำด้านต่างๆ (5) การจัดที่พักอาศัยและให้การดูแลอย่างเหมาะสม (6) การจัดบริการด้านการป้องกันและรักษาความปลอดภัย (7) การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีดังต่อไปนี้

กลุ่มตัวอย่างมีความคิดเห็นต่อความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี พิจารณาเป็นรายด้านโดยเรียงลำดับความคิดเห็นจากระดับมากที่สุดลงไปหาน้อยสุด ดังนี้ (1) การจัดบริการด้านการป้องกันและรักษาความปลอดภัย มีความคิดเห็นโดยรวมระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.06) โดยมีความคิดเห็นระดับมากที่สุด 123 คน (ร้อยละ 35.1) ระดับมาก 146 คน (ร้อยละ 41.6) ระดับปานกลาง 61 คน (ร้อยละ 17.4) ระดับน้อย 20 คน (ร้อยละ 5.6) ระดับน้อยที่สุด 1 คน (ร้อยละ 0.3)

(2) การให้ความช่วยเหลือ ปรึกษาให้คำแนะนำด้านต่างๆ มีความคิดเห็นโดยรวมระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 4.02) โดยมีความคิดเห็นระดับมากที่สุด 125 คน (ร้อยละ 35.6) ระดับมาก 124 คน (ร้อยละ 35.4) ระดับปานกลาง 87 คน (ร้อยละ 24.8) ระดับน้อย 14 คน (ร้อยละ 3.9) ระดับน้อยที่สุด 1 คน (ร้อยละ 0.3)

(3) การบริการทางการแพทย์และสุขภาพอนามัย มีความคิดเห็นโดยรวมระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.96) โดยมีความคิดเห็นระดับมากที่สุด 120 คน (ร้อยละ 34.2) ระดับมาก 113 คน (ร้อยละ 32.2) ระดับปานกลาง 102 คน (ร้อยละ 29.1) ระดับน้อย 15 คน (ร้อยละ 4.2) ระดับน้อยที่สุด 1 คน (ร้อยละ 0.3)

(4) การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ป่วยเอดส์ มีความคิดเห็นโดยรวมระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.77) โดยมีความคิดเห็นระดับมากที่สุด 106 คน (ร้อยละ 30.2) ระดับมาก 97 คน (ร้อยละ 27.7) ระดับปานกลาง 111 คน (ร้อยละ 31.6) ระดับน้อย 37 คน (ร้อยละ 10.5)

(5) การจัดที่พักอาศัยและให้การดูแลอย่างเหมาะสม มีความคิดเห็นโดยรวมระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.63) โดยมีความคิดเห็นระดับมากที่สุด 83 คน (ร้อยละ 23.7) ระดับมาก 94 คน (ร้อยละ 26.8) ระดับปานกลาง 139 คน (ร้อยละ 39.6) ระดับน้อย 33 คน (ร้อยละ 9.4) ระดับน้อยที่สุด 2 คน (ร้อยละ 0.5)

(6) การให้การศึกษาหรือฝึกอาชีพเพื่อเป็นรายได้ มีความคิดเห็นโดยรวมระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.62) โดยมีความคิดเห็นระดับมากที่สุด 47 คน (ร้อยละ 13.4) ระดับมาก 157 คน (ร้อยละ 44.7) ระดับปานกลาง 114 คน (ร้อยละ 32.4) ระดับน้อย 32 คน (ร้อยละ 9.2) ระดับน้อยที่สุด 1 คน (ร้อยละ 0.3)

(7) การบริการนันทนาการ วัฒนธรรมและสังคม มีความคิดเห็นโดยรวมระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.29) โดยมีความคิดเห็นระดับมากที่สุด 22 คน (ร้อยละ 6.4) ระดับมาก 114 คน (ร้อยละ 32.5) ระดับปานกลาง 168 คน (ร้อยละ 47.8) ระดับน้อย 42 คน (ร้อยละ 11.9) ระดับน้อยที่สุด 5 คน (ร้อยละ 1.4)

5.1.4 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม

เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation) เพื่อการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม โดยใช้แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) โดยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยต่างๆ ว่ามีความสัมพันธ์ไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน โดยใช้สถิติอ้างอิง แบบอิงพารามิเตอร์ (Parametric Inference) ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตาม การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยรวม พบว่า

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยเรียงลำดับความสัมพันธ์มากที่สุดไปต่ำสุด พบว่า

- (1) ความไม่เท่าเทียมกันในการกระจายบริการที่จัดขึ้นโดยภาครัฐ โดยมีค่าความสัมพันธ์ $R = 0.479$
 - (2) ภาวะเศรษฐกิจ และขาดโอกาสประกอบอาชีพ โดยมีค่าความสัมพันธ์ $R = 0.410$
 - (3) สภาพสังคม วัฒนธรรมในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ โดยมีค่าความสัมพันธ์ $R = 0.390$
 - (4) ความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ภาวะความยากจน โดยมีค่าความสัมพันธ์ $R = 0.270$
- นอกจากนี้ ยังพบว่า มีตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางลบ ได้แก่ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและบุคคลภายนอก โดยมีค่าความสัมพันธ์ $R = -0.066$ ส่วนตัวแปรปัจจัยด้านการล่มสลายของวัฒนธรรมและระบบสายพันธ์ทางสังคมในชุมชนไม่มีอิทธิพลหรือไม่มีความสัมพันธ์กับความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

5.2.1 ได้ทราบข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุที่หลากหลายเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุในอำเภอน้ำขุ่น

5.2.2 ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนเพื่อพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอน้ำขุ่นให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

1. ได้ทราบถึงความแตกต่างเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ และความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน

2. ได้ทราบถึงข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ สถานภาพทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุว่ามีความสัมพันธ์กันกับความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางที่สอดคล้องกัน

3. ได้ใช้เป็นข้อมูลประกอบการบริหารจัดการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขให้กับประชาชนและผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานีและพื้นที่โรงพยาบาลอื่นต่อไป

7. ความยั่งยืนและความซับซ้อนในการดำเนินการ

๑. การดำเนินกิจกรรมในช่วงสถานการณ์โควิด-๑๙ ระบาด กิจกรรมที่ต้องรวมคนต้องดำเนินการตามมาตรการควบคุมป้องกันโรคโควิด-๑๙ อย่างเคร่งครัด

๒. ผู้สูงอายุมักมีปัญหาทางด้านสุขภาพอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ปัญหาด้านสายตา การได้ยิน การใช้ภาษา ในการดำเนินการต้องใช้ทักษะที่จำเป็นและเหมาะสมกับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๑. ผู้สูงอายุ มักมีปัญหาซับซ้อนจำเป็นต้องดูแลตนเองในหลายด้าน ปัจจัยสำคัญมาจากขาดความรู้ความเข้าใจ และการรับรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้อง จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

๒. การจัดกิจกรรมที่ต้องมีการรวมกลุ่มคน ในสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-๑๙ เป็นไปด้วยความยากลำบาก

๓. การวิเคราะห์ข้อมูลต้องใช้ความรู้ในการใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งต้องศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติมจากอินเทอร์เน็ต สอบถามผู้เชี่ยวชาญ และทดลองทำด้วยตนเอง ต้องใช้เวลาในการดำเนินการขั้นตอนนี้

3. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต่อ)

9. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรพัฒนาสื่อสุขศึกษาที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย และความสามารถในการรับรู้เรื่องสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างการรับรู้ในการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น ต่อไป
๒. ควรมีการคืนข้อมูลให้กับชุมชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายร่วมในการวางแผนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป
๓. ควรส่งเสริมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการจัดทำคู่มือและวีดิทัศน์ประกอบการให้ความรู้ในการดูแลตนเอง
๔. ควรจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่เพื่อผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการด้านสาธารณสุขได้ทั่วถึง
๕. ควรเพิ่มทักษะการใช้ภาษาถิ่นหรือมีบุคคลากรในพื้นที่ปฏิบัติงานเพื่อการสื่อสารกับผู้สูงอายุในการใช้ภาษาถิ่น

10. การเผยแพร่

ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น ปีที่ 19 ฉบับที่ 2 เดือนธันวาคม 2565 เรื่อง ศึกษาความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอน้ำขุ่น

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นายจิรายุ สุวรรณศรี สัดส่วนของผลงาน 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

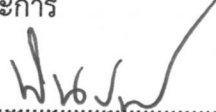
(ลงชื่อ).....


(นายจิรายุ สุวรรณศรี)

นายแพทย์ชำนาญการ
 (วันที่) ๒๕ / ๑๒ / ๒๕๖๕

ผู้ขอประเมิน

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

 (นายพิทักษพงษ์ จันทรวงศ์)
 (ตำแหน่ง) นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)
 (วันที่)...../...../.....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ).....
 (.....)
 (ตำแหน่ง)
 (วันที่)/...../.....
 ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

หมายเหตุ : คำรับรองจากผู้บังคับบัญชาอย่างน้อยสองระดับ คือ ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล และผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไปอีกหนึ่งระดับ เว้นแต่ในกรณีที่ผู้บังคับบัญชาดังกล่าวเป็นบุคคลเดียวกัน ก็ให้มีคำรับรองหนึ่งได้

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

1.เรื่อง การศึกษาพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสจากการทำงานในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลนำขุน จังหวัดอุบลราชธานี

2.หลักการและเหตุผล

ไวรัสเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เป็นสาเหตุของการป่วยและการเสียชีวิตในหลายๆประเทศทั่วโลก ตั้งแต่เดือน เมษายน พ.ศ. 2536 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ไวรัสอยู่ในภาวะฉุกเฉินสากล (global emergency) และต้องแก้ไข อย่างเร่งด่วน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) องค์การอนามัยโลก (2013) รายงานว่า 1 ใน 3 ของประชากร ทั่วโลกติดเชื้อไวรัสหรือมีผู้ป่วยไวรัสประมาณ 14 ล้านคน และประมาณ 8-10 ล้านคนเป็นกลุ่มที่กำลังแพร่เชื้อ (highly infectious) ในแต่ละปีมีผู้ป่วยรายใหม่ ประมาณ 8.8 ล้านคนและมีผู้ป่วยไวรัสเสียชีวิตปีละ 1.7 ล้านคน (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) องค์การอนามัยโลกจัดประเทศไทยอยู่ในกลุ่ม 22 ประเทศที่มีปัญหาไวรัสสูงมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 องค์การอนามัยโลกประมาณการณ์ว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยไวรัสรายใหม่ประมาณ 86,000 รายต่อปีหรือคิด เป็นอัตราอุบัติการณ์ 124 ต่อประชากรแสนคน สูงกว่าประเทศตะวันตกบางประเทศถึง 30 เท่า (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ไวรัสเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 ของภาคใต้ การเสียชีวิตเนื่องจากไวรัสขึ้นอยู่กับตำแหน่งและความรุนแรงของโรค รวมทั้งระยะเวลาที่ให้การวินิจฉัยโรค เช่น ไวรัสเยื่อหุ้มสมองจะมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าวัยอื่น ผู้ป่วยไวรัสปอดที่เสมหะพบเชื้อถ้าไม่ได้รับการรักษา พบว่าร้อยละ 30-40 จะตายภายใน 1 ปี และร้อยละ 50-70 จะเสียชีวิต ภายใน 5-7 ปี (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยไวรัสมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและป่วยเป็นไวรัสมากกว่าประชากรทั่วไป (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2556) โดยปริมาณความเสี่ยงขึ้นอยู่กับมาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อไวรัสของ โรงพยาบาล ขนาดของโรงพยาบาล ลักษณะงานที่ให้บริการ ระยะเวลาที่ทำงาน จำนวนผู้ป่วยไวรัสระยะลุกลามที่มาตรวจ บริเวณที่มีโอกาสเกิดการแพร่กระจายเชื้อสูงในโรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ ห้องตรวจผู้ป่วยนอก ห้องตรวจผู้ป่วยทางเดินหายใจ และคลินิกไวรัส (สมควร หาญพัฒนชัยกุล และคณะ, 2553) ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกาได้รายงานว่ามีบุคลากรสุขภาพมากกว่า 20 รายที่ป่วยด้วยโรคติดต่อหลายขนาน และในจำนวนนี้น้อยอย่างน้อย 10 รายที่เสียชีวิตและยังมีบุคลากรสุขภาพมากกว่า 10 รายที่มีการติดเชื้อไวรัสแฝง (สมควร หาญพัฒนชัยกุล และคณะ, 2553) ซึ่งบุคลากรสุขภาพที่ป่วยและมีอาการของไวรัสมีการลาพักงานโดยเฉลี่ยเป็นเวลา 14 วัน ต่อคนหรือคิดเป็นร้อยละ 1.3 ของการลางานทั้งหมด (สมควร หาญพัฒนชัยกุล และคณะ, 2553) นอกจากนี้โรงพยาบาลต้องเสีย ค่าใช้จ่ายในการรักษาบุคลากรสุขภาพ เสียค่าใช้จ่ายในการควบคุมและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสในโรงพยาบาล อีก ทั้งบุคลากรสุขภาพที่ป่วยยังอาจแพร่กระจายเชื้อให้เพื่อนร่วมงาน และผลกระทบที่สำคัญที่สุด คือ การเสียชีวิตของบุคลากร สุขภาพจากการป่วยด้วยไวรัส (สมควร หาญพัฒนชัยกุล และคณะ, 2553)

ข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การแพร่กระจายเชื้อไวรัสและพบจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ไวรัส (รายใหม่) ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 - 2561 มีจำนวน 409, 427, 377 และ 409 รายตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี, 2561) รวมทั้งจากสถิติจำนวนผู้ป่วยที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลนำขุน จังหวัดอุบลราชธานีมี แนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยนอกตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557 - 2561 มีจำนวน 195, 196, 177 และ 320 รายตามลำดับ สำหรับผู้ป่วย ในมีจำนวน 135, 131, 91 และ 223 ราย

**แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)**

ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี, 2561) ทำให้บุคลากรที่ดูแลผู้ป่วย วัณโรคมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัณโรค จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจาก การทำงานในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลน้ำซุ่น จังหวัดอุบลราชธานีเพื่อศึกษาถึง ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงานในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลน้ำซุ่น จังหวัดอุบลราชธานีเพื่อทราบถึงพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในบุคลากรทางการแพทย์ และเพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปประยุกต์ใช้กับงานด้านสาธารณสุขในการพัฒนาระบบสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ให้ สอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วย ภายใต้สภาพการเปลี่ยนแปลงของสังคมในปัจจุบันต่อไป กรอบแนวคิดการวิจัย กรอบแนวคิดนี้ได้ประประยุกต์มาจาก PREECEDE-PROCEED Model (Green & Kreuter, 2005) เป็นกระบวนการ วิเคราะห์เพื่อการวางแผนการดำเนินงานสุขศึกษา ซึ่งเกี่ยวข้องกับการวางแผนโครงการ การดำเนินงาน และการประเมินผล โครงการจำเป็นจะต้องใช้ความเข้าใจทางการบริหาร รัฐศาสตร์ (Political sciences) รวมทั้งการจัดชุมชน

3.บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

1. ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานควบคุมป้องกันการติดเชื้อจากการทำงาน ควรมีการพัฒนาความรู้เรื่อง การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงานให้แก่เจ้าหน้าที่ จากผลการศึกษา ความรู้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงาน และบุคลากรในโรงพยาบาลน้ำซุ่น ส่วนมากไม่ผ่านการอบรมความรู้ด้านนี้ ผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้องจึงควรพัฒนาศักยภาพด้านความรู้ให้แก่บุคลากร อีกทั้งผู้บริหารหรือผู้เกี่ยวข้องสามารถใช้ข้อมูลความรู้ เรื่องการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค จากการศึกษาครั้งนี้ ประกอบในการจัดทำหลักสูตร แนวทางการอบรมความรู้เพื่อพัฒนา ศักยภาพของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง

2. การให้คำแนะนำและการสนับสนุนจากผู้ร่วมงานหรือหัวหน้างาน ไม่เพียงแต่จะให้คำแนะนำในการปฏิบัติงานเท่านั้น จะต้องมีการติดตามประเมินการปฏิบัติงาน และสะท้อนปัญหาในการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความครอบคลุมใน ทุกประเด็นการรับรู้ การสนับสนุนการปฏิบัติงาน และเกิดการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง

4.ผลที่คาดว่าจะได้รับ

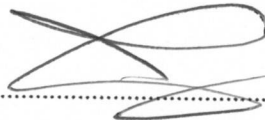
1. ได้ทราบถึงระดับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลน้ำซุ่น
2. ได้ทราบถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคจากการทำงานในกลุ่มบุคลากรทาง การแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลน้ำซุ่น

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

5.ตัวชี้วัดความสำเร็จ

1.บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลน้ำซุ่น มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรค
จากการทำงานที่ถูกต้อง ไม่น้อยกว่าร้อยละ 90

(ลงชื่อ)



(นายจिरายุ สุวรรณศรี)

ผอ.แพทย์ชำนาญการ

(วันที่)

๒๕ / ๓๗ / ๒๕ ๖๕

ผู้ขอประเมิน