





วารสารศรีวนาลัยวิจัย

Journal of Srivanalai Vijai

สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ : Humanities and Social Sciences

ISSN : 2229-2268 ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน 2564

เจ้าของ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย วิทยานิพนธ์ และบทความวิชาการของคณาจารย์ นักศึกษาและผู้ทรงภูมิปัญญาระดับท้องถิ่นและสากล ในสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์
2. เพื่อเป็นสื่อกลางแลกเปลี่ยนความรู้ทางวิชาการและประสบการณ์การวิจัยที่สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์สังคมไทย และสังคมโลก
3. เพื่อพัฒนาและส่งเสริมให้เกิดผลงานทางวิชาการอย่างต่อเนื่อง สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติได้จริง อันก่อให้เกิดประโยชน์แก่สังคมโดยรวม

ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ธรรมรักษ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สพ.ญ.ดร.สุรรัตน์ บุตรพรหม	ละอองนวล รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและพัฒนานวัตกรรม	อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
-----------	---	---	---------------------------------------

บรรณาธิการเกียรติคุณ

ศาสตราจารย์ ดร.โกวิท	พวงงาม	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
รองศาสตราจารย์ ดร.สุกกิจ	ศรีปัดดา	มหาวิทยาลัยราชภัฏกาฬสินธุ์
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญชม	ศรีสะอาด	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.วัชร	งามจิตรเจริญ	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ศาสตราจารย์ ดร.ธีระ	รุญเจริญ	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ศาสตราจารย์ ดร.สมาน	อัครภูมิ	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญทรรณ	วิงวอน	มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง
รองศาสตราจารย์ ดร.สุพรรณิ	เหลือบุญชู	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.ชวนชัย	เชื้อสาธุน	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.มาลี	ไชยเสนา	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
รองศาสตราจารย์ ดร.ภักดี	โพธิ์สิงห์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
รองศาสตราจารย์ ดร.สุเทพ	เมย์ไทสง	มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตร้อยเอ็ด
รองศาสตราจารย์ ดร.นัยนา	อรรจนาท	มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
รองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา	เจริญศิริ	มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บัญชา	แก้วส่อง	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ว่าที่ พ.ต.ดร.นพดล เจนอักษร		มหาวิทยาลัยศิลปากร

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มารศรี	สอทิพย์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมชาย	หาญหิรัญ	สถาบันมาตรวิทยาแห่งชาติ

บรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปริญญา มูลสิน	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิมุกต์ สมชอบ	รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา
	อาจารย์ ดร.กิตติ วิรุณพันธุ์	รองผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา
	นางวารุณี สุกใส	หัวหน้าสำนักงานผู้อำนวยการ
ฝ่ายจัดการ	นางสาวสุภารัตน์ ผัดโพธิ์	เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป
	นางสาวมาลัย สุวรรณผา	นักวิชาการศึกษา
	นางสาวเกศรา แก้วดี	เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป
	นายภูวไนย ใจหาญ	เจ้าหน้าที่วิจัย
กำหนดการพิมพ์	ปีละ 2 ฉบับ ฉบับที่ 1 (มกราคม – มิถุนายน) ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม – ธันวาคม)	
พิมพ์ที่	ห้างหุ้นส่วนจำกัด วิทยาการพิมพ์ 1973 ถ.ผาแดง ต.ในเมือง อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000 โทร. 045-240692 Email : vetaya336@gmail.com	
สำนักงาน	สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี เลขที่ 2 ถนนราชธานี ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 34000 โทรศัพท์ 0 4535 2000 ต่อ 5142 โทรสาร 0 4535 2049	
ลิขสิทธิ์	สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี	

ข้อความและบทความในวารสารนี้ เป็นความคิดเห็นของผู้นิพนธ์โดยเฉพาะ กองบรรณาธิการไม่มีส่วนรับผิดชอบในเนื้อหาและข้อคิดเห็นนั้น ๆ แต่อย่างใด

บทบรรณาธิการ

วารสารศรีวนาลัยวิจัย ได้จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่ผลงานของคณาจารย์ นักวิจัยและบุคลากรทั้งภายในและภายนอกมหาวิทยาลัย เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ผู้เกี่ยวข้องได้นำไปใช้ประโยชน์ โดยเปิดรับบทความทางด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มีกำหนดออกปีละ 2 ครั้ง คือ ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน และฉบับที่ 2 เดือนกรกฎาคม – ธันวาคม ของทุกปี โดยวารสารฉบับนี้เป็นฉบับที่ 1 ของปีที่ 11 ซึ่งการดำเนินงานของวารสารยังคงตระหนักถึงคุณภาพตามที่ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) กำหนดไว้โดยยังคงนโยบายในการเผยแพร่ผลงานวิชาการทางด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์

กองบรรณาธิการวารสารศรีวนาลัยวิจัย ได้รวบรวมและคัดกรองบทความวิจัย บทความทางวิชาการ บทความปริทัศน์และบทวิจารณ์หนังสือจากนักเขียนและนักวิจัยจากทั่วประเทศเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารศรีวนาลัยวิจัย จำนวนทั้งสิ้น 10 บทความ

กองบรรณาธิการขอขอบคุณผู้เขียนทุกท่านที่ส่งบทความมาเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขบทความให้มีความถูกต้อง (Peer review) ขอขอบคุณผู้บริหารของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ที่ให้การสนับสนุนการจัดทำวารสารศรีวนาลัยวิจัยฉบับนี้ให้เสร็จสมบูรณ์ด้วยดี กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า องค์ความรู้จากบทความวิจัยและบทความวิชาการในวารสารศรีวนาลัยวิจัย ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 เดือนมกราคม – มิถุนายน 2564 จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้อ่านและผู้สนใจสำหรับท่านผู้สนใจต้องการส่งบทความเผยแพร่ในวารสารศรีวนาลัยวิจัย สามารถส่งมายังกองบรรณาธิการวารสารศรีวนาลัยวิจัย หรือดูรายละเอียดการส่งบทความได้ที่เว็บไซต์ของวารสาร <http://www.journalrdi.ubru.ac.th>

กองบรรณาธิการ

สารบัญ

บทความวิจัยสาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	หน้า
ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านปัจจัยบุคคลกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงของโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน กุลชญา ลอยหา และกชกร เจตินัย	1
รูปแบบการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติที่ถูกต้องของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี จินตนา ชินาภา	11
การศึกษาระบาดวิทยาทางสังคมกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในเขตอีสานตอนล่าง : ด้วยรูปแบบ A community-based case-control study ปิยะนุช คันสร	23
รูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในจังหวัดอุบลราชธานี ทินกร ศรีตะวัน	41
การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบ ยาระยะสั้น ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกโรคโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จังหวัด ศรีสะเกษ ธนิดา เสาธงรุ่งเรือง	57
อัตลักษณ์และกลวิธีการนำเสนอเรื่องสั้น ใน รวมเรื่องสั้น เส้นทางของชีวิตของส.สันติ ทิพนา สันติ ทิพนา	69
การพัฒนาวัตกรรมการบริการของธุรกิจสายการบินในยุคดิจิทัล ภูวดล งามมาก	81
การพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินในเขตตำบลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ติยารัตน์ ภูติยา	91
นาฏกรรมในประเพณีกินเข้าคำ ที่ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง ของอำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดนครราชสีมา สนธิยา สันทรนัย	107
การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี น้ำผึ้ง โนรีรัตน์	119
การศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนแบบบูรณาการในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านวิถีชุมชนท้องถิ่น มณฑิชา รักศิลป์	135

ความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านปัจเจกบุคคลกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีความ
เสี่ยงของโรกระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน

The relationship of the individual factors and exercise in
the risk of musculoskeletal system and connective tissue disease
in elderly

กุลชญา ลอยหา¹ กชกร เจตินัย^{2*}

Kulchaya Loyha¹ Kotchakorn Jetinai²

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ ²คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

¹Faculty of Public Health, ²Faculty of Industrial Technology

Ubon Ratchathani Rajabhat University

*Corresponding author; E-mail: kotchakorn.j@ubru.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านปัจเจกบุคคล (ความรู้ และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย) กับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงของโรกระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันโดยกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาและทำการสัมภาษณ์ด้วยแบบสัมภาษณ์ที่นักวิจัยได้จัดทำขึ้นมาเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงของโรกระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่อยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 300 รายซึ่งได้ผ่านการประเมินจากแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงของโรกระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำเสนอด้วยค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ สำหรับข้อมูลทั่วไปทางด้านประชากรศาสตร์ Chi-square และสถิติ Pearson correlation

ผลการศึกษาวิจัย พบว่า ตำแหน่งของระบบโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บปวดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 นั้น ได้แก่ บ่า/ไหล่ หลังด้านบน หลังด้านล่าง และเข่า ส่วนปัจจัยทางด้านปัจเจกบุคคลในด้านความรู้ และทัศนคตินั้นพบว่า ความรู้ในระดับปานกลาง และทัศนคติระดับมากมีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับระดับความเจ็บปวดของระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ปัจจัยทางด้านปัจเจกบุคคล, ความรู้, ทัศนคติ, พฤติกรรมการออกกำลังกาย, ผู้สูงอายุ, กลุ่มเสี่ยง, โรกระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน

ABSTRACT

This study is cross-sectional descriptive study. Aim to study the relationship of the individual factors (knowledge and attitudes related to exercise) and appropriate exercise habits of the elderly for at risk of musculoskeletal system and connective tissues diseases. The samples who were risk group of the elderly to conduct interview with the researchers. 300 elderly persons (aged 60 and over) were selected by simple random sampling method from Ubon Ratchathani Province, which has been evaluated by physicians and public health officials is a group of risk for musculoskeletal system and connective tissues diseases. And present the data to analyze and propose it with statistics by frequency, percentage for demographic information. More over, chi-square and pearson correlation for analysis. The results of the study showed that the position of musculoskeletal system and connective tissue are correlated with painful were statistically significant at level 0.05, including the following: shoulders / shoulder back, back, bottom, and knee. The individual factors (knowledge and attitude) has found that the knowledge of the moderate and high level of the degree has an effect on the exercise behavior that is appropriate for the painful level of musculoskeletal system and connective tissues in the elderly who risk group with statistical significance at the level of 0.05

Keywords: Individual factors, Knowledge, Attitude, Exercise behavior, Elderly, Risk group, Musculoskeletal system and connective tissue disease

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี และในขณะที่สังคมปัจจุบันเป็นสังคมแห่งการแข่งขัน ความมั่นคงทางเศรษฐกิจที่ไม่มีแน่นอน ทำให้สภาพการดำเนินชีวิตของคนต้องปรับตัวตามสภาพแวดล้อมและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ กลุ่มคนวัยทำงานต้องออกไปทำงานประกอบอาชีพนอกบ้านมากขึ้น และปล่อยให้ผู้สูงอายุจะอยู่บ้านตามลำพัง ถ้าหากมีความเจ็บป่วยจะเกิดผลเสียต่อผู้สูงอายุได้ และบุคคลในครอบครัวที่จะต้องคอยดูแลเอาใจใส่และให้ความช่วยเหลือ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิต ดังนั้นหากผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองขั้นพื้นฐานได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกาย การได้รับโภชนาการที่เหมาะสม หรือการอยู่ในชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมที่ดี มีสิ่งสนับสนุนที่เอื้อต่อการออกกำลังกาย จะช่วยส่งเสริมให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงวัยดี และสามารถดำรงชีวิตด้วยตนเองได้ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วยระดับเล็กน้อยส่วนหนึ่งจะสามารถช่วยเหลือชีวิตได้เอง โดยเฉพาะกลุ่มโรคของระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน (Diseases of the Musculoskeletal System and Connective Tissue) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่มีผู้เข้ารับการรักษาเป็นลำดับต้น ๆ จากข้อมูลสถิติการเข้าพบแพทย์ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ (Primary Health Care Unit: PCU) ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สถานีอนามัย ทุกแห่งในจังหวัดอุบลราชธานี (ไม่นับรวมโรงพยาบาล) มีการเข้าพบแพทย์ในปีงบประมาณ 2557 และ 2558 จำนวน 307,504 ครั้ง และ 396,543 ครั้ง ตามลำดับ ส่วนในปีงบประมาณ 2559 (ตุลาคม 2558-มีนาคม 2559) มีการเข้าพบแพทย์ 188,674 ครั้ง (ข้อมูลจาก บันทึกกิจกรรมประจำวัน รายงาน 400

ของสถานีนอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี) เป็นสถิติที่มีแนวโน้มสูงขึ้น ซึ่งอาจมีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากการขาดองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพหรือแม้แต่การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการออกกำลังกายประเภทที่เหมาะสมกับอาการของโรค ย่อมจะทำให้เกิดการสูญเสียทั้งรายจ่ายจำนวนมาก และอาจกระทบถึงการสูญเสียอวัยวะบางส่วนจากการปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วยได้ และที่ผ่านมาการพิจารณาปัจจัยทางด้านปัจเจกบุคคลในด้านความรู้และทัศนคติ รวมไปถึงปัจจัยด้านตำแหน่งของอวัยวะระบบโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่ส่งผลต่อการเจ็บปวดในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงนี้ยังไม่ได้มีการยืนยันที่ชัดเจนถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวที่จะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการให้คำแนะนำปรึกษาที่ถูกต้องในหลักการที่ควรจะเป็น ดังนั้นนักวิจัยจึงได้ทำการศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยเหล่านี้ก่อนเพื่อเป็นประโยชน์ในงานทางด้านส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านปัจเจกบุคคลกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงของโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านปัจเจกบุคคลกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงของโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ในเขตพื้นที่เทศบาลนครอุบลราชธานี ระหว่างเดือนมีนาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2561 จำนวน 300 ราย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงของโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ในเขตพื้นที่เทศบาลนครอุบลราชธานี จำนวนประมาณ 1,201 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงของโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ในเขตพื้นที่เทศบาลนครอุบลราชธานี คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร ทาโร ยามาเน่ (Yamane) ดังต่อไปนี้

$$n = N / 1 + Ne^2$$

โดย n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดของประชากร

e = ความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

$$n = 1,201 / 1 + (1,201)0.05^2$$

$$= 1,201 / 4 = 300.25$$

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ จำนวน 300 ราย และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการคัดเลือกจากผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตเทศบาลเมืองนครอุบลราชธานี ที่ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย

(Simple random sampling) โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกเข้าของกลุ่มตัวอย่างจากแบบประเมินความเสี่ยงของโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในผู้สูงอายุโดยแพทย์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารวิชาการ เอกสารงานวิจัย และวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ 1. ข้อมูลทั่วไปทางด้านประชากรศาสตร์ 2. ข้อมูลด้านความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน 3. ข้อมูลด้านทัศนคติต่อการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน 4. ข้อมูลด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัวต่อการออกกำลังกายในผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน และ 5. ข้อมูลด้านลักษณะของตำแหน่งของระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน โดยแบบสอบถามได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ และได้ปรับแก้แบบสอบถามก่อนนำไปทดสอบด้วยการ Try out กับตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ แต่มีลักษณะเหมือนกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบสอบถามในส่วนของการทดสอบความรู้เป็นคำถามแบบเลือกตอบ โดยหาค่า KR-20 ของ Kuder-Richardson (1937: 151-161) ซึ่งนำมาวิเคราะห์แล้ว ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.70 ส่วนแบบสอบถามทั้งฉบับใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach (1990 : 204) [4] โดยได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 (โดยค่าที่เหมาะสมจะอยู่ระหว่าง 0.60-1.00)

การวิเคราะห์ข้อมูล

บรรยายข้อมูลทั่วไปทางด้านประชากรศาสตร์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ร้อยละและความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านปัจเจกบุคคลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงของโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ด้วยสถิติ Chi-square และสถิติ Pearson correlation

ผลการวิจัย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสัดส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงมีความใกล้เคียงกัน โดยคิดเป็นร้อยละ 42.67 และ 58.33 ตามลำดับมีช่วงอายุที่ 60-69 ปี คิดเป็นร้อยละ 56.00 รองลงมาคือช่วงอายุที่ 70-79 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.00 มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 65.67 น้ำหนักตัวส่วนใหญ่อยู่ที่ช่วง 50-59 กิโลกรัม รองลงมาคือ 60-69 กิโลกรัมคิดเป็นร้อยละ 33.67 และ 29.33 ตามลำดับ มีส่วนสูงที่ช่วง 150-159 เซนติเมตร รองลงมาคือช่วง 160-169 เซนติเมตร คิดเป็นร้อยละ 51.00 และ 39.00 ตามลำดับ มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ที่ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 90.33 มีรายได้ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 91.00 และพบว่าตำแหน่งต่างๆที่มีอาการปวด ส่วนใหญ่จะมีระดับอาการปวดที่ระดับน้อย ได้แก่บริเวณคอ คิดเป็นร้อยละ 40.34 ส่วนบ่า/ไหล่ คิดเป็นร้อยละ 35.00 ส่วนข้อศอก คิดเป็นร้อยละ 45.67 ส่วนมือและข้อมือ คิดเป็นร้อยละ 39.67 ส่วนหลังด้านบน คิดเป็นร้อยละ 35.67 ส่วนหลังด้านล่าง คิดเป็นร้อยละ 37.67 ส่วนต้นขา คิดเป็นร้อยละ 41.67 ส่วนเข่า คิดเป็นร้อยละ 43.00 ส่วนข้อเท้า คิดเป็นร้อยละ 46.00 (ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของระดับความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย กับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับระดับความเจ็บปวดของระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่า ความรู้ระดับปานกลาง และทัศนคติระดับดีมาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับ

ระดับความเจ็บปวดของระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 (ดังรายละเอียดตามตารางที่ 3)

สรุปผลการศึกษา

สรุปผลการศึกษานี้ คือความสัมพันธ์ของตำแหน่งที่มีอาการปวด และการบาดเจ็บจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง ในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า บ่า/ไหล่ หลังด้านบน หลังด้านล่าง และเข่า มีความสัมพันธ์กับการบาดเจ็บจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.033, p-value = 0.051, p-value = 0.042, p-value = 0.051 และ p-value = 0.023 ตามลำดับ) และจากการพิจารณาความสัมพันธ์ของระดับความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกายกับพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับระดับความเจ็บปวดของระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่า ความรู้ในระดับปานกลาง และทัศนคติระดับมากมีผลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับระดับความเจ็บปวดของระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ($r = -0.37$ และ -0.42 , p-value = 0.01 และ 0.03 ตามลำดับ)

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ นักวิจัยพยายามสุ่มกลุ่มตัวอย่างของทั้งเพศชายและหญิงให้มีความใกล้เคียงกันเพื่อลด Selection bias ที่อาจจะเกิดขึ้นในงานวิจัย และจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่ผ่านมาเกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันมักศึกษาในกลุ่มคนงานที่ประกอบอาชีพที่มีความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง โดยยังไม่พบการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุมากนัก แต่เมื่อพิจารณาผลการศึกษาที่เกิดขึ้นก็พบว่าตำแหน่งของการเจ็บปวดตามอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพันในผู้สูงอายุนั้นมีความสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มประกอบอาชีพต่างๆที่มีความเสี่ยงฯ ได้แก่ ตำแหน่ง บ่า / ไหล่ หลัง และเข่า ซึ่งส่วนอื่นๆนอกเหนือจากสามตำแหน่งข้างต้นยังพบน้อยมาก

ข้อเสนอแนะ

จัดให้มีโปรแกรมการสร้างเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน รวมไปถึงแนวทางการพัฒนาแอปพลิเคชันแนะนำการออกกำลังกายและอุปกรณ์การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงและป่วยด้วยโรคระบบกล้ามเนื้อโครงร่างและเนื้อเยื่อเกี่ยวพัน ให้กับหน่วยงานที่ให้บริการด้านสาธารณสุข และหน่วยงานบริการในชุมชนต่อไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปทางด้านประชากรศาสตร์ (n=300)

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	125	42.67

ลักษณะข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
หญิง	175	58.33
อายุ (ปี)		
60-69 ปี	168	56.00
70-79 ปี	102	34.00
80-89 ปี	28	9.33
90 ปีขึ้นไป	2	0.67
สถานภาพ		
โสด	7	2.33
คู่	197	65.67
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	96	32.00
น้ำหนักตัว (กิโลกรัม/กก.)		
40-49 กก.	78	26.00
50-59 กก.	101	33.67
60-69 กก.	88	29.33
70 กก.ขึ้นไป	33	11.00
ส่วนสูง (เซนติเมตร/ซม.)		
150-159 ซม.	153	51.00
160-169 ซม.	117	39.00
170-179 ซม.	30	10.00
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	271	90.33
มัธยมศึกษา	19	6.33
อุดมศึกษา	10	3.33
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	273	91.00
5,000-9,999 บาท	16	5.33
10,000-19,999 บาท	7	2.33
สูงกว่า 20,000 บาท	4	1.33

ตารางที่ 2 ค่าสถิติทดสอบไคสแควร์ระหว่างตำแหน่งที่มีอาการปวด และการบาดเจ็บจากความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อและโครงร่าง ในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง (n=300)

ลักษณะตำแหน่งที่มีอาการ ปวด	การบาดเจ็บในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา		p-value
	ไม่มี	มี	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
1.คอ			0.132
ปวดระดับมาก	8(2.67)	7(2.34)	
ปวดระดับปานกลาง	21(7.00)	47(15.67)	
ปวดระดับน้อย	96(32.00)	121(40.34)	
2. บ่า/ไหล่			0.033
ปวดระดับมาก	27(9.00)	18(6.00)	
ปวดระดับปานกลาง	13(4.34)	63(21.00)	
ปวดระดับน้อย	74(24.67)	105(35.00)	
3. ข้อศอก			0.181
ปวดระดับมาก	9(3.00)	5(1.67)	
ปวดระดับปานกลาง	15(5.00)	23(7.67)	
ปวดระดับน้อย	111(37.00)	137(45.67)	
4. มือและข้อมือ			0.274
ปวดระดับมาก	6(2.00)	7(2.34)	
ปวดระดับปานกลาง	24(8.00)	38(12.67)	
ปวดระดับน้อย	106(35.34)	119(39.67)	
5. หลังด้านบน			0.051
ปวดระดับมาก	7(2.34)	9(3.00)	
ปวดระดับปานกลาง	36(12.00)	65(21.67)	
ปวดระดับน้อย	76(25.34)	107(35.67)	
6. หลังด้านล่าง			0.042
ปวดระดับมาก	23(7.67)	15(5.00)	
ปวดระดับปานกลาง	28(9.34)	70(23.34)	
ปวดระดับน้อย	51(17.00)	113(37.67)	
7. ต้นขา			0.067
ปวดระดับมาก	21(7.00)	21(7.00)	
ปวดระดับปานกลาง	33(11.00)	56(18.67)	

ลักษณะตำแหน่งที่มีอาการ ปวด	การบาดเจ็บในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา		p-value
	ไม่มี	มี	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	
ปวดระดับน้อย	44(14.67)	125(41.67)	0.023
8. เข่า			
ปวดระดับมาก	15(5.00)	31(10.34)	
ปวดระดับปานกลาง	22(7.34)	64(21.34)	0.252
ปวดระดับน้อย	39(13.00)	129(43.00)	
9. ข้อเท้า			
ปวดระดับมาก	11(36.67)	11(7.00)	0.252
ปวดระดับปานกลาง	21(7.00)	32(10.67)	
ปวดระดับน้อย	87(29.00)	138(46.00)	

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ของระดับความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย กับพฤติกรรมการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมกับระดับความเจ็บปวดของระบบกล้ามเนื้อและโครงร่างในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง

ระดับความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	r	p-value
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกาย		
ความรู้ระดับสูง	0.19	0.63
ความรู้ระดับปานกลาง	-0.37	0.01*
ความรู้ระดับต่ำ	0.25	0.48
ระดับความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย	r	p-value
ทัศนคติเกี่ยวกับการออกกำลังกาย		
ทัศนคติระดับดีมาก	-0.42	0.03*
ทัศนคติระดับปานกลาง	0.19	0.71
ทัศนคติระดับพอใช้	-0.23	0.34

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณทุนอุดหนุนงานวิจัยจากงบประมาณแผ่นดิน มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี จากทุนวิจัย วช. (สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ)

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2557). **ประชากรผู้สูงอายุไทย: ปัจจุบันและอนาคต**, เอกสาร
ป ร ะ ม ว ล ส ถิ ตี ต้า น สั ง ค ม 1/ 2558, พ ฤ ศ จิ ก า ย น 2 5 5 7.
Online:http://www.dop.go.th/upload/knowledge/knowledge_th_20160106135752_1.pdf.
(สืบค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2559).
- ราชวิทยาลัยทันตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2556). **ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเกือบเต็มตัวแล้ว**.Online:
<http://www.royalthaident.org/dentist/talk/7> (สืบค้นเมื่อ 10 มีนาคม 2559)โครงการมหาวิทยาลัย
วิจัยแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2554-2556.
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). (2553). **การจัดการความรู้และสังเคราะห์ แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบล: แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ**. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพรินต์ติ้งแอนด์พับ
ลิชชิ่ง จำกัด.
- สายฤดี วรกิจโกศาทร ประภาพรรณ จุเจริญ กมลพรรณ พันพิง์ สาวิตรี ทยานศิลป์ และดวงใจ บรรทัด.
(2550). **สวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ใน ปรับแนวคิดร่วมชีวิตผู้สูงวัย: การทบทวนแนวคิดและองค์
ความรู้เบื้องต้นเพื่อพัฒนา คุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ**.
- Cronbach, Lee. J.(1990). *Essentials of Psychology Testing*. 5th ed. New York : Harper Collins
PublishersInc.1990.
- Kuder, Frederic G. and M.W. Richardson. (1937) . “ The Theory of the Estimation of Test
Reliability”,*Psychometrika*. 2(September 1937).
- Yamane, Taro. (1973). *Statistics: An Introductory Analysis*. Third editio. Newyork : Harper and Row
Publication.

**รูปแบบการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องของสตรีอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี**

A Model of Developing breast self-examination Skills, Knowledge, Attitude and correct practice
among female village health volunteers in Mueang District, UbonRatchathani Province.

จินตนา ชินาภา^{1*}, มณฑิชา รักศิลป์², นพรัตน์ ส่งเสริม³

Jintana Cinapas*, Monthicha Ruksin², Nopparat Songserm³

1. นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
2. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
3. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

1. Master Degree of Public Health in Health Promotion Program Graduate
School, UbonRatchathani Rajabhat University.

2. Faculty of Public Health, UbonRatchathani Rajabhat University.

3. Faculty of Public Health, UbonRatchathani Rajabhat University.

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาในสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งเป็นแกนนำที่สำคัญในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษารูปแบบการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี 2) เปรียบเทียบทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีก่อนและหลังกิจกรรม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่าง คือ สตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 44 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม แบบสอบถามการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดมีค่าตั้งแต่ .863 ถึง 0.94 เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสังเกตการณ์ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ การวิเคราะห์หาจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Wilcoxon signed-rank test และ t-test

ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถเพิ่ม ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้

2. หลังได้รับกิจกรรม สตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ามีค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

คำสำคัญ: สตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การตรวจเต้านมด้วยตนเอง, การวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ABSTRACT

The female village health volunteers were important leaders in self-breast examination of women in the community. This research was an action research with the purposes of, firstly, studying the development of self-breast examination skills, knowledge, attitude, and correct practice of female village health volunteers of Mueang District, UbonRatchathani Province. The second purpose was to compare their self-breast examination skills, knowledge, attitude, and correct practice of female village health volunteer of Mueang District, UbonRatchathani Province of both before and after activities. The sample consisted of 44 female village health volunteers. Research instruments consisted of a knowledge test about breast cancer, an attitude test about breast cancer self-breast examination and a practice about self-breast examination with reliability of the test from 0.863 to 0.94. The qualitative instruments were observation, group conversation record, evaluation and in-depth interview. The statistics used for data analysis were analysis of percentage, mean, standard deviation, Wilcoxon signed-rank test, and t-test.

The research findings were as followings :

1. The self-breast examination skills development of the female village health volunteers helped increasing their knowledge, better attitude and correct practice.
2. After the activity, the female village health volunteers found that the mean, knowledge, attitude, and practice of breast self-examination were higher than before receiving the activity with statistically significant ($P < 0.001$).

Keywords: female village health volunteers, self-breast examination, action research

บทนำ

โรคมะเร็งมะเร็งเต้านมเป็นมะเร็งที่พบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งของผู้หญิงไทย และมีอัตราการตายเพิ่มขึ้นทุกปีในปี พ.ศ.2557พบการเสียชีวิตจากมะเร็งเต้านม จำนวน 4,177 คน หรือวันละ 11 คน ซึ่งสาเหตุหนึ่งของการเสียชีวิตอาจเกิดจากขาดการตรวจคัดกรองเพื่อหามะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรก เพราะเมื่อพบว่าเป็นมะเร็งเต้านมก็เจอการเป็นมะเร็งเต้านมระยะสุดท้ายแล้ว ส่งผลต่อการรักษาทำให้ไม่หายและตายได้ หากการตรวจพบมะเร็งเต้านมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกจะทำให้มีโอกาสรักษาหายขาดและรอดชีวิตได้สูงมากกว่า 95 เปอร์เซ็นต์

การตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเองเป็นการคัดกรองมะเร็งเต้านมในระยะเริ่มแรกที่เหมาะสมที่สุดสำหรับประเทศไทย เนื่องจากปลอดภัย สะดวก ไม่เสียค่าใช้จ่ายและทำให้สตรีสนใจดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น และกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้สตรีที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปสามารถตรวจหาความผิดปกติของเต้านมได้อย่างถูกต้องไม่น้อยกว่าร้อยละ 802 แต่การที่สตรีกลุ่มเป้าหมายจะมีความรู้ สามารถตรวจเต้านมด้วยตัวเองได้ถูกต้อง มีประสิทธิภาพได้นั้น บุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ต้องมีการให้ความรู้และกระตุ้นสตรีกลุ่มเป้าหมายให้มีการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตัวเอง แต่เนื่องจากบุคลากรสาธารณสุขมีจำนวนน้อย และมีภาระงานอื่นที่ต้องรับผิดชอบ อาจทำให้บริการไม่ครอบคลุม ดังนั้นสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (สตรี อสม.)จึงเข้ามามีบทบาทที่สำคัญใน

การทำงานร่วมกับบุคลากรสาธารณสุขในการคัดกรอง สอน กระตุ้นและให้สตรีภายในชุมชนมีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เพื่อค้นหาความผิดปกติของเต้านมในระยะเริ่มแรกเพื่อการรักษาที่เร็วขึ้นมีโอกาสหายขาดและรอดชีวิตได้สูง แต่หากสตรี อสม.มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมไม่เพียงพอ หรือมีทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมไม่ดีพอ หรือมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ถูกต้อง อาจทำให้สตรีในชุมชนเสียโอกาสทางการรักษาได้ จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงทำให้ผู้วิจัยสนใจได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้ ทัศนคติของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องของสตรีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องของสตรีอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานีก่อนและหลังกิจกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบเชิงปฏิบัติการ ใช้ 1 วงรอบ มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นการวางแผน (Planning) ศึกษาพื้นที่และบทบาทของอสม.ในพื้นที่วิจัย ประเมินทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม ทัศนคติของสตรีอสม. ประชุมภาคีเครือข่ายสร้างความรู้และความเข้าใจถึงสภาพปัญหาของสตรีอสม. ระดมสมองร่วมกันเพื่อกำหนดแนวทางและจัดทำแผนในการพัฒนา

ขั้นการปฏิบัติการ (Action) ดำเนินกิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม กิจกรรมสาธิตและฝึกการตรวจเต้านมด้วยหุ่นเต้านมจำลอง กิจกรรมฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังกิจกรรม 1 สัปดาห์ฝึกทบทวนการตรวจเต้านมด้วยตนเอง กิจกรรมคัดเลือกผู้นำสตรีอสม.ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จัดทำคู่มือตรวจเต้านมด้วยตนเองและแบบบันทึกการตรวจเต้านมประจำปี

ขั้นสังเกต (Observation) เป็นการสังเกตผลการปฏิบัติการที่ได้จากการลงมือจัดกิจกรรม

ขั้นสะท้อนผล (Reflection) จัดประชุมถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงานคืนข้อมูลให้ชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้จากการสุ่มพื้นที่ในการทำวิจัย โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยวิธีการจับสลากตามขั้นตอนดังนี้

การสุ่มหาพื้นที่ครั้งที่ 1 ได้ทำการจับสลากจากจำนวน 12 ตำบลของเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ได้แก่ ตำบลกระโสม ตำบลขามใหญ่ ตำบลปากน้ำ ตำบลกุดลาด ตำบลชีเหล็ก ตำบลแจระแม ตำบลปะอาว ตำบลในเมือง ตำบลไร่น้อย ตำบลหนองซอน ตำบลหนองบ่อ ตำบลหัวเรือ และพื้นที่ที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายคือ ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

การสุ่มหาพื้นที่ครั้งที่ 2 ได้ทำการจับสลากจากจำนวน 11 หมู่บ้านของตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ได้พื้นที่จากการสุ่มอย่างง่ายคือ บ้านท่าบ่อ หมู่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากร

คือ สตรี อสม. ที่มีภูมิลำเนาอาศัยในบ้านท่าบ่อ หมู่ 2 ตำบลแจระแม อำเภอ เมือง จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 50 คน

กลุ่มตัวอย่าง

คือ สตรีอสม.บ้านท่าบ่อ หมู่2 ตำบลแจระแม อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้สูตร Yamane ได้จำนวน 44 คน

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เอกสารรับรองเลขที่ SSJ.UB 2163-050 กลุ่มตัวอย่างได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยและเป็นผู้ตัดสินใจหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับและนำไปใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้สำหรับสังเกตและจดบันทึกประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้ 1) แบบสังเกตการณ์ 2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 3) แบบบันทึกการประเมินผล 4) การสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นแบบตรวจสอบรายการ(Check list) ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปจำนวน 9 ข้อ ส่วนที่2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมจำนวน15ข้อ มีการประเมินค่า 2 ระดับ ส่วนที่3 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมจำนวน10ข้อ มีการประเมินค่า 3 ระดับ ส่วนที่4 การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองจำนวน15ข้อ มีการประเมินค่า 3 ระดับ ส่วนที่5 แบบประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจำนวน 20ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็น rating scale มี 3 ระดับ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าCVI เท่ากับ 1.0 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับกลุ่มไม่ใช่งานวิจัย จำนวน 20 คน นำมาหาค่าความเชื่อมั่น Reliability ได้ดังนี้ โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมใช้ KR 21ค่าเท่ากับ 0.863 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา มีค่าเท่ากับ 0.939 0.919 และ 0.942 ตามลำดับ

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมจากกลุ่มตัวอย่าง 44 คน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่าทางสถิติและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือน กุมภาพันธ์ – เมษายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิเคราะห์ข้อมูลการสัมภาษณ์ โดยการจัดหมวดหมู่ การจัดลำดับความสำคัญ การวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งข้อมูลบางอย่างทำการวิเคราะห์/ สังเคราะห์ระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา อธิบายข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ใช้สถิติ paired samples T test เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยความรู้ การปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และสถิติ Wilcoxon signed-rank test เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยทัศนคติ

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษารูปแบบการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติที่ถูกต้องของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของชุมชน พบว่าชุมชนมีลักษณะกึ่งเมืองและชนบท อยู่ห่างจากตัวเมืองประมาณ 6 กิโลเมตร จากการขยายตัวทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างรวดเร็วทำให้ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนเริ่มเปลี่ยนแปลงไป มีการย้ายเข้ามาของประชากรแฝง ประชากรวัยแรงงานส่วนมากทำงานประจำ หรือรับจ้าง ทำให้ไม่มีเวลาให้ความสนใจในสุขภาพร่างกายของตนเอง

1.2 ข้อมูลทั่วไปของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 36.4) อายุเฉลี่ย 53.0 ปี (S.D.=10.6) มีสถานภาพสมรส(ร้อยละ 63.7) การศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 34.1) ส่วนใหญ่มีอาชีพแม่บ้าน(ร้อยละ 40.9) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 4,743.2 บาท ระยะเวลาเป็นอาสาสมัครน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี (ร้อยละ 68.1) ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เรื่องการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง (ร้อยละ 95.5) แหล่งความรู้เกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองจากแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 44.0) เมื่อต้องการได้รับข้อมูลเรื่องมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่สอบถามจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 30.0) เคยได้รับการอบรมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง (ร้อยละ 90.9) ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก (ร้อยละ 90.0) และใช้เวลาอบรม 1 วัน และก่อนการทดลอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.3) มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 63.3) มีระดับการปฏิบัติในการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 56.8) และภาคีเครือข่ายในชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมอยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 50.0) โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 36.17 (S.D.=11.38) การศึกษานี้ใช้ 1 วงรอบในการศึกษา ผลการศึกษา

1. ขั้นวางแผน (Planning) ผู้วิจัยได้ดำเนินการจัดประชุมประชาคม จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบปัญหาและอุปสรรคในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัคร คือการมีความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมที่คลาดเคลื่อน การปฏิบัติในการตรวจเต้านมไม่ดีพอ และไม่มีความสม่ำเสมอในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง จึงทำให้ไม่สามารถนำความรู้ไปถ่ายทอดให้สตรีในชุมชนได้ ที่ประชุมจึงสรุปประเด็นการพัฒนาสตรีอาสาสมัครในด้านความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ด้านความมั่นใจในการตรวจเต้านมด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องและด้านความสม่ำเสมอในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ดังนั้นที่ประชุมจึงได้กำหนดกิจกรรมในการพัฒนา ประกอบด้วย การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านม การสาธิตและฝึกตรวจเต้านมโดยใช้หุ่นจำลองเต้านม การฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การเลือกสตรีอาสาสมัครที่มีความเป็นผู้นำในการตรวจมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง การสร้างคู่มือตรวจเต้านมด้วยตนเองและแบบบันทึกการตรวจเต้านมประจำปี

2. ขั้นการปฏิบัติ (Action) ดำเนินกิจกรรมการพัฒนาตามแผนที่วางไว้ ได้แก่กิจกรรมการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก กิจกรรมสาธิตและฝึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองโดยใช้หุ่นจำลองเต้านม กิจกรรมการฝึกปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันพร้อมเสนอแนวทางในการแก้ปัญหาต่อไปหลังจากการอบรม 1 สัปดาห์ มีกิจกรรมทบทวนฝึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองในกลุ่มสตรีอาสาสมัคร กิจกรรมโหวตผู้นำในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอาสาสมัครเพื่อทำหน้าที่ให้คำแนะนำการตรวจเต้านมด้วยตนเองและคอยกระตุ้นให้สตรีในชุมชนได้มีการตรวจเต้านมด้วยตนเอง

นมด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน จากนั้นมีการสร้างคู่มือและแบบบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองประจำปี แจกให้กับสตรีอสม.ทุกคนเพื่อใช้เป็นแนวทางการตรวจเต้านมด้วยตนเองอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอทุกเดือน

3. ขั้นการสังเกต (Observation) ช่วงจัดอบรมพบว่า สตรีอสม.มีการแสดงความคิดเห็นทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกิดขึ้น และได้ฝึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองจนเกิดความมั่นใจ มีการไหวทหาผู้นำในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ช่วยกันจัดทำคู่มือการตรวจเต้านม และแบบบันทึกการตรวจเต้านมประจำปีจนเสร็จสิ้น

4. ขั้นการสะท้อนผล (Reflection) หลังกิจกรรมพัฒนาผู้เข้าอบรมทุกคน มีระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม ทักษะคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านม และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ตลอดจนสามารถนำความรู้ไปแนะนำชาวบ้านที่ตนเองดูแลรับผิดชอบได้

2. การเปรียบเทียบทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้ ทักษะคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องของสตรี อสม.ก่อนกิจกรรมและหลังกิจกรรม

2.1 การเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของสตรี อสม.ก่อนกิจกรรมและหลังกิจกรรม

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่างสตรี อสม.ก่อนกิจกรรมและหลังกิจกรรม

ความรู้เกี่ยวกับ มะเร็งเต้านม	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>S.D.</i>	<i>Mean Differenc</i>	<i>t</i>	<i>95%CI</i>	<i>P</i>
ก่อนกิจกรรม	44	9.32	1.91	2.795	18.509	2.49 -	<0.001
หลังกิจกรรม	44	12.11	1.62				

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของสตรีอสม.หลังกิจกรรม พบว่าภาพรวมความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของสตรีอสม.อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.11 (S.D.=1.62) ก่อนกิจกรรมสตรีอสม.มีความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.32 (S.D.= 1.91) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001

2.2 การเปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของสตรี อสม.ก่อนกิจกรรมและหลังกิจกรรม

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของกลุ่มตัวอย่างสตรีอสม. ก่อนกิจกรรมและหลังกิจกรรม

ทัศนคติเกี่ยวกับ โรคมะเร็งเต้านม	<i>n</i>	$\bar{x}$	<i>S.D.</i>	<i>Mean Differenc</i>	<i>Z*</i>	<i>P</i>
ก่อนกิจกรรม	44	25.25	3.15	4.705	-5.788	<0.001
หลังกิจกรรม	44	29.95	0.21			

* มีนัยสำคัญทางสถิติจาก Wilcoxon Signed - Rank Test

จากตารางที่ 2 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของสตรีอสม.หลังกิจกรรม พบว่าภาพรวมทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของสตรีอสม.อยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.95 (S.D.= 0.21) ก่อน

กิจกรรมสตรีอสม.มีทัศนคติเกี่ยวกับมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.25(S.D.= 3.15) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ<0.001

2.3 การเปรียบเทียบการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอสม. ก่อนกิจกรรมและหลังกิจกรรม

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี อสม. ก่อนกิจกรรมและหลังกิจกรรม

ปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเอง	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t	95%CI	P
ก่อนกิจกรรม	44	17.34	4.04	9.545	12.548	8.01-11.08	<0.001
หลังกิจกรรม	44	26.89	1.88				

จากตารางที่ 3 คะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอสม. หลังกิจกรรม พบว่าภาพรวมการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอสม.อยู่ในระดับมาก โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.89 (S.D.=1.88) ก่อนกิจกรรมสตรีอสม.มีคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ17.34(S.D.= 4.04)ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001

2.4 เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชนในการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมของสตรีอสม.

ตารางที่ 4 ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชนในการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมของสตรีอสม. ก่อนกิจกรรมและหลังกิจกรรม (n=12)

ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย	n	$\bar{x}$	S.D.	Mean Difference	t	95%CI	P
ก่อนกิจกรรม	12	36.17	11.38	16.750	4.729	8.95 - 24.55	<0.001
หลังกิจกรรม	12	52.92	4.03				

ผลจากการวิเคราะห์ คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน หลังกิจกรรม พบว่าภาพรวมการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.92 (S.D.= 4.03) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4 แสดงว่าหลังจากที่ภาคีเครือข่ายเข้าร่วมและมีบทบาทในการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมของสตรีอสม.ทำให้เกิดความร่วมมือภายในชุมชนเพิ่มมากขึ้น

การอภิปรายผล

จากการศึกษารูปแบบการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถนำมาอธิบายตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องของ สตรี อสม.เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า

สตรีอสม.ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 50-59 ปี (ร้อยละ 36.4) ประสบการณ์การเป็น อสม.น้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 68.1) มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา(ร้อยละ 34.1) และเคยได้รับการฝึกอบรมการตรวจเต้านม แต่พบว่าส่วนใหญ่มีการตรวจเต้านมด้วยตนเองไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สาเหตุอาจเนื่องจากขาดความรู้เรื่อง โรคมะเร็งเต้านม ขาดทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และประโยชน์ที่ได้จากการตรวจเต้านมด้วยตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ พัทยา ภัคจิรสกุลและคณะ(2560) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมมีผลต่อการตรวจ เต้านม โดยยังมีความรู้ที่ถูกต้องจะทำให้สตรีตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับ ชมภูษ พบประเสริฐ และ คณะ (2560) พบว่า ทักษะและความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์เกี่ยวกับทักษะการตรวจเต้านม ด้วยตนเอง โดยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระดับทักษะและความรู้ต่ำ ตรวจเต้านมด้วยตนเองถูกต่อน้อย กว่าร้อยละ 25 จากการวิจัยนี้พบว่า ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับทักษะการตรวจเต้านม ความรู้ ทักษะและการ ปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของ สตรีอสม.อาจมาจากการอบรมให้ความรู้ที่ไม่ต่อเนื่อง จึงทำให้สตรีอสม.มี ความรู้โรคมะเร็งเต้านมที่คลาดเคลื่อน ทำให้ขาดความตระหนักในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง และการตรวจเต้านม เมื่อได้รับความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและได้รับการฝึกตรวจเต้านมด้วยตนเอง จึงมีผลทำให้สตรีอสม.เกิดความมั่นใจ และมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าสามารถตรวจเต้านมด้วยตนเองได้ จะส่งผลให้มีการปฏิบัติที่ต่อเนื่องจนเกิดความ ชำนาญ

2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติที่ถูกต้องของ สตรีอสม.เขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ก่อนและหลังกิจกรรม ผลการศึกษาพบว่า

2.1 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมของสตรีอสม. ก่อนการได้รับกิจกรรมสตรีอสม.มี ระดับความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 52.3) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.32(S.D.=1.91) หลังจากได้รับกิจกรรมมีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง(ร้อยละ 63.6) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.11(S.D.=1.62) เมื่อ เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังกิจกรรม พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ($P < 0.001$) โดยแตกต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.795 จากผลการวิจัยแสดงว่าการพัฒนาทำให้สตรีอสม.มี ความรู้เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาพุทธา เจือจันทิก (2557) พบว่า ผลการประเมิน ความรู้เรื่องโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองหลังได้รับกิจกรรม สตรีส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ เกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง(ร้อยละ 85) เช่นเดียวกับวราพร วิริยะอลงกรณ์และคณะ(2558) พบว่าหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและ การตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

2.2 เปรียบเทียบระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมของสตรี อสม.ก่อนการได้รับกิจกรรม สตรีอสม.มีระดับทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมอยู่ในระดับมาก(ร้อยละ 63.6) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 25.25 (S.D.= 3.15) หลังจากได้รับกิจกรรมมีระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูง(ร้อยละ 100.0) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.95 (S.D.= 0.21) หลังจากได้รับกิจกรรมมีระดับทัศนคติอยู่ในระดับสูง(ร้อยละ 100.0) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 29.95 (S.D.= 0.21)เมื่อ เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังกิจกรรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ($P < 0.001$) โดยแตกต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.705 จากผลการวิจัยแสดงว่า การพัฒนาทำให้สตรีอสม. มี ทัศนคติเกี่ยวกับโรคมะเร็งเต้านมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาวราพร วิริยะอลงกรณ์และคณะ(2558) พบว่าหลัง การทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติเท่ากับ 61.1(S.D.= 5.7) สูงกว่าก่อนการทดลองมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) คล้ายกันกับจันทร์จิรา สีสว่างและปาณิสรา ส่งวัฒนาฤทธิ์(2556) พบว่าหลังได้รับกิจกรรมสตรีมีทัศนคติ

ต่อโรคเมร็งเร้งด้านมสูงขึ้นมากกว่าก่อนได้รับกิจกรรม ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.026$)

2.3 เปรียบเทียบระดับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรีอสม. ก่อนการได้รับกิจกรรม สตรีอสม.มีระดับการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองอยู่ในระดับต่ำ(ร้อยละ 56.8) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 17.34(S.D.= 4.04) หลังจากได้รับกิจกรรมมีระดับความรู้เกี่ยวกับเมร็งเร้งด้านมอยู่ในระดับสูง(ร้อยละ 90.9) คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.89 (S.D.= 1.88) เมื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังได้รับกิจกรรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.001$) โดยแตกต่างค่าเฉลี่ยเท่ากับ 9.545 จากผลการวิจัยแสดงว่า การพัฒนาทำให้สตรีกลุ่มเป้าหมายมีปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้น คล้ายกับการศึกษาของวิภาพร สิทธิสาตร์ และนิดา มีทิพย์(2561) พบว่าหลังจากได้รับกิจกรรมสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ถูกต้องมากกว่าก่อนได้รับกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.001$) คล้ายกับเรวดี เพชรศิราสัมพันธ์ และนัยนา หนูนิล (2553) พบว่าหลังการได้รับกิจกรรมสตรีวัยผู้ใหญ่มีการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($P < 0.001$) จากการศึกษาการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองที่ดีขึ้นนั้น น่าจะเป็นผลมาจากการได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเมร็งเร้งด้านม ทำให้เกิดทัศนคติในทางบวกกับการตรวจเต้านมด้วยตนเอง การได้รับการฝึกตรวจกับหุ่นจำลองเต้านม การรับฟังคำแนะนำระหว่างการฝึกปฏิบัติช่วยเพิ่มความมั่นใจให้กับสตรีอสม.มากขึ้น หากมีข้อสงสัยสามารถนำสมุดคู่มือที่สร้างขึ้นมาทบทวนเนื้อหา รวมไปถึงการใช้สมุดบันทึกการตรวจเต้านมด้วยตนเองรายปี

ผลจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า รูปแบบการพัฒนาโดยการเข้ามามีส่วนร่วมของกลุ่มภาคีเครือข่าย เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกัน ทำให้กลุ่มภาคีเครือข่ายให้ความสำคัญกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับสตรีอสม. ได้ร่วมคิด วิเคราะห์ จัดทำแผน และขึ้นการปฏิบัติ จนเกิดเป็นแนวทางการพัฒนาและสามารถนำแผนที่จัดทำไว้ไปปฏิบัติจนบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้

สรุปผลการวิจัย

1. รูปแบบการพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สามารถเพิ่ม ความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้

2. หลังได้รับกิจกรรม สตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พบว่ามีค่าเฉลี่ยความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติการตรวจเต้านมด้วยตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนได้รับกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. นำไปประยุกต์ใช้สำหรับสตรีอสม.ในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เขตพื้นที่ชุมชนอื่นได้ โดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม

2. ควรจัดให้สตรีอสม.ได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างสมาชิกด้วยกันเองอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการติดตามผลการตรวจเต้านมด้วยตัวเองและทำให้สามารถนำไปใช้ในการสอนให้ความรู้กับสตรีในชุมชนได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมของ สตรี อสม.เพื่อใช้ในการจัดโครงการ กิจกรรมในการแก้ปัญหาให้กับสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำปรึกษาคำแนะนำและตรวจสอบแก้ไข ข้อบกพร่องที่เป็นประโยชน์ตั้งแต่เริ่มต้นจนสำเร็จได้ด้วยดีและขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแกและสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน บ้านท่าบ่อหมุ่ 2 ตำบล แจระแม อำเภอมือง จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดีจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). คู่มือการอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแล และเฝ้าระวังสตรีไทยจากมะเร็งเต้านม. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: อาร์ตควอลิไฟท์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). นิยามตัวชี้วัด Service plan สาขามะเร็ง ปรับปรุงในปี พ.ศ.2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 8 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก : http://www.mhso.moph.go.th/mhs/images/kpi_ca_10072558.pdf
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แนวทางการตรวจคัดกรองวินิจฉัยและการ รักษาโรคมะเร็งเต้านมในปี พ.ศ.2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 8 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก : <http://www.nci.go.th/th/index1.html>.
- วีระยุทธ์ ขาตะกาญจน์. (2558). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ. วารสารราชภัฏสุราษฎร์ธานี 2558;2:29-49.
- พัชยา ภักดิ์สุกุล. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของหญิงไทยในจังหวัดลำปาง (วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.กรุงเทพฯ.
- ชมภูษ พบประเสริฐ, เพ็ญศรี กองสัมฤทธิ์ และปิ่นทาร์ย์ หิรัญย์สิริ. (2560). ความเสี่ยงมะเร็งเต้านมความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนในการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี : กรณีศึกษาจังหวัดจันทบุรี. วารสาร Mahidol R2R e-Journal ปี2560;2:123-135.
- พุดทา เจือจันทิก. (2557). การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น
- วรพร วิริยะอลกรณ์ และคณะ. (2558). ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อความรู้ เจตคติ และความถูกต้องในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ของสตรีอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง. วารสารธรรมศาสตร์เวชสาร 2558;2
- จันทร์จิรา สีสว่าง, ปาณิสรา ส่งวัฒนายุทธ. (2556). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อความรู้ ทักษะและการตรวจเต้านมด้วยตนเองของสตรี. วารสารพยาบาลทหารบก 2556;1:17-24
- วิภาพร สิทธิศาสตร์ และนิดา มีทิพย์. (มปป.). ประสิทธิภาพของโปรแกรมการอบรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองต่อ ความรู้ เจตคติ และทักษะการตรวจเต้านมด้วยตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขในจังหวัดพิษณุโลก [อินเทอร์เน็ต]. 2561[เข้าถึงเมื่อ 9 เมษายน 2563] เข้าถึงได้จาก :

https://administer.pi.ac.th/uploads/erearcher/upload_doc/2018/integration/1517279807263242002797.pdf

เรวดี เพชรศิราสน์ และนัยนา หนูนิล. (2553). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเองสำหรับสตรีวัยผู้ใหญ่. ราชบัณฑิตยบาลสาร 2553; 54-69.

วรรณิ ศักดิ์ศิริ. (2557). การศึกษาความรู้ เจตคติเกี่ยวกับการตรวจเต้านมด้วยตนเองสตรีอายุ 30 ปีขึ้นไปในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านดอนคา. นครศรีธรรมราช: รายงานการวิจัยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนคา. 2557

การศึกษาระบาดวิทยาทางสังคมกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในเขตอีสานตอนล่าง:

ด้วยรูปแบบ A community-based case-control study

Social Epidemiology for Breast cancer: A community-based case-control study in Northeastern Region

ปิยะนุช คันสร¹ กุลชญา ลอยหา^{2*} เด่นดวงดี ศรีสุระ³

Piyanutch Kansorn¹ Kulchaya Loyha^{2*} Dendungdee Srisura³

¹บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

^{2,3}คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

¹Graduate school, Ubon Ratchathani Rajabhat University

^{2,3}Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

*Corresponding author; E-mail: Kulchaya.l@ubru.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางระบาดวิทยาทางสังคมกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของสตรีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง โดยใช้รูปแบบการศึกษาแบบ A community-based case-control study ในผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านมในพื้นที่อีสานตอนล่าง โดยใช้ประชากรที่มารับการรักษาในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 116 คน แบ่งเป็นกลุ่ม Cases 58 คน และกลุ่ม Control 58 คน ซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ในส่วนของข้อมูลทางด้านประชากรศาสตร์ และใช้สถิติ Logistic regression เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงและทำนายความเสี่ยงของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม

ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดมะเร็งเต้านมนั้นประกอบไปด้วย 6 ปัจจัยคือ การได้รับยาคุมกำเนิดหรือยาฉีดคุมกำเนิด (Adjust OR: 6.68; 95%CI: 1.29-41.54) ประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติพี่น้อง (Adjust OR: 6.46; 95%CI: 1.32-43.14) ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์ (Adjust OR: 10.38; 95%CI: 6.19-48.16) การรับรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมตนเอง (Adjust OR: 13.89; 95%CI: 8.22-33.57) และการรับรู้ทางวัฒนธรรมกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (ความเชื่อในท้องถิ่น) (Adjust OR: 13.02; 95%CI: 5.12-29.38)

คำสำคัญ: โรคมะเร็งเต้านม ระบาดวิทยาทางสังคม รูปแบบการศึกษาแบบ Case-control Community-base ปัจจัยเสี่ยง

ABSTRACT

This research aimed to study the relationship between social epidemiological factors and Breast cancer among women in the lower northeastern region. By using a community-based case-control study in breast cancer patients in the lower northeastern region. The population in the area of Ubon Ratchathani Province was represented by a sample of 116 people, divided into 58 cases and 58 control groups, which used the interview form as a tool for data collection. were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum for demographic data and use Logistic regression to analyze risk factors and predict the risk of breast cancer.

The research found that risk factors affecting breast cancer consist of 6 factors: which are receiving contraceptive pills or contraceptive Injections (Adjust OR: 6.68; 95% CI: 1.29-41.54), cancer history of relatives (Adjust OR: 6.46; 95% CI: 1.32-43.14), alcohol drinking history (Adjust OR: 10.38; 95% CI: 6.19-48.16), awareness and awareness of the importance of self breast examination (Adjust OR: 13.89; 95% CI: 8.22-33.57) and reception cultural awareness and occurrence of breast cancer (Local beliefs) (Adjust OR: 13.02; 95% CI: 5.12-29.38).

Keywords: Breast cancer, Social epidemiology, Case-control study, Community-base model, Risk factors

บทนำ

โรคมะเร็งเต้านม (Breast cancer) เป็นโรคมะเร็งในสตรีที่ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสุขภาพของสตรีทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย โดยพบว่ามะเร็งเต้านม เป็นโรคที่อยู่ในอันดับที่ 1 ของโรคมะเร็งทั้งหมดในภาพรวมของประเทศ และเป็นอันดับที่ 1 ของมะเร็งในสตรีไทยซึ่งมีอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 26.4 ASR (Word)* นอกจากนั้นมะเร็งเต้านม ก็ยังเป็นอันดับ 1 ของมะเร็งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งในส่วนของจังหวัดอุบลราชธานีพบอัตราการเสียชีวิตเท่ากับ 18.8 ASR (Word) โดยผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมนี้ ส่วนใหญ่เป็นสตรีที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และพบมากที่สุดที่ช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยประเภทของเซลล์ที่พบว่าเป็นมะเร็งเต้านม ส่วนใหญ่เป็นเซลล์ประเภท Duct carcinoma insitu (เป็นมะเร็งที่เกิดที่ท่อน้ำนม และยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังส่วนอื่น) จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา สันนิษฐานว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดมะเร็งเต้านมคือ ภาวะการมีบุตรยากหรือไม่มีบุตร การเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนช้า การเริ่มมีประจำเดือนมาตั้งแต่อายุน้อย การมีประวัติโรคเกี่ยวกับเต้านม การมีประวัติครอบครัวเป็นมะเร็งเต้านม การใช้ยาคุมกำเนิดหรือฮอร์โมนทดแทนมาเป็นเวลามากกว่า 10 ปี และแม้กระทั่งผลกระทบจากการได้รับรังสีบางประเภท ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้เป็นเพียงข้อสันนิษฐานเบื้องต้นเพราะพยาธิสภาพที่แท้จริงของมะเร็งเต้านมไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคหากเกิดจากพฤติกรรมทางด้านสุขภาพและลักษณะทางพันธุกรรมบางประการ [3] ซึ่งที่ผ่านมาปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้ล้วนได้มาจากการศึกษาทางระบาดวิทยาเป็นหลัก และ ณ เวลานี้เรากำลังหาคำตอบและเข้าใจธรรมชาติการเกิดโรคของทั้งโรคมะเร็งเต้านมพอสมควร แต่สิ่งที่เรายังขาดคือ บริบทต่างๆทางสังคมที่อาจเป็นต้นเหตุที่สำคัญก่อนที่จะมาถึงปัจจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ซึ่งบริบทที่เรากล่าวถึงนี้สามารถพิจารณาได้จากระบาดวิทยา

ทางสังคม ซึ่งเป็นศาสตร์ที่สามารถอธิบายบริบทต่างๆที่จะเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านมนี้ได้ ซึ่งระบาดวิทยาสังคมได้เคยทำการศึกษาในการเกิดโรคมะเร็งชนิดอื่นโดยเฉพาะในต่างประเทศ [4] แต่ยังไม่มีการศึกษาระบาดวิทยาสังคมของโรคมะเร็งเต้านมในประเทศไทย (พิจารณาในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา) โดยเฉพาะลักษณะทางความเชื่อและพฤติกรรมที่ดูความสัมพันธ์ในเชิงระบาดวิทยาดังนั้นการศึกษครั้งนี้ นักวิจัยจึงมีจุดมุ่งหมายในการศึกษาบริบทต่างๆจากการวิเคราะห์ตามแนวทางระบาดวิทยาสังคม กับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม อันจะนำไปสู่แนวทางการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพเรื่องโรคมะเร็งเต้านมให้กับประชาชนต่อไป

หมายเหตุ: ASR (Word); Age standardized rate หมายถึง ผลคูณสะสมของอัตราเฉพาะกลุ่มอายุและการกระจายตามอายุของประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางระบาดวิทยาสังคมกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านมของสตรีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบ Community-based case-control study ซึ่งเป็นรูปแบบการวิจัยที่ศึกษาจากผู้ป่วยที่เป็นโรคแล้ว และเก็บข้อมูลจากชุมชนในลักษณะไปข้างหน้าเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคที่สนใจ โดยการจำลองเหตุการณ์ที่เคยเกิดขึ้นในอดีตด้วยการสัมภาษณ์ย้อนหลังจากแบบสัมภาษณ์ และใช้กลุ่มตัวอย่างจากฐานข้อมูล Community-based โดยอิงหลักอาศัยกับข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานีที่ได้เชื่อมโยงกับโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรในการศึกษานี้ครั้งนี้เป็น ประชากรผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม (C50; International Classification of Diseases for Oncology, third edition, 2000) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม ด้วยผลทาง histological ในปี พ.ศ. 2561-2562 จากโรงพยาบาลประจำจังหวัดของจังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาในพื้นที่ของชุมชนที่ผู้ป่วยได้อาศัยอยู่ (เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล) เนื่องจากหลายการศึกษาที่เคยทำการศึกษาในลักษณะ Hospital-base จะมีข้อจำกัดในเรื่องความสามารถในการตอบคำถามของผู้ป่วย นักวิจัยจึงใช้ฐานข้อมูลจากทางสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เพื่อติดต่อประสานงานในการเก็บแบบสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง

กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ครั้งนี้เป็น กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งเต้านม (C50; International Classification of Diseases for Oncology, third edition, 2000) [5] เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันว่าเป็นโรคมะเร็งเต้านม ด้วยผลทาง histological ในปี พ.ศ. 2561-2562 ในพื้นที่ภาคอีสาน โดยใช้ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่เชื่อมโยงข้อมูลกับผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์จังหวัดอุบลราชธานีที่ถือว่าเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลในพื้นที่การศึกษา คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร Sample size and

power for pair – matched studies ; Sample size for each pair in a matched case-control study [6]
ดังต่อไปนี้

$$m = \frac{[Z_{\alpha} / 2 + Z_{\beta} \sqrt{P(1-P)}]^2}{(P - 1/2)^2}$$

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ จำนวน 116 คน (Cases 58 คน และ Controls 58 คน) และทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดย ในกลุ่ม Cases เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งเต้านม ที่เป็นผู้ป่วยรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2561 ถึง 2562 จากผู้ป่วยในชุมชนที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี จากฐานข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งถือเป็นตัวแทนของคนไข้ในพื้นที่อีสานตอนล่าง โดยที่ เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยยืนยันด้วยผล histological จากแพทย์เรียบร้อยแล้ว เป็นจำนวน 58 คน และเป็นผู้ที่มีพำนักรักษาอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างน้อย 5 ปี ก่อนเวลาที่ทำการศึกษาวินิจฉัย และกลุ่ม Controls เป็นผู้ป่วยโรคอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคมะเร็งทุกชนิด และโรคทางนรีเวชอื่นๆ และเป็นผู้ที่มีคุณลักษณะต่อไปนี้เหมือนกันกับ Cases ได้แก่ เพศ, อายุ (± 3 ปี) สถานที่เกิด และโรงพยาบาลที่มารับการรักษา (Individual matched) เป็นจำนวน 58 คน และเป็นผู้ที่มีพำนักรักษาอาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ อย่างน้อย 5 ปีก่อน เวลาที่ทำการศึกษาวินิจฉัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารวิชาการ เอกสารงานวิจัย และวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีทั้งหมด 6 ส่วน ได้แก่ 1. ข้อมูลทั่วไปทางด้านประชากรศาสตร์ 2. Socio-demographic data ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา อาชีพ สถานะภาพสมรส เชื้อชาติ ศาสนา สถานที่เกิด ประวัติการเจ็บป่วยและประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและมะเร็งเต้านม และประวัติการเป็นโรคมะเร็งเต้านมของเครือญาติ 3. Synthesis of social issues for Breast cancer data เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นทางสังคมกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (Life style ในการดำเนินชีวิต) 4. Observations on people and problems for Breast cancer data เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (การรับรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมตนเอง) 5. Collect data with cultural awareness for Breast cancer data เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ทางวัฒนธรรมกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (ความเชื่อในท้องถิ่น) 6. Empirical data using epidemiology triangle for Breast cancer data เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามเหลี่ยมระบาดวิทยากับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (ความรู้/ความเข้าใจถึงธรรมชาติการเกิดโรค) โดยแบบสัมภาษณ์ได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ และได้ปรับแก้แบบสัมภาษณ์ก่อนนำไปทดสอบด้วยการ Try out กับตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ แต่มีลักษณะเหมือนกับตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบสัมภาษณ์ในส่วนของแบบทดสอบความรู้ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ โดยหาค่า KR-20 ของ Kuder-Richardson (1937: 151-161) ซึ่งนำมาวิเคราะห์แล้ว ได้ค่า KR-

20 เท่ากับ 0.79 ส่วนแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach (1990 : 204) โดยได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90 (โดยค่าที่เหมาะสมจะอยู่ระหว่าง 0.60-1.00)

การวิเคราะห์ข้อมูล

บรรยายข้อมูลทั่วไปทางด้านประชากรศาสตร์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยทางด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม ด้วยสถิติ Logistic Regression

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่ม Cases และ Controls ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยที่ 51.42 (10.15) ปี และ 52.16 (10.37) ปี ตามลำดับ โดยมีอายุต่ำสุดอยู่ที่ 53 ปี และ 54 ปี ตามลำดับ โดยประกอบอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรกรรม และรองลงมาคือค้าขาย และแม่บ้าน คิดเป็นร้อยละ 50.0, 20.7 และ 17.2 ตามลำดับในกลุ่ม Cases และร้อยละ 36.2, 19.0 และ 25.9 ตามลำดับในกลุ่ม Controls มีระดับการศึกษาส่วนใหญ่เป็นรับประถมศึกษาตอนปลาย รองลงมาคือมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 44.8 และ 31.0 ตามลำดับในกลุ่ม Cases และร้อยละ 25.9 และ 19.0 ตามลำดับในกลุ่ม Controls ส่วนรายได้เฉลี่ยส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน รองลงมาคือที่ระดับ 5,001-10,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 50.0, 53.4 และร้อยละ 37.9 และ 37.9 ตามลำดับ ส่วนสถานภาพสมรสทั้งกลุ่ม Cases และกลุ่ม Controls ส่วนใหญ่มีสถานโสด และรองลงมาคือ แต่งงาน (คู่) คิดเป็นร้อยละ 44.8 และ 39.7, 25.0 และ 22.4 ตามลำดับ การแต่งงานส่วนใหญ่แต่งงานมาแล้วโดยเฉลี่ย 20.48 (5.91) ปี และ 20.14 (5.97) ปี ตามลำดับ มีอายุที่มีบุตรคนแรกส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 14-20 ปี รองลงมาคือ 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.5 และ 28.2 ตามลำดับในกลุ่ม Cases และในกลุ่ม Controls ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี และ 14-20 ปี ตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 48.6 และ 37.1 ตามลำดับ และมีอายุที่มีประจำเดือนครั้งแรกเฉลี่ยที่ 11.13 (2.91) ปี และ 12.21 (2.97) ปี ตามลำดับ ส่วนสถานะการหมดประจำเดือน พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่หมดประจำเดือน คิดเป็นร้อยละ 91.4 และ 87.9 ตามลำดับ การได้รับฮอร์โมนทดแทนเพื่อการรักษาอาการหมดประจำเดือน พบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับฮอร์โมนทดแทน คิดเป็นร้อยละ 94.8 และ 96.5 ตามลำดับ ส่วนการได้รับยาคุมกำเนิดหรือยาฉีดคุมกำเนิด พบว่าส่วนใหญ่เคยได้รับยาคุมกำเนิดหรือยาฉีดคุมกำเนิด คิดเป็นร้อยละ 72.4 และ 63.8 ตามลำดับ โดยพบว่าคนที่ได้รับยาคุมกำเนิดหรือยาฉีดคุมกำเนิด มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าคนที่ไม่ได้รับยาคุมกำเนิดหรือยาฉีดคุมกำเนิดอยู่ 1.49 เท่า (95%CI: 1.81-8.41; p-value for trend = 0.02) ส่วนประเด็นประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมของคนในครอบครัวนั้น พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยฯ คิดเป็นร้อยละ 84.5 และ 98.3 ตามลำดับ ส่วนประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งของคนในครอบครัว (ร่วมบิดา มารดาเดียวกัน) พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการป่วยฯ คิดเป็นร้อยละ 96.5 และ 100.0 ตามลำดับ ประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติพี่น้อง พบว่าส่วนใหญ่ไม่มี คิดเป็นร้อยละ 81.0 และ 93.1 ตามลำดับ โดยพบว่าการมีประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติพี่น้องมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคมะเร็งเต้านมมากกว่าคนที่ไม่มีประวัติการป่วยด้วยโรคมะเร็งของญาติพี่น้องเป็น 3.2 เท่า (95%CI: 1.81-8.41; p-value for trend = 0.05) และในเรื่องการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคมะเร็งเต้านม พบว่าส่วนใหญ่เคยได้รับข้อมูลข่าวสารฯ คิดเป็น

ร้อยละ 65.5 และ 94.8 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดตามตารางที่ 1) และพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่ม Cases และ Controls ส่วนใหญ่ประเภทของอาหารที่กลุ่มตัวอย่างนิยมรับประทาน มักเป็นอาหารประเภทที่ใช้น้ำมันปรุงอาหาร คิดเป็นร้อยละ 67.2 และ 60.3 ตามลำดับ ในด้านการรับประทานอาหารสุกๆดิบๆส่วนใหญ่ไม่เคยรับประทาน คิดเป็นร้อยละ 63.8 และ 69.0 ตามลำดับ เช่นเดียวกันกับการรับประทานอาหารนอกบ้านที่พบว่า ส่วนใหญ่ไม่รับประทานเป็นประจำ (รับประทานเป็นประจำ เท่ากับ 9 มื้อ/สัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 60.3 และ 69.0 ตามลำดับ ด้านการบริหารจัดการความเครียด พบว่า ส่วนใหญ่จัดการความเครียดได้ คิดเป็นร้อยละ 72.4 และ 79.3 ตามลำดับ ในเรื่องการออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบ Physical activity พบว่าส่วนใหญ่ไม่ได้ออกกำลังกายแบบนี้เป็นประจำ คิดเป็นร้อยละ 72.4 และ 62.1 ตามลำดับ โดยพบว่า การไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำด้วยรูปแบบ Physical activity มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมร็งเต้านมมากกว่าคนที่ออกกำลังกายเป็นประจำด้วยรูปแบบ Physical activity อยู่ 1.60 เท่า (95%CI: 1.22-8.53; p-value for trend = 0.03) และส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการสูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 82.8 และ 86.2 ตามลำดับ ส่วนการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ส่วนใหญ่พบว่า เคยดื่ม คิดเป็นร้อยละ 56.9 และ 36.2 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมร็งเต้านมมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มถึง 2.32 เท่า (95%CI: 1.16-7.05; p-value for trend = 0.02) และพบว่าอายุเฉลี่ยที่เริ่มดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อยู่ที่ 23.20 (3.31) และ 25.52 (4.77) ตามลำดับ โดยพบว่าดื่มแอลกอฮอล์ประเภท เบียร์ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 63.6 และ 76.2 ตามลำดับ (ดังรายละเอียดตามตารางที่ 2) และพบว่า ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสังคม / พฤติกรรม ด้านการรับรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมตนเอง และการรับรู้ทางวัฒนธรรมกับการเกิดโรคเมร็งเต้านม (ความเชื่อในท้องถื่น) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value for trend = 0.04 และ 0.05 ตามลำดับ) โดยการเรียนรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมตนเอง ในระดับน้อยเสี่ยงต่อการเกิดเมร็งเต้านมมากเป็น 2.50 เท่า เมื่อเทียบกับการรับรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมตนเอง ในระดับปานกลาง และระดับดี (95%CI: 1.43 – 10.27; p-value = 0.05) และ การรับรู้ทางวัฒนธรรมกับการเกิดโรคเมร็งเต้านม (ความเชื่อในท้องถื่น) ในระดับน้อยเสี่ยงต่อการเกิดเมร็งเต้านมมากเป็น 1.88 เท่า เมื่อเทียบกับการรับรู้ทางวัฒนธรรมกับการเกิดโรคเมร็งเต้านม (ความเชื่อในท้องถื่น) ในระดับปานกลาง และระดับดี (95%CI: 0.92 – 11.14; p-value = 0.07) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังรายละเอียดตามตารางที่ 3)

สรุปผลการศึกษา

สรุปผลการศึกษาครั้งนี้ คือปัจจัยเสี่ยงทางด้านสังคม / พฤติกรรม ด้านการรับรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมตนเอง และการรับรู้ทางวัฒนธรรมกับการเกิดโรคเมร็งเต้านม (ความเชื่อในท้องถื่น) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเมร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value for trend = 0.04 และ 0.05 ตามลำดับ) โดยการเรียนรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมตนเอง ในระดับน้อยเสี่ยงต่อการเกิดเมร็งเต้านมมากเป็น 2.50 เท่า เมื่อเทียบกับการรับรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมตนเอง ในระดับปานกลาง และระดับดี (95%CI: 1.43 – 10.27; p-value = 0.05) และ การรับรู้ทางวัฒนธรรมกับการเกิดโรคเมร็งเต้านม (ความ

เชื่อในท้องถื่น) ในระดับน้อยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมากเป็น 1.88 เท่า เมื่อเทียบกับการรับรู้ทางวัฒนธรรมกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (ความเชื่อในท้องถื่น) ในระดับปานกลาง และระดับดี (95%CI: 0.92 – 11.14; p-value = 0.07) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสังคม / พฤติกรรม ด้านการรับรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมตนเอง และการรับรู้ทางวัฒนธรรมกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (ความเชื่อในท้องถื่น) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งเต้านมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยการรับรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมตนเอง ในระดับน้อยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมากเป็น 2.50 เท่า เมื่อเทียบกับการรับรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมตนเอง ในระดับปานกลาง และระดับดี (95%CI: 1.43 – 10.27; p-value = 0.05) และ การรับรู้ทางวัฒนธรรมกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (ความเชื่อในท้องถื่น) ในระดับน้อยเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งเต้านมมากเป็น 1.88 เท่า เมื่อเทียบกับการรับรู้ทางวัฒนธรรมกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (ความเชื่อในท้องถื่น) ในระดับปานกลาง และระดับดี (95%CI: 0.92 – 11.14; p-value = 0.07) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นั้นซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พงษ์สิทธิ์ พงษ์ประดิษฐ์ และคณะ (2555) ได้ศึกษาปัจจัยคัดสรรค์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ประโยชน์การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริมภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ซึ่งผลการวิจัยพบว่าการรับรู้สมรรถนะของตนเองการรับรู้ประโยชน์ และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและความเครียดมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้อุปสรรคไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับงานวิจัยของน้ำอ้อย รักติวงศ์, นวรัตน์ โกมลวิภาต (2561) [10] การวิจัยแบบทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วย ตนเองต่อ ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านมและการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเอง และพฤติกรรมการตรวจเต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิง โดยใช้แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพเป็น กรอบแนวคิดของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงเป็นนักศึกษาหญิงระดับอุดมศึกษาใน มหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่ง ผลการวิจัยพบว่า ผลคะแนนการรับรู้หลังเข้าร่วม โปรแกรม 1 ปี เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ 1. ความรู้เกี่ยวกับมะเร็งเต้านม และการตรวจเต้านมด้วยตนเอง เช่น ความรุนแรงของโรคมะเร็งในระยะต่างๆ 2. ความเชื่อด้านสุขภาพ เช่น โอกาสเสี่ยงในการเกิดมะเร็ง ประโยชน์ของการตรวจเต้านมด้วยตนเอง 3. การรับรู้ความสามารถในการตรวจ เต้านมด้วยตนเอง 4. ความถูกต้องในการตรวจเต้านมด้วยตนเอง ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ คือจัดกิจกรรมกระตุ้นเตือน การตรวจเต้านมด้วยตนเองเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ และศึกษาความแตกต่างของปัจจัยระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ ตรวจและไม่ตรวจเต้านมด้วยตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. จากลักษณะธรรมชาติของการเกิดโรคมะเร็งเต้านม และศาสตร์ต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านมในสตรี รวมถึงแนวทางในการป้องกันและรักษาโรคมะเร็งเต้านม ทำให้เราทราบว่าหลักการสำคัญในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมนอกจากการป้องกันในระดับปฐมภูมิในการสร้างความรู้ความเข้าใจและการตระหนักถึงอันตรายในเบื้องต้นของการเกิดโรคมะเร็งเต้านมแล้ว ยังมีระดับการป้องกันระดับทุติยภูมิที่มีความสำคัญที่ไม่ยิ่งย่อนไปกว่ากัน เนื่องจากการป้องกันระดับนี้จะทำให้เราค้นหาผู้ป่วยด้วยโรคมะเร็งเต้านมได้ไวยิ่งขึ้น ดังนั้นนอกจากระบบการ Screening ที่เราใช้กันอยู่ ณ เวลาปัจจุบัน ในเรื่องของ การตรวจ การคัดความผิดปกติของเต้านมตนเองของผู้ป่วยและรับมารักษานั้นถือเป็นสิ่งที่ได้ผลเป็นอย่างดีในการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเพื่อให้เข้าสู่กระบวนการรักษาได้ไว แต่ประเด็นที่สำคัญจากผลการศึกษาครั้งนี้ เราจะสังเกตเหตุว่าผู้ป่วยเองยังปฏิบัติการใช้ตนเองยังไม่ถูกต้องหรือยังขาดทักษะในการปฏิบัติ รวมไปถึงความตระหนักในความกลัว ซึ่งผู้ป่วยจะกลัวในระดับที่สูงเมื่อตรวจพบว่าตนเองเป็นโรคแล้ว แต่ระหว่างที่ยังตรวจไม่พบจะยังไม่ตระหนักกลัวเพื่อความระมัดระวังและป้องกันด้วยการสังเกตตนเองและรีบเข้าสู่กระบวนการรักษาให้ไว ดังนั้นแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อพัฒนาทักษะของการตรวจเต้านมด้วยตนเองยังคงมีความจำเป็นที่พื้นที่จะต้องวางแนวทางในการดำเนินการต่อไป ซึ่งข้อมูลจากการวิจัยนี้จะเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการสร้างโปรแกรมสุขศึกษาให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลในการป้องกันโรคมะเร็งเต้านมในสตรีต่อไป

2. การศึกษาวิจัยนี้เป็นประโยชน์และแนวทางในการพัฒนาระบบการ Screening ของโรคมะเร็งเต้านมในสตรีให้เกิดประสิทธิผลมากขึ้นต่อไป

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n_{รวม}=116)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม Cases		กลุ่ม Controls		รวม (Total)		OR [†]	95% CI	p-value
	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)			
1. อายุ									
Mean ± SD	51.42 (10.15)		52.16 (10.37)		51.79 (10.26)				
Median (Min: Max)	53 (34 : 63)		54 (35 : 65)		54 (35 : 65)				
2. อาชีพ									
- แม่บ้าน	10	17.2	15	25.9	25	21.5	1.06	0.14 - 3.01	0.38
- ค้าขาย	12	20.7	11	19.0	23	19.8	0.96	0.42 - 4.67	0.74
- รับจ้าง	5	8.6	7	12.1	12	10.3	0.63	0.17 - 8.15	0.49
- ข้าราชการ	2	3.5	4	6.9	6	5.2	1.00		
- เกษตรกรรม	29	50.0	21	36.2	50	43.1	2.61	0.64 - 7.82	0.19
รวม	58	100	58	100	116	100			
<i>P trend</i>									0.17
3. ระดับการศึกษา									
- ประถมศึกษาตอนปลาย	26	44.8	15	25.9	41	35.3	1.40	0.47 - 4.81	0.58
- มัธยมศึกษา	18	31.0	11	19.0	25	21.5	0.90	0.13- 5.42	0.91
- ปวส.	9	15.5	7	12.1	16	13.8	0.46	0.33- 9.41	0.45
- ปริญญาตรี	5	8.6	4	6.9	9	7.8	1.00		
รวม	58	100	58	100	116	100			

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม Cases		กลุ่ม Controls		รวม (Total)		OR [†]	95% CI	p-value
	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)			
<i>P trend</i>									0.29
4. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว									
- น้อยกว่า 5,000 (ต่ำ)	29	50.0	31	53.4	60	51.7	1.53	0.89 - 2.79	0.26
- 5,001 - 10,000 (ปานกลาง)	22	37.9	22	37.9	44	37.9	1.17	0.54 - 2.82	0.82
- 10,001+ (สูง)	7	12.1	5	8.6	12	10.3	1.00		
รวม	58	100.0	58	100.0	116	100.0			
<i>P trend</i>									0.43
Mean ± SD	5,077.21 (3,029.97)		4,937.07 (3,127.69)		5,042 (3,427.6)				
Median (Min: Max)	4,023 (1,228 : 16,000)		3,720 (1,000 : 22,000)		3,900 (1,000 : 22,000)				
5. สถานภาพสมรส									
- โสด	26	44.8	23	39.7	49	42.2	4.00	0.25 - 54.22	0.21
- แต่งงาน (คู่)	15	25.0	13	22.4	28	24.1	1.18	0.41 - 4.66	0.82
- หม้าย	7	12.1	8	13.8	15	12.9	1.00		
- หย่า/แยก	10	17.2	14	24.2	24	20.7	1.32	0.38 - 5.48	0.61
รวม	58	100	58	100	116	100			
<i>P trend</i>									0.52
6. จำนวนปีแต่งงาน									
Mean ± SD	20.48 (5.91)		20.14 (5.97)		20.31 (5.93)				

[illegible]

[illegible]

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม Cases		กลุ่ม Controls		รวม (Total)		OR [†]	95% CI	P-value
	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)			
ความเครียด									
- จัดการได้	42	72.4	46	79.3	88	75.9	0.68	0.34 - 26.51	6.03
- จัดการไม่ได้	16	27.6	12	20.7	28	24.1	1.00		
รวม	58	100.0	58	100.0	116	100.0			
P trend									4.43
5. การออกกำลังกายที่เป็นรูปแบบ Physical activity									
- ออกกำลังกายเป็นประจำ	16	27.6	22	37.9	38	32.7	1.00		
- ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ	42	72.4	36	62.1	78	67.3	1.60	1.22 - 8.53	0.07
รวม	58	100.0	58	100.0	116	100.0			
P trend									0.03
6. ประวัติการสูบบุหรี่									
- เคยสูบบุหรี่	10	17.2	8	13.8	41	35.3	1.30	0.21 - 14.63	0.68
- ไม่เคยสูบบุหรี่	48	82.8	50	86.2	75	64.7	1.00		
รวม	58	100.0	58	100.0	116	100.0			
P trend									0.32
7. ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์									
- เคยดื่ม	33	56.9	21	36.2	54	46.6	2.32	1.16 - 7.05	0.06
- ไม่เคยดื่ม	25	43.1	37	63.8	62	53.4	1.00		
รวม	58	100.0	58	100.0	116	100.0			

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่ม Cases		กลุ่ม Controls		รวม (Total)		OR [†]	95% CI	p-value
	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)	จำนวน (N)	ร้อยละ (%)			
<i>P trend</i>									0.02
8. อายุที่เริ่มดื่มแอลกอฮอล์(ปี)									
Mean ± SD	23.20 (3.31)		25.52 (4.77)		24.36 (4.04)				
9. ประเภทของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม									
- เหล้าแดง	8	24.2	4	19.0	12	22.2	1.03	0.89 - 2.79	1.74
- เบียร์	21	63.6	16	76.2	37	68.5	2.15	0.54 - 2.82	0.22
- ไวน์	4	12.1	1	4.8	5	9.3	1.00		
รวม	33	100.0	21	100.0	54	100.0			
<i>P trend</i>									0.18

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ตารางที่3 แสดงระดับปัจจัยเสี่ยงทางด้านสังคม / พฤติกรรม กับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (n_{รวม}=116)

ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสังคม / พฤติกรรม	ระดับการรับรู้และความเข้าใจ		OR [†]	95% CI	p-value
	Case	Control			
1. การรับรู้ และตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจเต้านมตนเอง					
- ระดับดี	13 (22.4)	20 (34.5)	1.00		
- ระดับปานกลาง	22 (37.9)	26 (44.8)	2.16	1.22 - 5.11	0.08
- ระดับน้อย	23 (39.7)	12 (20.7)	2.50	1.43 - 10.27	0.05
<i>P trend</i>					0.04
2. การรับรู้ทางวัฒนธรรมกับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (ความเชื่อในท้องถิ่น)					

- ระดับดี	14 (24.1)	21 (36.2)	1.00		
- ระดับปานกลาง	18 (31.0)	27 (46.6)	1.72	0.53 - 8.19	0.32
- ระดับน้อย	26 (44.8)	10 (17.2)	1.88	0.92 - 11.14	0.07
<i>P trend</i>					0.05
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสามเหลี่ยมระเบิด วิทยากับการเกิดโรคมะเร็งเต้านม (ความรู้/ ความเข้าใจถึงธรรมชาติการเกิดโรค)					
- ระดับดี	22 (37.9)	27 (46.6)	1.00		
- ระดับปานกลาง	25 (43.1)	20 (34.5)	0.76	0.22 - 12.30	0.52
- ระดับน้อย	11 (19.0)	11 (19.0)	0.94	0.73 - 9.51	0.38
<i>P trend</i>					0.20

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ที่ให้โอกาสได้ทำงานวิจัยครั้งนี้ ขอบพระคุณสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

เอกสารอ้างอิง

น้ำอ้อย รักดีวงศ์ และนวรรตน์ โกมลวิภาต. (2561). ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ความสามารถตนเองและพฤติกรรมการตรวจ เต้านมด้วยตนเองของนักศึกษาหญิงที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมการตรวจเต้านมด้วยตนเอง, สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี; ปีที่ 7 ฉบับที่ 1: มกราคม-มิถุนายน.

พงษ์สิทธิ์ พงษ์ประดิษฐ์ มณี อาภานันท์กุล และยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่เป็นโรคมะเร็งเต้านมและได้รับยาเคมีบำบัดเสริม, ราชวิทยาลัยพยาบาลสาร; ปีที่ 18 ฉบับที่ 1: มกราคม-เมษายน.

ราชวิทยาลัยรังสีแพทย์แห่งประเทศไทย. (2551). แนวทางการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย.

Attasara P., Buasom R. (2012). Hospital-based Cancer Registries, Thailand 2012. Bangkok: National Cancer Institute department of Medical services Ministry of Public Health.

- Attasara P., Buasom R. (2013). Cancer in Thailand volume VII, 2007-2009. Bangkok: National Cancer Institute department of Medical services Ministry of Public Health.
- Cronbach, Lee. J. (1990) . Essentials of Psychology Testing. 5th ed. New York : Harper Collins Publishers Inc. 1990.
- Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin D.M., and S. Whela. (2000). International classification of diseases for oncology. International Agency for Research on Cancer (IARC).
- James J. Schlesselman. (1982). Case-Control Studies: Design, Conduct, Analysis (Monographs in Epidemiology and Biostatistics).
- Kuder, Frederic G. and M.W. Richardson. (1937) . “The Theory of the Estimation of Test Reliability”,Psychometrika. 2(September 1937).
- Tim Byers, Saxon Graham, Thomas Rzepka, James Marshall. (1985). Lactation and breast cancer: evidence for a negative association in premenopausal women. American Journal of Epidemiology. May 121;5: 664–674.

รูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับการ ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในจังหวัดอุบลราชธานี

A model for blood sugar controlling controlling blood sugar levels among
type 2 diabete patients with the application of protection motivation
theory in Ubon Ratchathani province

ทินกร ศรีตวัน¹ กุลชญา ลอยหา^{2*} สุภาพร ใจการณ³

Tinnakorn Sritawarn¹ Kulchaya Loyha^{2*} Supaporn Chaigarun³

¹ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

^{2,3} คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

¹ Graduate School, Ubon Ratchathani Rajabhat University

^{2,3} Faculty of Public Health, Ubon Ratchathani Rajabhat University

*Corresponding author; E-mail: Kulchaya.l@ubru.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินผลรูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในจังหวัดอุบลราชธานีภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง ในผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 98 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 49 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 49 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ ได้รับความรู้จากสถานบริการสาธารณสุขตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าต่ำสุดค่าสูงสุด paired t-test และ independent t-test ที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การไปพบแพทย์ตามนัด สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและระดับ 0.05 และด้านการลดความเครียดลดลง มีค่าน้อยกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถปฏิบัติตัวในควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลสุขภาพตามปกติและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองดีขึ้น

คำสำคัญ : ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค, ระดับน้ำตาลในเลือด, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

ABSTRACT

This research aimed to evaluation of A model for blood sugar controlling controlling blood sugar levels among type 2 diabetes patients with the application of protection motivation theory in Ubon Ratchathani province. This Quasi-Experimental Research in the samples consisted of 98 patients with type 2 diabetes they were divided in to the experimental group and comparison group. The experimental group received a program of self-care behavior created by the framework and administrators the comparison group received general medical service from Health Facilities. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, and Paired t-test and Independent t-test at a significance level of 0.05. The results showed that the experimental group obtained higher mean scores in terms knowledge of diabetes, perceived severity of diabetes, risk complications of diabetes, expectations of their ability to care for health behaviors, and their own expected results towards self-management, more than the comparison group with the statistical significance level of 0.05. In addition, the experimental group had lower mean score in terms of less stress than the comparison group are statistically significant at the 0.05 level. In conclusion, the self-care behavioral modification program can be used to diabetics blood sugar control levels in the normal range compared with those who received normal care when compared to the group that received regular care and had better health care behaviors.

Keywords: Protection Motivation, Blood sugar levels, type 2 diabetes patients

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในภูมิภาคต่างๆทั่วโลก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) และสหพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International diabetes federation) พบว่าในปี พ.ศ. 2555 มีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกจำนวน 371 ล้านคน คาดว่าปี พ.ศ. 2557 จะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานถึง 552 ล้านคน โดยร้อยละ 80 อยู่ในประเทศที่ด้อยพัฒนาและกำลังพัฒนา ทั้งนี้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเบาหวานมีค่าสูงโดยคิดเป็นร้อยละ 10 ของค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพทั่วโลก โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคแทรกซ้อนจากเบาหวานซึ่งมักเกิดขึ้นในผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โดยพบว่าการควบคุมให้ระดับน้ำตาลในเลือดอย่างเข้มงวดจะช่วยชะลอและลดอุบัติการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังที่จะเกิดขึ้นกับหลอดเลือดขนาดเล็กได้ซึ่งผลการศึกษาของ The United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) พบว่าการลดลงของระดับ HbA1C 1% สามารถลดภาวะแทรกซ้อนต่อหลอดเลือดขนาดเล็กได้ร้อยละ 37 ลดกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือดได้ร้อยละ 14 ลดอัตราการตายที่เกิดจากเบาหวานได้ร้อยละ 21 สำหรับพื้นที่ เขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงใหญ่ (รพ.สต.ม่วงใหญ่) อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าโรคเบาหวานเป็นโรคที่พบ 1 ใน 5 อันดับแรกของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และ 1 ใน 10 ของผู้ป่วยในรายงาน 504 ของระบบรายงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และจากรายงาน HDC ภาพรวมทั้งอำเภอโพธิ์ไทร โดยโรคเบาหวาน

นี้มีผู้ป่วย 1,765 ราย สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ดี จำนวน 280 ราย คิดเป็น 15.86 % และมีแนวโน้มกลุ่มที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ที่สำคัญพบโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ก็พบมีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เช่นกัน ซึ่งยิ่งต่ำกว่าเกณฑ์ที่ตั้งเป้าหมายเอาไว้จากแผนงานยุทธศาสตร์จังหวัดอุบลราชธานี ล่าสุดปี 2559 ตั้งเป้าไว้ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยวัดค่าโดยใช้ผล HBA 1 C มีผู้ป่วยโรคแทรกซ้อนจากความล้มเหลวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 124 คน อยู่ในระยะสุดท้าย 38 คน สร้างความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคที่รุนแรงขึ้นตามระยะการเจ็บป่วยของโรค ต้องเข้ารับการรักษา ซ้ำๆ นอกจากนี้ ได้เปิดคลินิกโรคไตเรื้อรังบริการผู้ป่วยตามระยะการเสื่อมของไต แยกผู้ป่วยรายตำบล รวมทั้งขยายบริการไปถึงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 10 แห่ง ให้บริการวัดค่าดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว แนะนำวิธีการใช้ยา การออกกำลังกาย อาหารสำหรับโรคไต เป็นต้น ผู้ป่วยเข้าถึงบริการสะดวกรวดเร็วใกล้บ้าน

ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะผู้วางแผนงานให้การดูแลกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานในพื้นที่รับผิดชอบคลินิกพิเศษโรคเบาหวานจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงผลของรูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์ไทร ซึ่งยังไม่มีการศึกษามาก่อน และผลการวิจัยที่ได้จะทำผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ในเกณฑ์ปกติ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ลดข้อจำกัดในผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุแต่ละรายอันจะเป็นอุปสรรคในการมีระดับน้ำตาลที่ดีเพิ่มการรับรู้รวมถึงเพิ่มแรงสนับสนุนจากผู้ดูแลครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผ่านโปรแกรมอัดฮีตสู้เบาหวานน้ำตาลดี อันจะเป็นประโยชน์อย่างยั่งยืนในการมีระดับน้ำตาลดีต่อไป และเหตุผลประการสำคัญที่สุดที่ผู้ทำวิจัยให้ความสนใจและเป็นความสำคัญสำหรับการทำวิจัยครั้งนี้ ก็คือภาวะการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานล้มเหลวในพื้นที่ ที่พบในพื้นที่เป็นจำนวนมากที่สูง แม้จะมีงานวิจัยชิ้นอื่น ๆ ศึกษาพัฒนางานด้านนี้มาก่อน แต่ด้วยยังขาดความเฉพาะเจาะจงที่เข้าได้กับบริบทในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงใหญ่ จึงเห็นสมควรสร้างเครื่องมือเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานในพื้นที่ของตนเองขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ทั้งก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research Design) แบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest two group comparison Design) โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง (Experimental Group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Group) และมีแบบแผนการวิจัยแบบ Two Group Design เพื่อศึกษาประสิทธิผลของ

รูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในเขตจังหวัดอุบลราชธานี เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 1 เมษายน 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 638 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงใหญ่ อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จำนวน 48 คน ซึ่งได้จากการสุ่มโดยวิธีสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่อำเภอโพธิ์ไทรกลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตร โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับการคำนวณหาสัดส่วน กรณีทราบจำนวนประชากร แต่ประชากรไม่มาก ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ($\alpha=0.05$) ซึ่งมีรายละเอียดการคำนวณ ใช้สูตรของ Cochran [3] ดังนี้

$$n = \frac{P(1-P)}{E^2 + \frac{P(1-P)}{Z^2 N}}$$

$$n = \frac{0.5(0.5)}{(0.05)^2 + \frac{0.5(0.5)}{(1.96)^2 \cdot 34,100}}$$

$$n = \frac{0.25}{(0.0025) + \frac{0.5(0.5)}{3.8416 \cdot 34,100}}$$

$$n = 48.22$$

ได้ขนาดตัวอย่าง = 49 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงใหญ่ อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป ดังนั้นจึงทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ทั้งหมด 98 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 49 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 49 คน ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้น เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด จึงใช้ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตพื้นที่ใกล้เคียงกันแต่มีระยะห่างเกินกว่า 15 กิโลเมตร ในเขตอำเภอโพธิ์ไทรจังหวัดอุบลราชธานี ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้ต่างตำบลเพื่อลดโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างได้พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่งกัน (Contaminated Effect)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์จากทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection motivation theory) ประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การ

รับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ การรับรู้อุปสรรคของการเป็นโรคเบาหวาน และการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารวิชาการ เอกสารงานวิจัย และวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ภาวะสุขภาพ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวาน

การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ แต่มีลักษณะเหมือนกับตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานในเขตตำบลสำโรง อำเภอฟุ่ไธโร จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 30 คน จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนมาทั้งหมด มาหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามในส่วนของการทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็นคำถามแบบเลือกตอบ โดยหาค่า KR-20 ซึ่งนำมาวิเคราะห์แล้วได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.74 ส่วนแบบสอบถามทั้งฉบับใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach โดยได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81 (โดยค่าที่เหมาะสมจะอยู่ระหว่าง 0.60–1.00)

การวิเคราะห์ข้อมูล

บรรยายข้อมูลทั่วไปทางด้านประชากรศาสตร์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของของความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยวิธีทดสอบ Independent t-test

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไป

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปในกลุ่มทดลอง พบว่า จำนวน 48 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.1 ส่วนใหญ่ อายุ 40-60 ปี ร้อยละ 53.1 ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 75.5 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 67.3 ส่วนใหญ่รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 44.9 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 71.4 ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน 1-5 ปี ร้อยละ 51.0 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ร้อยละ 51.0 ในครอบครัวมีประวัติการเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 75.7 ส่วนใหญ่ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 5 ครั้งที่ผ่านมา เท่ากับ (ผู้วิจัยค้นจาก OPD card) 130-140 mg/dL ร้อยละ 57.1 มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร้อยละ 91.8 ภาวะสุขภาพของท่านขณะนี้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.0 ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย

เบาหวานครั้งนี้จากแหล่งอื่นๆ ร้อยละ 98.0 และทุกคนได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน ครั้งนี้ในเรื่องการควบคุมอาหาร ร้อยละ 100.0

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า จำนวน 48 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.1 ส่วนใหญ่ อายุ 40-60 ปี ร้อยละ 55.1 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 79.6 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทำไร่ ทำนา ทำสวน ร้อยละ 61.2 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 42.8 ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 71.4 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน 1-5 ปี ร้อยละ 49.0 ไม่มีภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ร้อยละ 49.0 ในครอบครัวมีประวัติการเป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 73.5 ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 5 ครั้งที่ผ่านมา เท่ากับ (ผู้วิจัยค้นจาก OPD card) 130-140 mg/dL ร้อยละ 61.2 มีโรคประจำตัวอื่นๆ ร้อยละ 89.8 ภาวะสุขภาพของท่านขณะนี้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.1 ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานครั้งนี้จากพยาบาล ร้อยละ 91.8 และทุกคนได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานครั้งนี้ในเรื่องการควบคุมอาหาร ร้อยละ 100.0 ดังแสดงในตารางที่ 1

2. ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อแสดงพฤติกรรมดูแลสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพ พบว่า ในกลุ่มทดลองการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เบาหวาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 61.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 49.0 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.5 และการการรับรู้อุปสรรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.4 ในกลุ่มเปรียบเทียบการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เบาหวาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 63.3 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 51.0 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.4 และการการรับรู้อุปสรรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 67.3 ดังแสดงในตารางที่ 2

3. ผลการวิเคราะห์ระดับการประคับประคองการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานใน 5 ด้าน คือ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การเข้ายาและการพบแพทย์ การจัดการความเครียดและพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน พบว่า ในกลุ่มทดลองระดับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในด้านการควบคุมอาหารส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในระดับดี ร้อยละ 59.2 ด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.0 ด้านการเข้ายาและการพบแพทย์ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.1 ด้านการจัดการความเครียด ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.2 และด้านพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.3 ในกลุ่มเปรียบเทียบระดับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานในด้านการควบคุมอาหาร ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในระดับดี ร้อยละ 57.1 ด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.0 ด้านการเข้ายาและการพบแพทย์ ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.1 ด้านการจัดการความเครียด ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.1 และด้านพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติตัวในระดับปานกลาง ร้อยละ 22.4 ดังแสดงในตารางที่ 3

4. การเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความรุนแรงก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก และหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ซึ่งระดับคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการรับรู้ความรุนแรงก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก และหลังการทดลองอยู่ในระดับมากซึ่งระดับคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมมากนัก

โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก และหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ซึ่งระดับคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก และหลังการทดลองอยู่ในระดับมากซึ่งระดับคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมมากนัก

ทดลองมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ซึ่งระดับคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลางซึ่งระดับคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมมากนัก

ระดับมาก และหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ซึ่งระดับคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการรับรู้อุปสรรคก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก และหลังการทดลองอยู่ในระดับมากซึ่งระดับคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมมากนัก

ทดลองมีระดับการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองอยู่ในระดับดี ซึ่งระดับคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนการทดลอง

อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองอยู่ในระดับมากซึ่งระดับปานกลางซึ่งคะแนนไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิมมากนัก ดังแสดงในตารางที่ 4 และ 5

สรุปผลการศึกษา

สรุปผลการศึกษานี้ พบว่า รูปแบบการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในจังหวัดอุบลราชธานี เมื่อผู้วิจัยนำมาประยุกต์ใช้ในการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการบริโภคอาหารเพื่อผู้ป่วยโรคเบาหวาน สาธิตวิธีการออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด และแนวทางอื่นๆ ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีผลทำให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ และผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเองและการรับรู้อุปสรรค ก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก และหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ส่วนการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ซึ่งระดับคะแนนเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้อุปสรรค ก่อนการทดลองอยู่ในระดับมาก และหลังการทดลองอยู่ในระดับมาก ส่วนการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง และหลังการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง

อภิปรายผลการวิจัย

ในการศึกษารั้งนี้ พบว่า ผลการวิเคราะห์ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อแสดงพฤติกรรม ดูแลสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพ พบว่า ในกลุ่มทดลองการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค เบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 61.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 49.0 การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.5 และการการรับรู้อุปสรรคส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.4 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยโปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในชุมชนเขตเมือง ของสถานีนอนามัยบางเขนหมู่ที่ 7 ตำบลบางเขน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี พบว่า ผู้ป่วยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การไปพบแพทย์ตามนัด และการลดความเครียด เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประยุกต์ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม เน้นให้ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีความรู้เรื่องโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความ

คาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

จากผลการศึกษา พบว่า ผลการวิเคราะห์ระดับการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.11 และหลังการทดลองอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 2.53 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.05$ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 60 คน พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้ความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนทางไต การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต ความคาดหวังในความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ความคาดหวังในประสิทธิผลของการตอบสนองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตและแรงสนับสนุนทางสังคม มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [6] 2) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอัตราการกรองไตมากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดและค่าเฉลี่ยระดับไมโครอัลบูมินในปัสสาวะ น้อยกว่าก่อนการทดลอง และน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [6,7] ที่ศึกษาผลของการประยุกต์ใช้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน พบว่าระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับงานวิจัยผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานในด้านการควบคุมอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการคลายความเครียด ด้านการรับประทานยา ด้านการพบแพทย์ตามนัด และด้านการทำความสะอาดร่างกาย มากกว่าก่อนการ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรนำกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่ต่อไป โดยจัดทำเป็นโครงการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและมีการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ถูกต้องและเหมาะสม
2. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา เช่น เภสัชกรแพทย์ ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยารักษาเบาหวานที่ถูกต้อง เพื่อให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุดกรณีผู้ป่วยมีการใช้ยาสมุนไพรร่วมด้วย ควรแนะนำวิธีการใช้ที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียงต่างๆ

3. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน เช่น พยาบาล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ควรแนะนำ กระตุ้นเตือน และให้กำลังใจผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 รวมทั้งอธิบายให้ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจและเห็นความสำคัญของการดูแล ช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรค

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในจังหวัดอุบลราชธานี ในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=49)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=49)		Total (N=98)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
อายุปัจจุบัน (ปี)					
ต่ำกว่า 40 ปี	12	24.4	11	22.5	13
40-60 ปี	26	53.1	27	55.1	53
มากกว่า 60 ปี	11	22.5	11	22.5	22
เพศ					
ชาย	22	44.9	22	44.9	44
หญิง	27	55.1	27	55.1	54
ศาสนา					
พุทธ	37	75.5	39	79.6	76
อิสลาม	12	24.5	10	20.4	22
อาชีพ					
ทำไร่ ทำนา ทำสวน	33	67.3	30	61.2	63
ข้าราชการ	2	4.1	3	6.1	5
ค้าขาย	4	8.2	4	8.2	8
อื่นๆ	10	20.4	12	24.5	22
รายได้ต่อเดือน (บาท)					
ต่ำกว่า 5,000	22	44.9	21	42.8	43

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=49)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=49)		Total (N=98)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
5,000 – 10,000	19	38.8	20	40.9	39
มากกว่า 10,000	8	16.3	8	16.3	16
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาตอนต้น	35	71.4	35	71.4	70
ประถมศึกษาตอนปลาย	6	12.2	7	14.3	13
มัธยมศึกษาหรือปวช.	1	2.0	1	2.0	2
อนุปริญญาหรือปวส	1	2.0	1	2.0	2
ปริญญาตรี	2	4.1	2	4.1	4
ไม่ได้รับการศึกษา	4	8.2	3	6.1	7
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน					
ต่ำกว่า 1 ปี	12	24.5	13	26.5	25
1-5 ปี	25	51.0	24	49.0	49
5-10 ปี	9	18.4	8	16.3	17
มากกว่า 10 ปี	3	6.1	4	8.2	7
ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน					
ไม่มี	25	51.0	24	49.0	49
มี	24	49.0	25	41.0	49
ประวัติการเป็นโรคเบาหวานของคนในครอบครัว					
ไม่มี	12	24.5	13	26.5	25
มี	37	75.7	36	73.5	73
ระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 5 ครั้งที่ผ่านมา เท่ากับ (ผู้วิจัยค้นจาก OPD card) (mg/dL)					
120-130	12	24.5	10	20.4	22

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=49)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=49)		Total (N=98)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
130-140	28	57.1	30	61.2	58
มากกว่า 140	9	18.4	9	18.4	18
โรคประจำตัวอื่นๆ					
ไม่มี	4	8.2	5	10.2	9
มี	45	91.8	44	89.8	89
ภาวะสุขภาพของท่านขณะนี้					
ไม่ดี	6	12.2	5	10.2	11
ปานกลาง	24	49.0	26	53.1	50
ดี	12	24.5	10	20.4	22
ดีมาก	7	14.3	8	16.3	15
ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานครั้งนี้จากใคร					
แพทย์	15	30.6	18	36.7	33
พยาบาล	43	87.8	45	91.8	88
จากกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานด้วยกัน	26	53.1	28	57.1	54
ญาติพี่น้องและเพื่อนๆ	40	81.6	35	71.4	75
สื่อวิทยุโทรทัศน์และเอกสารต่างๆ	26	53.1	20	40.8	26
แหล่งอื่นๆ	48	98.0	44	89.8	92
ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานครั้งนี้ในเรื่องใด					
การควบคุมอาหาร	49	100.0	49	100.0	98
การออกกำลังกาย	42	85.7	46	93.9	88
การใช้ยาและการพบแพทย์ จัดการความเครียด	48	98.0	48	98.0	96

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=49)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=49)		Total (N=98)
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน
พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน	25	51.0	25	51.0	50
อื่นๆ	46	93.9	49	100.0	98

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อแสดงพฤติกรรม ดูแลสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคในการดูแลสุขภาพ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ/ระดับการรับรู้ ภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=49) จำนวน (ร้อยละ)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=49) จำนวน (ร้อยละ)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย	มาก	ปานกลาง	น้อย
การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อนของโรค เบาหวาน	30 (61.2)	14 (28.6)	5 (10.2)	31 (63.3)	13 (26.5)	5 (10.2)
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	24 (49.0)	16 (32.6)	9 (18.4)	25 (51.0)	15 (30.6)	9 (18.4)
การรับรู้ประโยชน์ที่จะได้รับ	8 (16.3)	36 (73.5)	5 (10.2)	8 (16.3)	35 (71.4)	6 (12.2)
การรับรู้อุปสรรค	35 (71.4)	10 (20.4)	4 (8.2)	33 (67.3)	11 (22.4)	5 (10.2)

ตารางที่ 3 ระดับการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานด้านการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการพบแพทย์ การจัดการความเครียดและพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานใน 5 ด้าน/ระดับการปฏิบัติตัว	กลุ่มทดลอง (n=49) จำนวน (ร้อยละ)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=49) จำนวน (ร้อยละ)		
	ดี	ปานกลาง	ต่ำ	ดี	ปานกลาง	ต่ำ
การควบคุมอาหาร	29	13 (26.5)	8	28	14	7

การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเบาหวานใน 5 ด้าน/ระดับการปฏิบัติตัว	กลุ่มทดลอง (n=49) จำนวน (ร้อยละ)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=49) จำนวน (ร้อยละ)		
	ดี	ปานกลาง	ต่ำ	ดี	ปานกลาง	ต่ำ
	(59.2)		(16.3)	(57.1)	(28.6)	(14.3)
การออกกำลังกาย	15 (30.6)	25 (51.0)	9 (18.4)	14 (28.6)	23 (46.9)	12 (24.5)
การเข้ายาและการพบแพทย์	15 (30.6)	28 (57.1)	6 (12.2)	15 (30.6)	25 (51.0)	9 (18.4)
การจัดการความเครียด	10 (20.4)	30 (61.2)	4 (8.2)	12 (24.5)	28 (57.1)	9 (18.4)
พฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน	10 (20.4)	33 (67.3)	6 (12.2)	9 (18.4)	33 (22.4)	7 (14.3)

ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถ
ของตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับ
น้ำตาลในเลือด ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

[illegible]

กลุ่มทดลอง	49	2.11	1.74	ปานกลาง	2.657	0.786
กลุ่มเปรียบเทียบ	49	2.06	1.33	ปานกลาง		

*p-value <0.05

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และการปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

การเปรียบเทียบ	n	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	t	p-value
การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเบาหวาน						
กลุ่มทดลอง	49	2.78	1.73	มาก	7.196	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	49	2.50	1.62	มาก		
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน						
กลุ่มทดลอง	49	2.67	3.11	มาก	3.367	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	49	2.36	2.76	มาก		
การเปรียบเทียบ	n	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด						
กลุ่มทดลอง	49	2.92	1.69	มาก	2.655	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	49	2.25	1.56	ปานกลาง		
การรับรู้อุปสรรค						
กลุ่มทดลอง	49	2.78	1.89	มาก	2.943	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	49	2.55	1.26	มาก		
การปฏิบัติตัวต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ						
กลุ่มทดลอง	49	2.53	1.89	ดี	-2.114	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	49	2.15	1.26	ปานกลาง		

*p-value <0.05

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ บุคลากรทั้งในหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้การดำเนินการวิจัยทั้งเป็นผู้ให้ข้อมูลและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับการบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลม่วงใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดบุรีรัมย์ ทุกท่านที่ได้เข้าร่วมดำเนินการวิจัยตลอดโครงการจนแล้วเสร็จ ตลอดจนผู้ที่ให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจทุกท่านไม่ได้กล่าวนาม ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีทุกท่าน ที่ได้ให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์จนสามารถดำเนินการวิจัยสำเร็จ ขอบคุณเพื่อนนักศึกษา สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานีทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

บุญชู เหลิมทอง และคณะ. (2554). ผลของโปรแกรมการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง กองทัพอากาศ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, 61-71.

บุปผา อาศรัยราช. (2551). การประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด หัวใจของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ชูศรี วงศ์รัตน์. (2550). ตาราง สถิติเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.

ไพโรจน์ ชมพู. (2552). โปรแกรมสุขศึกษาในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน ในชุมชนเขตเมือง ของสถานีนอนมัยบางเขนหมู่ที่ 7 ตำบลบางเขน อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

เปรมทิพย์ คงพันธ์. (2559). ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคและแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวาน อำเภอศรีมโหสถ จังหวัดปราจีนบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี, 28 (ฉบับเพิ่มเติม), 28-42.

สุวรรณ โสพัฒน์. (2554). การประยุกต์ใช้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในเขตตำบลแหม อำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สหรัฐ หมื่นแก้วคราม. (2556). ผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนโรคไตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลบ้านฝ้อ อำเภอบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

Cronbach, Lee. J. (1990). Essentials of Psychology Testing. 5th ed. New York : Harper Collins Publishers Inc. 1990.

การศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วย
ระบบยาระยะสั้น ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชุมชนขนาด
30 เตียง จังหวัดศรีสะเกษ

The effects of Health promotion Program of pulmonary
Tuberculosis Patients Treated with a Short-Term Medicine System in the
Responsible Area of the 30 bed Community Hospital Tuberculosis Clinic,
Sisaket Province

ธนิดา เสาธงรุ่งเรืองชัย¹ กุลชญา ลอยหา^{2*} จำลอง วงษ์ประเสริฐ³

ThanidaSaothongrungrueangchai¹Kulchaya Loyha^{2*}JumlongVongprasert³

¹บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

^{2,3}คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

¹Graduate school, UbonRatchathaniRajabhat University

^{2,3}Faculty of Public Health, UbonRatchathaniRajabhat University

*Corresponding author; E-mail: Kulchaya.l@ubru.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จังหวัดศรีสะเกษ ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เป็นการศึกษาเชิงกึ่งทดลอง ในผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น จำนวน 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 29 คน และกลุ่มควบคุม 29 คน กลุ่มทดลอง คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาศึกษาที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชุมชนได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเอง กลุ่มควบคุม คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาศึกษาที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชุมชนได้รับตามระบบบริการปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด paired t-test และ independent t-test ที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้น ทั้งคะแนนความรู้เกี่ยวกับวัณโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง และพฤติกรรม การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรค และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สรุปได้ว่า โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย วัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด และการกระตุ้นเตือนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง และ

พฤติกรรมกาปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรค ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้นและยังลดภาวะผู้ป่วยวัณโรคดื้อยาและการกลับมาเป็นซ้ำ

คำสำคัญ: โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยวัณโรคปอด

ABSTRACT

This research aims to study the effects health promotion program of pulmonary tuberculosis patients treated with short-term medicine in the responsible area of the 30-bed community hospital tuberculosis clinic, Sisaket Province, within and between the experimental group and the comparison group is quasi-experimental study in patients with pulmonary tuberculosis treated with a short-term drug system. The subjects were 58 persons, divided into 29 experimental groups and 29 comparison groups. The experimental group is a patient of pulmonary tuberculosis who is admitted to the TUBERCULOSIS Clinic of Phayu Hospital. The program promotes the health promotion of pulmonary tuberculosis patients treated with a short-term medicine system based on the concept of a health belief theory in conjunction with social support theory to modify the self-care behavior of pulmonary tuberculosis patients. The control group is a patient of pulmonary tuberculosis who is admitted to tuberculosis clinic, BuengBoorn Hospital. Data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation and minimum, paired t-test and independent t-test.

The results showed that:

After the experiment, The experimental group had a higher average score, including a tuberculosis knowledge score, awareness of the severity of pulmonary disease and perceived risk of complications, expectations on the outcome of self-care and tuberculosis patient behavior and the experimental group after the experiment had a higher score level and higher than the comparison group with statistical significance and level 0.05. In conclusion, the program promotes the health promotion of pulmonary tuberculosis patients treated with a short-term medicine system based on the theoretical concept of health beliefs in conjunction with social support theory to modify the self-care behavior of pulmonary tuberculosis patients. And prompting from public health officials is partly to raise awareness of the severity of pulmonary tuberculosis and the risk of complications. Expectations on the outcome of self-care and tuberculosis patient behavior This makes the patient healthier and also reduces drug-resistant tuberculosis and recurrence.

Key words: Health Promotion Program, Health Belief Theory, Social Support Theory, Pulmonary tuberculosis patients

บทนำ

วัณโรคเป็นโรคติดต่อที่สำคัญมากที่ยังพบการระบาดเพิ่มมากขึ้น ในปัจจุบันวัณโรคได้ทวีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นและเป็นสาเหตุของการป่วยและการตายของประชาชนในหลายประเทศทั่วโลกตั้งนั้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 องค์การอนามัยโลกได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรค โดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรค (Incidence) ให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลก ในปีพ.ศ.2558[1]ประเทศไทยได้ถูกจัดอันดับอยู่ในระดับที่ 14 ในกลุ่มทั้งหมด 22 กลุ่มประเทศเป็นกลุ่มประเทศที่มีสถานการณ์ของโรควัณโรคที่สูง ซึ่งพบว่าประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 120,000 ราย หรือคิดเป็น 171 ต่อประชากรแสนคน) จากสถิติสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ปี พ.ศ.2559 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างในเขตพื้นที่รับผิดชอบ 8 จังหวัด พบว่ามีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนเพื่อขอรับการรักษาทั้งสิ้น 8,452 ราย พบมากที่สุดคือจังหวัดศรีสะเกษ 2,057 ราย จังหวัดอุบลราชธานี 1,888 ราย จังหวัดยโสธร 548 ราย สถานการณ์โรควัณโรคจังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2561 คนพบว่าจังหวัดศรีสะเกษ มีทั้งหมด 22 อำเภอ พบผู้ป่วยที่มาขึ้นทะเบียนรักษา ทั้งหมด 2,296 ราย โดยจังหวัดศรีสะเกษ มีโรงพยาบาลให้บริการทั้งหมด 23 โรงพยาบาล ในการประเมินผลเมื่อสิ้นสุดการรักษาปีงบประมาณ 2561พบว่า ผู้ป่วยที่มาขึ้นทะเบียนรักษาพบอัตราการรักษาล้มเหลวทั้งหมด 9 รายร้อยละ 2.37 พบอัตราตาย 22 ราย ร้อยละ 5.8 นอกจากนี้โรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 ที่มีข้อมูลประวัติผู้ป่วยวัณโรคขาดยาและมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการเข้ามารักษาที่คลินิกวัณโรคทั้งหมด 9 โรงพยาบาล ผู้วิจัยจึงสนใจที่ส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงต่อโรควัณโรคมีการรักษาด้วยตนเองที่ถูกต้องเพิ่มมากขึ้นและมีที่เลี้ยงในการควบคุมดูแลอย่างสม่ำเสมอ จึงพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จังหวัดศรีสะเกษ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental Research) ที่มีการวัดผลก่อนและหลังทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้คือ กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จังหวัดศรีสะเกษและกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการให้บริการตามปกติ โดยพยาบาลประจำห้องตรวจของคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดทั้งชายและหญิงที่เข้ารับการรักษาลงทะเบียนในช่วงเวลาวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึง วันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ.2563 ที่คลินิกวัณโรคของโรงพยาบาล

ชุมชน โดยจังหวัดศรีสะเกษ มีโรงพยาบาลให้บริการทั้งหมด 23 โรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่มีข้อมูลประวัติผู้ป่วยวัณโรคขาดยาและมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการเข้ามารักษาที่คลินิกวัณโรคทั้งหมด 9 โรงพยาบาล ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยรวมทั้งสิ้น 438 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ามารับการรักษาในคลินิกวัณโรคในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ที่มีประวัติการรายงานข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคขาดยาและมีผู้ป่วยเสียชีวิตจากการเข้ามารักษาที่คลินิกวัณโรค มีทั้งหมด 9 โรงพยาบาล (ข้อมูลจากรายงานประจำปีข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลในจังหวัดศรีสะเกษ 2561) ทั้งเพศชายและหญิง โดยทำการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับสลากเพื่อเลือกโรงพยาบาลกลุ่มตัวอย่างมา 2 โรงพยาบาล แล้วคัดเลือกผู้ป่วยตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด มีจำนวนผู้ป่วย 58 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง คือผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลพยุห์ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 29 คนและกลุ่มควบคุม คือผู้ป่วยวัณโรคปอดที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกวัณโรคโรงพยาบาลบึงบูรพ์จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 29 คนได้มาโดยด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกรณี 2 กลุ่มประชากรที่เป็นอิสระต่อกัน [5]

$$\frac{n}{\text{กลุ่ม}} = \frac{2\sigma^2(z_\alpha + z_\beta)^2}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

คำนวณขนาดตัวอย่างได้ 25.97 คน ปรับเพิ่มเป็น 26 คน แต่เพื่อเป็นการป้องกันปัญหาผู้ตกสำรวจหรือสูญหายจากการติดตามไม่ไห้กลุ่มตัวอย่างส่งผลกระทบโดยตรงต่อ Statistical Precision หรือ Power ในการสรุปผลการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้มีการคำนวณปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพิ่มอีกร้อยละ 5 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษาโดยไม่ตัดผู้สูญหายจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์ โดยยึดหลัก Principle of Intention to Treat ปรับขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 29 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้สร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารวิชาการ เอกสารงานวิจัย และวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ประเภท 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่แบบสอบถามมีทั้งหมด 5 ส่วนซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปอายุ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานะภาพ จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยร่วมกัน ความสะดวกในการไปรับบริการที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลช่วยเหลือยามเจ็บป่วย การสูบบุหรี่ แพ้ยา การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อวัณโรคปอดกับคนใกล้ชิดและมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นวัณโรคปอดหรือไม่ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับโรควัณโรคและการดูแลตนเองแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องในการรักษาวัณโรค แบบสอบถามเกี่ยวกับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง เพื่อให้หายป่วยจากวัณโรคและ แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อให้หายป่วยจากวัณโรค

โดยแบบสอบถามได้ผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ และได้ปรับแก้แบบสอบถามก่อนนำไปทดสอบด้วยการ Try out กับตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มเดียวกับการวิจัยครั้งนี้ แต่มีลักษณะเหมือนกับตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยแบบสอบถามในส่วนของแบบทดสอบความรู้เป็นคำถามแบบเลือกตอบ โดยหาค่า KR-20 ของ Kuder-Richardson (1937: 151-161) ซึ่งนำมาวิเคราะห์แล้ว ได้ค่า KR-20 เท่ากับ 0.75 ส่วนแบบสอบถามทั้งฉบับใช้การหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) ตามวิธีการของ Cronbach (1990 : 204) โดยได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.84 (โดยค่าที่เหมาะสมจะอยู่ระหว่าง 0.60-1.00)

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ประกอบด้วย 1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; SD) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด 2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบผลต่างค่าเฉลี่ย ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นในการทดสอบทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 โดยเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังทดลองภายในกลุ่มทดลอง และภายในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired sample t-test และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนทดลองและหลังทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติ Independent sample t – test

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.3 ส่วนใหญ่ อายุระหว่าง 41-60 ปี ร้อยละ 75.9 ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 72.4 และ 75.8 ตามลำดับ มีสมาชิกในครอบครัวที่อาศัยด้วยกันจำนวน 4-6 คน มากที่สุดร้อยละ 62.1 และร้อยละ 72.4 ตามลำดับ มีผู้ดูแลช่วยเหลือยามเจ็บป่วยคือสามี/ภรรยา ร้อยละ 44.8 และ 65.5 ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ก่อนทดลองและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่าระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิดโรคปอดก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิดโรคปอดก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 9.79 (S.D. = 2.42) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 13.17 (S.D. = 2.42) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิดและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนภายในกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิดและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 27.39 (S.D. = 7.34) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 39.79 (S.D. = 7.11) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเองภายในกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเองก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 28.36 (S.D. = 9.36) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 42.71 (S.D. = 8.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคภายในกลุ่มทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยโรคก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 24.33 (S.D. = 8.12) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 49.80 (S.D. = 8.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนผลภายในกลุ่มควบคุมพบว่าคะแนนภายในกลุ่มควบคุมระดับความรู้

โรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 49.80, S.D.= 8.31) ซึ่งคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังแสดงในตารางที่ 2

สรุปผลการศึกษา

สรุป ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จังหวัดศรีสะเกษ สรุปได้ว่าการใช้ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม และการใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการกระตุ้นเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดีขึ้นและเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอด วิธีการกระตุ้นให้กลุ่มผู้ป่วยมีการดูแลตนเองในการรักษาโรคให้ดียิ่งขึ้น การสร้างความรู้สึกรับผิดชอบในตนเองและผู้ป่วยวัณโรคมีพฤติกรรมดูแลในการจัดการกับปัญหา การเยี่ยมบ้านเป็นการติดตามประเมินผลและให้ขวัญกำลังใจของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น มีผลให้ผู้ป่วยวัณโรคได้รับการดูแลรักษาที่ต่อเนื่อง และทำให้อัตราความสำเร็จของการรักษาเพิ่มขึ้น และยังช่วยให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดรับรู้การปฏิบัติในการดูแลตนเองดีขึ้นเพื่อใช้ในการปรับปรุงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และดูแลผู้ป่วยต่อไปการใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จากการศึกษาวิจัยพบว่า การโดยการจัดกิจกรรมเพิ่มการเรียนรู้ โดยตัวผู้ป่วยเองมีการรับรู้ โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ความรุนแรงต่อวัณโรคปอดและการป่วยซ้ำ การรับรู้ผลดีและการรับรู้ อุปสรรคในการรับประทานยาและสามารถนำไปปฏิบัติตามคำแนะนำได้ และมีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการรับประทานยาดีขึ้น การดูแลสุขภาพทั่วไปและการควบคุมแหล่งแพร่กระจายเชื้อดีขึ้น

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยนำมาประยุกต์ในการจัดโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดโดยประยุกต์ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยวัณโรค พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ป่วยวัณโรคก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 9.79 (S.D.= 2.42) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 13.17 (S.D.= 1.78) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตน สาราญ (2555) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพโดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย จากผลการศึกษาระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรควัณปอดและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนภายในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรควัณปอดและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 27.39

(S.D.=7.34) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 39.79 (S.D.=7.11) แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และในกลุ่มเปรียบเทียบไม่มีความแตกต่าง ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ ทนงเพชร ปรามเสี่ยง (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการสร้างพลังอำนาจร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค ตามกลยุทธ์ DOTS อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ[8]สรุปได้โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้น ไม่ส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนเนื่องจากสภาพทางสังคมของผู้ป่วยทั้งสภาพความเป็นอยู่ อาชีพ รายได้ ทำให้ผู้ป่วยยังขาดความตระหนักเนื่องจากผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยยังต้องมีการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้มาจุนเจือครอบครัวจึงทำให้ไม่สามารถดูแลหรือให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ และการอยู่อาศัยเนื่องจากสภาพที่พักอาศัยที่คับแคบสมาชิกในครอบครัวจึงจำเป็นต้องอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจึงส่งผลให้การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรคและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนไม่มีความแตกต่าง และจากผลการศึกษาระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเองภายในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเองก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 28.36 (S.D.=9.36) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 42.71 (S.D.=8.17) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่าง ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ จารุวัฒน์ สาแก้ว (2557) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจต่อการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์ จากผลการศึกษาระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคภายในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรคภายในกลุ่มทดลองก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 24.33 (S.D.=8.12) และหลังการทดลองอยู่ในระดับสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 49.80 (S.D.=8.31) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่าง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พรนิภา คชชา และคณะ (2553) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมวัณโรคศึกษาที่ใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ต้องขังผู้ป่วยวัณโรค ทักษสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์กรุงเทพมหานคร [10]

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมี 2 ข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำกิจกรรมในการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการกลับมาป่วยซ้ำ และทดลองใช้ในโรงพยาบาลระดับชุมชนต่อไป โดยจัดทำเป็นโครงการระดับโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยวัณโรคและผู้ดูแลเห็นความสำคัญและมีการปฏิบัติตัวในการในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรควัณโรค ป้องกันการแพร่เชื้อ ป้องกันการดื้อยา และป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ในพื้นที่ ควรให้คำแนะนำ กระตุ้นเตือน สอดถามผู้ป่วยหรือผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้งควรอธิบายให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้าใจและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้งผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวที่

เกี่ยวข้องกับควรตระหนัก ใส่ใจ และเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพ การให้กำลังใจผู้ป่วย การสื่อสารการติดตามเพื่อให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคได้อย่างถูกต้อง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาในระยะยาวและศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง ควรมีการศึกษาการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อติดตามผลระยะยาวเพื่อป้องกันการดื้อยาและการกลับมาเป็นซ้ำ หรือเกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ และควรมีการศึกษา การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำในผู้ป่วยวัณโรค โดยเน้นการมีส่วนร่วมของ กระบวนการ Participatory Action Research (PAR) ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วนเพื่อนำไปสู่การป้องกันและ ควบคุมวัณโรคที่ยั่งยืนต่อไป

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างระดับคะแนนค่าเฉลี่ย ก่อนทดลองและหลังทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม

เกณฑ์ที่ประเมิน	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		t	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ความรู้ของผู้ป่วยวัณโรคปอด						
กลุ่มทดลอง	9.79	2.42	13.17	1.78	-5.373	<0.001*
กลุ่มควบคุม	9.89	2.58	10.22	2.25	-0.226	0.822
การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณปอดและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน						
กลุ่มทดลอง	27.39	7.34	39.79	7.11	-1.898	0.008*
กลุ่มควบคุม	27.88	7.66	27.96	6.24	1.301	0.204
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง						
กลุ่มทดลอง	28.36	9.36	42.71	8.17	-3.422	0.002*
กลุ่มควบคุม	29.89	9.54	30.12	9.31	1.734	0.194
พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรค						
กลุ่มทดลอง	24.33	8.12	49.80	8.31	-1.932	0.006*
กลุ่มควบคุม	25.67	9.13	26.59	8.25	2.098	0.105

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ได้รับการรักษาด้วยระบบยาระยะสั้นในเขตพื้นที่รับผิดชอบของคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง จังหวัดศรีสะเกษ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การเปรียบเทียบ	n	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	t	p-value
ความรู้ของผู้ป่วยวัณโรค						
กลุ่มทดลอง	29	13.17	1.781	สูง	4.478	<0.001*
กลุ่มควบคุม	29	10.22	2.252	ปานกลาง		
การรับรู้ความรุนแรงของโรควัณโรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน						
กลุ่มทดลอง	29	39.79	7.101	สูง	1.801	0.077
กลุ่มควบคุม	29	27.96	6.248	ปานกลาง		
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการดูแลตนเอง						
กลุ่มทดลอง	29	42.71	8.174	สูง	2.892	0.005*
กลุ่มควบคุม	29	30.12	9.301	ปานกลาง		
พฤติกรรมกาปฏิบัติตัวของผู้ป่วยวัณโรค						
กลุ่มทดลอง	29	49.80	8.312	สูง	2.826	0.007*
กลุ่มควบคุม	29	26.59	8.251	ปานกลาง		

* อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ที่ให้โอกาสได้ทำงานวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

เอกสารอ้างอิง

สถานการณ์วัณโรคในประเทศไทย. (ออนไลน์) อ้างเมื่อ มีนาคม 2553 . จาก <http://www.voathai.com/a/a-47-2008-03-25-voa3-90639679/921362.html>

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ, เอกสารสรุปผลงานประจำปี 2559 :สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (เอกสารอัดสำเนา), 2559.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. เอกสารประกอบการจัดทำแผนปฏิบัติการ กรมควบคุมโรคประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2560 : กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ. (เอกสารอัดสำเนา). 2560.

กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ, เอกสารสรุปผลงานประจำปี 2561 :สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ. (เอกสารอัดสำเนา), 2562.

อรุณจิรวรรณกุล, สถิติในการวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. พิมพ์ครั้งที่ 1 . กรุงเทพฯ :วิทย์พัฒนา, 2557.

ธีรวิทย์ เอกะกุล. ระเบียบวิธีการวิจัย (Research Methodology). อุบลราชธานี. วิทยาการพิมพ์, 2555.

- รัตนา สารบุญ. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดในคลินิกวัณโรคโรงพยาบาลวังสะพุงจังหวัดเลย. สารานุกรมสุขภาพศาสตร์ มหบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2555
- ทองเพชร ปราบเสียง. ผลของโปรแกรมการจัดการสร้างพลังอำนาจร่วมกับการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในพื้นที่เสี่ยงผู้ดูแลผู้ป่วยวัณโรค ตามกลยุทธ์ DOTS อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. ปรินญาวิสารานุกรมสุขภาพศาสตร์ มหบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2553.
- จารุวัฒน์ สาแก้ว. ผลของโปรแกรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจต่อการป้องกันโรคในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคปอด ตำบลกระโพ อำเภอท่าตูม จังหวัดสุรินทร์. ปรินญาวิสารานุกรมสุขภาพศาสตร์ มหบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2553.
- พรนิภา คชชา. ผลของโปรแกรมวัณโรคศึกษาที่ใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ต้องขังผู้ป่วยวัณโรค. ปรินญาวิทยาศาสตร์มหบัณฑิต (สารานุกรมสุขภาพศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพและพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2552.

อัตลักษณ์และกลวิธีการนำเสนอเรื่องสั้นในรวมเรื่องสั้นเส้นทางของชีวิต

ของ ส.สันติ ทิพนา

Identity and Presentation Strategies in Short Story Collection

Path of life of S.Santi Thippana

สันติ ทิพนา^{1*}, ภัทรวดี เสนาเนียร¹, นิตยา ตตะพะ¹

Santi Thippana^{1*}, Phattharawadee Senanian¹, Nittaya Tutapa¹

¹สาขาวิชาภาษาไทย คณะครุศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ตำบลเกาะแก้ว

อำเภอเสลภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด 45120

¹Thai Language, Faculty of Education Roi Et Rajabhat University, Koh Kaew Sub-district,

Selaphum District, Roi Et, 45120

*Corresponding author; E-mail: thippana@reru.ac.th, santithippana@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิเคราะห์อัตลักษณ์และกลวิธีการนำเสนอเรื่องสั้นในรวมเรื่องสั้นเส้นทางของชีวิตของ ส.สันติ ทิพนา โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและนำเสนอผลการวิจัยแบบพรรณนาวิเคราะห์ผลการวิจัยพบว่า

1. อัตลักษณ์ของผู้เขียนทั้ง 5 ด้านคือด้านภูมิหลังด้านการประกอบอาชีพด้านการดำเนินชีวิตด้านบุคลิกภาพและด้านโวหารที่ใช้ในการเขียนกล่าวคือผู้เขียนได้สอดแทรกอัตลักษณ์ของตนเองผ่านงานเขียนจะเห็นได้ว่าผู้เขียนได้ใช้งานเขียนบอกเล่าความเป็นตัวตนผ่านงานเขียนที่เป็นเรื่องจริงเป็นงานเขียนที่เกิดจากประสบการณ์และความรู้ที่สั่งสมมาของผู้เขียน

2. กลวิธีการนำเสนอเรื่องสั้นในรวมเรื่องสั้นเส้นทางของชีวิตของ ส.สันติ ทิพนา พบว่ากลวิธีการนำเสนอในรวมเรื่องสั้นของผู้เขียน พบว่ามีการเปิดเรื่อง เช่น เปิดเรื่องโดยนาฏการหรือการกระทำขอตัวละครการเปิดเรื่องด้วยการพรรณนาบุคลิกลักษณะของตัวละคร บรรยายฉาก หรือบรรยายภาคเปิดเรื่องด้วยการบรรยายความเป็นไปต่าง ๆ เปิดเรื่องโดยใช้บทสนทนาการเปิดเรื่องโดยการใช้สำนวน คำพังเพย บทกวีหรือคำกล่าวคมคายชวนคิดและเปิดเรื่องด้วยการใช้คำโปรยชวนติดตามส่วนการดำเนินเรื่องเช่น การดำเนินเรื่องตามลำดับเวลาการดำเนินเรื่องย้อนหลัง และการดำเนินเรื่องตามสถานที่และด้านการปิดเรื่องเช่น จบแบบธรรมดาและจบแบบหักมุมโดยเลือกสรรกลวิธีการนำเสนอต่างๆตามเนื้อหาของเรื่องหรือบริบทของเนื้อเรื่องให้มีความสอดคล้องและสัมพันธ์กันตั้งแต่ต้นเรื่องจนจบเรื่องอีกทั้งผู้เขียนได้เลือกใช้กลวิธีนำเสนอเรื่องสั้น ที่หลากหลายแตกต่างกันไปซึ่งทำให้ผู้อ่านได้เห็นกลวิธีการนำเสนอที่ต่างกันแต่มีความเหมาะสมด้านเนื้อหาทำให้เรื่องที่น่าสนใจสัมพันธ์ภาพและทำให้ผู้อ่านสามารถเข้าถึงเรื่องราวที่ผู้เขียนต้องการนำเสนอหรือสื่อสารให้ผู้อ่านได้ทราบเป็นอย่างดี

คำสำคัญ: อัตลักษณ์, กลวิธีการนำเสนอ, เรื่องสั้น, ส.สันติ ทิพนา

ABSTRACT

The objective of this research paper is to study the analysis of identity and presenting short story strategies in the collection of short stories. Path of life of S. Santi Thipphana. By being qualitative research and presenting the descriptive research results The results of the research showed that.

1. Identity of the author in all 5 areas: background, occupation Lifestyle Personality And the stylistic aspects of writing. That is, the author inserts his identity through writing. It can be seen that the author uses the work to tell the identity. Through true writings Is a written work that was born From the experience and knowledge accumulated by the author.

2. Strategies for presenting short stories in short stories collection Path of life of S. Santi Thipphana. path of life found that the presentation strategy in the collection of short stories of the author found that the opening of the story, such as the action of the characters. Opening the story by describing the character traits of the character, describing the scene or atmosphere, opening the story with the description of various possibilities. Open the story using dialogue. Opening the story by using aphorism, aphorism, poetry or thoughtful wit. And open the story with the use of tagline tracking. As for the operation, such as the operation in chronological order Past story processing And proceeding according to location. And the closing aspects, such as normal ending and angled ending. By choosing different presentation strategies based on the content of the story or the context of the story Consistency and relationship From the beginning of the story to the end of the story. In addition, the author uses the short story presentation strategy A variety of different. Which allows the reader to see different presentation strategies But suitable for content Causing the subject to read a relationship. And gives readers access to the story that the author wants to present or communicate to Readers know very well.

Keywords : Identity, Presentation Strategy, Short Story, S.Santi Thipphana

บทนำ

วรรณกรรมเรื่องสั้นเป็นวรรณกรรมร้อยแก้วรูปแบบหนึ่งและได้มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงไปทั้งทางด้านรูปแบบและเนื้อหามาอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ภาษาที่ใช้วิธีการนำเสนอรูปแบบการเขียนแนวการเขียนและเนื้อหาทางความคิดตลอดจนข้อปลีกย่อยต่างๆแล้วแต่ประสบการณ์ของผู้เขียนและยุคสมัยสอดคล้องกับเรื่องสั้น (Shot story) จัดเป็นกรรมกรรมางานเขียนอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งอยู่ในประเภทบันเทิงคดีรูปแบบหนึ่งที่ผู้เขียนสร้างสรรค์ขึ้นมาเพื่อถ่ายทอดอารมณ์ความรู้สึก จินตนาการ แนวคิด ตลอดจนเรื่องราวต่าง ๆ ตามทัศนะความรู้ และประสบการณ์ของผู้เขียน เรื่องสั้นส่วนใหญ่มักจะจำลองภาพชีวิตเรื่องราวและความเป็นอยู่ของมนุษย์ พร้อมทั้งเสนอภาพสังคมในมุมกว้างและแคบ สอดคล้องกับ บรรจง (2527) กล่าวว่าไว้ว่าการเปลี่ยนแปลงแนวการเขียนที่มีความเป็นอิสระสูงและแนวการเปลี่ยนแปลงนี้มักจะมีรูปแบบเก่าหลงเหลืออยู่บ้างดังนั้นอาจกล่าวได้ว่างานเขียนเรื่องสั้นในปัจจุบันได้รับความนิยมาจากผู้อ่านอย่างมากซึ่งเห็นได้จากเรื่องสั้นในวารสารหนังสือรวมเรื่องสั้นและเห็นได้จากจำนวนนักเขียนที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งนักเขียนรุ่นเก่าและนักเขียนรุ่นใหม่เพราะเรื่องสั้นที่มีลักษณะเด่นเฉพาะตัวคือสั้นกระชับได้

ใจความและเรื่องสั้นเป็นที่นิยมของนักอ่านในปัจจุบันทำให้มีผู้ที่สนใจเขียนเรื่องสั้นได้สร้างสรรค์ผลงานเรื่องสั้นของตนเองออกสู่สังคมให้ผู้อ่านได้ชื่นชมผลงานในรูปแบบการเขียนเรื่องสั้นในปัจจุบันนักเขียนได้ใช้กลวิธีการนำเสนอที่แปลกน่าสนใจในส่วนของการนำเสนอเนื้อหาในการนำเสนอคือจะเน้นในเรื่องของการสะท้อนสังคมในปัจจุบันหรือเสียดสีสังคมและยังสะท้อนเรื่องราวในชีวิตจริงที่ตนเองได้ประสบหรือพบเห็นและนำมาสร้างสรรค์ผลงานในรูปแบบของเรื่องสั้นสอดคล้องกับ สันติ (2562) กล่าวว่า วรรณกรรมเรื่องสั้นเป็นวรรณกรรมสมัยใหม่ที่สะท้อนสภาพแห่งยุคสมัยสามารถนำเสนอปัญหาทางด้านการศึกษาศรีรัฐกิจสังคมการเมืองศาสนาความเชื่อขนบธรรมเนียมประเพณีและธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมวิถีชีวิตของคนในสังคมทั้งนี้เนื่องจากลักษณะพิเศษของเรื่องสั้นที่แตกต่างไปจากวรรณกรรมประเภทอื่นๆ กล่าวคือเนื้อหาจะสั้นกระชับเข้มข้นและสามารถสื่อแนวคิดได้ตรงประเด็นอย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้นจากเนื้อหาข้างต้นสรุปได้ว่าวรรณกรรมเรื่องสั้นในปัจจุบันมีความหลากหลายทั้งด้านภาษาและกลวิธีการนำเสนอเนื้อหาและอื่นๆ ทั้งนี้เรื่องสั้นจะออกมาในรูปแบบใดขึ้นอยู่กับว่าผู้ใดเป็นคนแต่งเพราะเรื่องสั้นในปัจจุบันเน้นการแต่งขึ้นโดยประสบการณ์ของผู้แต่งหรืออาจจะเรียกว่าอัตลักษณ์ของนักเขียนแต่ละคนที่มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับว่าผู้เขียนอยู่ในสภาพแวดล้อมแบบใดทัศนคติความคิดเป็นอย่างไรงานเขียนที่ออกมาสู่ผู้อ่านก็เป็นตัวสะท้อนผู้แต่งได้เป็นอย่างดี

อัตลักษณ์คือจิตสำนึกส่วนตัวและจิตสำนึกร่วมในสังคมที่เกิดจากการนิยามตัวเองว่าตัวเอง คือใครมีความเป็นมาอย่างไร แตกต่างจากคนอื่นอย่างไรและจะใช้อะไรเป็นเครื่องหมายของการแสดงออกคำว่า อัตลักษณ์ นั้นหมายถึงอะไร ซึ่งถ้าพูดกันง่าย ๆ ก็คือสิ่งที่แสดงถึงความเป็นตัวตนของคนซึ่งส่วนหนึ่งก็จะเป็นลักษณะของตัวตนภายนอก เช่น กิริยาท่าทาง ภาษาและการแสดงออกต่อบุคคลอื่นกับลักษณะของตัวตนภายใน ได้แก่ความรู้สึกนึกคิดนิสัยใจคอ คตินิยม ความเชื่อและสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ อัตลักษณ์นั้นเป็นเพียงคำที่ต้องการสื่อถึงคำพูดบางประการเพื่อแสดงความเป็นตัวตนของบุคคลและเป็นตัวบ่งชี้ของลักษณะเฉพาะของตัวบุคคล สังคม ชุมชน เช่น เชื้อชาติ ภาษาวัฒนธรรมท้องถิ่นและศาสนา ฯลฯ ซึ่งมีคุณลักษณะที่ไม่ทั่วไปหรือสากลกับสังคมอื่นๆ กล่าวคือลักษณะที่ไม่เหมือนกับของคนอื่น ๆ (ยุรฉัตร, 2546)

ส.สันติ ทิพนา เป็นนามปากกาของนายสันติ ทิพนา เป็นอาจารย์ประจำสาขาวิชาภาษาไทย คณะครูศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด มีผลงานรวมเรื่องสั้น เรื่อง “เส้นทางของชีวิต” ซึ่งเป็นการรวบรวมผลงานการเขียนเรื่องสั้นจำนวน 53 เรื่อง โดยมีเรื่องสั้นบางเรื่องได้ตีพิมพ์ในนิตยสารและวารสารต่าง ๆ เช่น ปี พ.ศ. 2563 เรื่องสั้นที่ถูกตีพิมพ์ล่าสุดในหนังสือพิมพ์เดลินิวส์ คือ เรื่องคนเลี้ยงควายผู้ประสบภัย คอลัมน์การประกวดเรื่องสั้นฉบับวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2563 หน้า 20-21 ส่วนเรื่องคำสัญญาของลูกชายคนที่ 2 ตีพิมพ์ในวารสารวิทยารักษ์ ปีที่ 117 ฉบับที่ 2 เดือนธันวาคม 2561 และเรื่องเสียงกระซิบจากยายแก่ ตีพิมพ์ในนิตยสารชีวิตจริง ปีที่ 40 ฉบับที่ 1195 ปี 2560 จากเรื่องสั้นที่ได้รับการตีพิมพ์นั้น ล้วนถูกตีพิมพ์ในนิตยสารและวารสารที่มีชื่อเสียงของประเทศไทย และ ส.สันติ ทิพนา ได้นำผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์และผลงานการเขียนเรื่องสั้นเรื่องอื่น ๆ นำมารวมเป็นเล่ม คือ หนังสือรวมเรื่องสั้น “เส้นทางของชีวิต” ตีพิมพ์ออกเผยแพร่ให้ผู้อ่านได้ติดตามโดยเป็นเสมือนนักเขียนรุ่นใหม่ที่มีผลงานการแต่งเรื่องสั้นที่ได้รับการตีพิมพ์ในหนังสือพิมพ์ นิตยสาร และวารสารต่าง ๆ โดยผู้เขียนได้แฝงอัตลักษณ์และกลวิธีการนำเสนอเรื่องสั้นผ่านงานเขียนของตนเองไว้อย่างน่าสนใจและน่าติดตาม

จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาวิเคราะห์เพื่อศึกษาอัตลักษณ์และกลวิธีการนำเสนอเรื่องสั้นในรวมเรื่องสั้นเส้นทางของชีวิตของ ส.สันติ ทิพนา ว่าผู้เขียนว่ามีอัตลักษณ์และกลวิธีการนำเสนอเรื่องสั้นอย่างไร มีความสอดคล้องกับเรื่องที่ยื่นขึ้นอย่างไรซึ่งผลจากการวิจัยในครั้งนี้จะทำให้ผู้อ่านและผู้สนใจได้

ประโยชน์จากวิจัยเรื่องนี้ในด้านอัตลักษณ์ของผู้เขียนและการสะท้อนกลวิธีการนำเสนอเรื่องสั้นเพื่อไปปรับใช้ในการเขียนเรื่องสั้นและนำไปใช้ในการเรียนการสอนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาอัตลักษณ์ของผู้เขียนเรื่องสั้นในรวมเรื่องสั้นเส้นทางของชีวิตของ ส.สันติ ทิพนา
2. เพื่อศึกษาวิธีการนำเสนอเรื่องสั้นในรวมเรื่องสั้นเส้นทางของชีวิตของ ส.สันติ ทิพนา

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามระเบียบวิธีการวิจัยตามขั้นตอน

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารที่มีลักษณะสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายในการวิจัยซึ่งมีขั้นตอนดังนี้
 - 1.1 รวบรวมหนังสือรวมเรื่องสั้นเส้นทางของชีวิตของส.สันติทิพนาจำนวน 53 เรื่อง
 - 1.2 รวบรวมเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวรรณกรรมเรื่องสั้น
 - 1.3 รวบรวมและศึกษาแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับอัตลักษณ์
 - 1.4 รวบรวมและศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับกลวิธีการนำเสนอเรื่องสั้น
2. การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยจะดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ได้ตั้งไว้ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดเรื่องอัตลักษณ์ของ ยุธฉัตร (2546) และแนวคิดเรื่องกลวิธีการนำเสนอของ ไพโรจน์ (2539)
3. การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการพรรณนาวิเคราะห์ (Descriptive Analysis)

ผลการวิจัย

จากการศึกษาวิเคราะห์อัตลักษณ์และกลวิธีการนำเสนอเรื่องสั้นในรวมเรื่องสั้นเส้นทางของชีวิตของส.สันติทิพนา

1. **อัตลักษณ์ของผู้เขียน**พบว่าอัตลักษณ์ของผู้เขียนที่พบในรวมเรื่องสั้นเส้นทางของชีวิตของส.สันติทิพนา มี 5 ด้านดังนี้

- 1.1 ด้านภูมิหลังซึ่งผู้เขียนได้นำเสนอเนื้อหาส่วนใหญ่เป็นอดีตหรือความเป็นมาในชีวิตของผู้เขียนเองโดยเนื้อหาของเรื่องเกี่ยวกับวิถีชีวิตในครอบครัวชาวนาในพื้นที่ชนบทในภาคอีสานผู้เขียนมุ่งนำเสนออัตลักษณ์ของคนอีสานในการดำรงชีวิตในอดีตที่เป็นชีวิตที่ไม่มีความสะดวกสบายและได้นำเสนอภาพของครอบครัวที่ยากจนต่อสู้ชีวิตเพื่อให้อยู่รอดในแต่ละวันซึ่งทำให้ผู้อ่านได้รับรู้ถึงอัตลักษณ์ภูมิหลังของผู้เขียนผู้วิจัยขอยกตัวอย่างเรื่องสั้น เรื่อง ชีวิตการเดินทางของครุคนหนึ่ง ดังปรากฏในความตอนหนึ่งว่า

...หลังจบการศึกษาเดือนมีนาคมในปี2549ผมได้สมัครงานในตำแหน่งเจ้าหน้าที่บุคคลของบริษัทแท็กซี่อินเตอร์เทรด จำกัดหลายเดือนต่อมาได้สอบเข้าทำงานในคณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ตำแหน่งนักวิชาการศึกษาประสบการณ์การทำงานหลายปีจนเกิดความคิดอยากใช้ความรู้ความสามารถของตนเองที่เรียนมาจึงเข้าไปสมัครเป็นครูสอนภาษาไทยณโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามในปี2554 ในระหว่างนั้นได้เรียนต่อปริญญาโทสาขาวิชาภาษาและวรรณกรรมไทยเพื่อพัฒนาตนเองในที่สุดผมตัดสินใจลาออกจากราชการของโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคามในปี2558 แต่ไม่ได้ลาออกจากครู เพื่อสอบเข้าไปครูอาจารย์ในมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดและได้เริ่มต้นเป็นครุมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ดในปี2559 จนถึงปัจจุบัน...

(ชีวิตการเดินทางของครุคนหนึ่ง: รวมเรื่องสั้น เส้นทางของชีวิต)

จากตัวอย่างเรื่องสั้นข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้เขียนได้นำเสนออัตลักษณ์ด้านภูมิหลังของตัวเองผ่านตัวละครในเรื่องเกี่ยวกับชีวิตการทำงานตั้งแต่เรียนจบการศึกษาระดับปริญญาตรีและจากนั้นประกอบอาชีพอะไรบ้างซึ่งเป็นการสื่อให้ผู้อ่านได้ทราบภูมิหลังของตัวละคร

1.2 ด้านการประกอบอาชีพเป็นอัตลักษณ์ที่พบมากที่สุดที่ผู้เขียนได้นำเสนออัตลักษณ์ของตนเองด้านการประกอบอาชีพทางการศึกษาคือรับราชการครูและอาจารย์ในมหาวิทยาลัยเนื้อเรื่องส่วนใหญ่จะเป็นการกล่าวถึงฉากที่เป็นห้องเรียนหรือโรงเรียนซึ่งผู้เขียนจะนำเสนอกิจกรรมการเรียนการสอนหรือปัญหาทางการศึกษาหรืออื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาภายในโรงเรียนหรือมหาวิทยาลัยทำให้ผู้อ่านเห็นถึงอัตลักษณ์ด้านการประกอบอาชีพครูได้อย่างลึกซึ้งเพราะผู้เขียนเป็นตัวละครเอกในเรื่องที่นำเสนอเรื่องราวได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างเรื่องสั้น เรื่อง ดอกไม้ที่ผลิบานของครู ดังปรากฏในความตอนหนึ่งว่า

...คุณครูสาวขับรถมอเตอร์ไซด์ถึงที่หมายอย่างปลอดภัย สู່ห้องเรียนที่มีเด็กน้อยรอให้คุณครูสาวมาเพิ่มเติมความรู้ กิจกรรมนันทนาการ การเรียนการสอนที่ไม่เหมือนใคร การเรียนรู้ที่ทันสมัย สื่อการสอนที่มีคุณภาพดี นักเรียนในชั้นเรียนมีความสุขกับการเรียนรายวิชาภาษาไทย คุณครูสาวคนนี้คือ ครูสุกนิดา ศิริภูธร จบการศึกษา ค.บ.ภาษาไทย คณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด ผมเคยสอนเธอตอนนั้นบรรจุเป็นข้าราชการครูอย่างเต็มความภาคภูมิใจ ขอให้เธอประสบความสำเร็จยิ่งขึ้นไป...

(ดอกไม้ที่ผลิบานของครู: รวมเรื่องสั้น เส้นทางของชีวิต)

จากตัวอย่างเรื่องสั้นข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้เขียนได้นำเสนออัตลักษณ์การประกอบอาชีพด้านการศึกษา กล่าวคือผู้เขียนเป็นอาจารย์ได้พบกับนักศึกษาครูที่ตนเองเคยสอน และขณะนี้นักศึกษาที่ตนเคยสอนได้เปลี่ยนสถานะเป็นคุณครูของนักเรียนแล้ว ซึ่งผู้เขียนได้เขียนถึงความรู้สึกที่ได้เห็นลูกศิษย์ประสบผลสำเร็จในหน้าที่การงาน

1.3 ด้านการดำเนินชีวิตผู้เขียนได้นำเสนอเนื้อหาส่วนใหญ่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในแบบของคนภาคอีสานเป็นการสื่อให้เห็นถึงการดำเนินชีวิตประจำวันของคนอีสานหรือแม้กระทั่งประเพณีวัฒนธรรมของชาวอีสานที่ผู้เขียนได้แทรกประเพณีวัฒนธรรมไว้ในส่วนหนึ่งของเรื่องทำให้ผู้เห็นภาพการดำเนินชีวิตของคนอีสานที่ดำเนินชีวิตอย่างเรียบง่ายและมีความสุขกับการดำเนินชีวิตของตนเองผู้วิจัยขอยกตัวอย่างเรื่องสั้น เรื่อง บั้งไฟชีวิต ดังปรากฏในความตอนหนึ่งว่า

..เช้าวันที่สองมิถุนายนอากาศหมุกหมัวครึ้มฟ้าครึ้มฝนไม่นานนักฝนเม็ดเล็กๆทยอยโปรยปรายลงมาพอให้ถนนหนทางได้เปียกชื้น หลังจากที่ได้เหงื่อมานานนมพอฟ้าเปิดปลอดโปร่งเสียงเครื่องไฟฟ้าดังแว่วมาจากท้ายหมู่บ้าน เป็นสัญญาณบอกว่าวันนี้เป็นงานบุญบั้งไฟประจำปีของชาวบ้านเชียงใหม่ตำบลเชียงใหม่อำเภอโพธิ์ชัยที่จัดขึ้นทุกปีในช่วงเดือนมิถุนายนลูกหลานญาติพี่น้องพ่อแม่ลุงป้าน้าอาที่ไปทำงานในเมืองหลวงหรืออยู่ต่างจังหวัดต่างนำบั้งไฟมาจุดถวายหลวงปู่ใหญ่วัดศีระเกษที่ทุกคนเลื่อมใสศรัทธาเป็นพระพุทธรูปที่อยู่คู่บ้านเชียงใหม่นับร้อยปี...

(บั้งไฟชีวิต :รวมเรื่องสั้น เส้นทางของชีวิต)

จากตัวอย่างเรื่องสั้นเรื่องบั้งไฟชีวิตข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้เขียนได้นำเสนออัตลักษณ์ด้านการดำเนินชีวิตของผู้เขียน กล่าวคือผู้เขียนได้นำเสนออัตลักษณ์ถึงการดำเนินชีวิตของตนเองเกี่ยวกับการเข้าร่วมประเพณีบุญบั้งไฟ ซึ่งจัดขึ้นในทุกปี ในหมู่บ้านของตนเอง ซึ่งเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงการดำเนินชีวิตของคนอีสานที่มีวิถีชีวิตและมีวัฒนธรรมประเพณีที่งดงามและเรียบง่าย ตามแบบประเพณีของชาวอีสาน

4. ด้านบุคลิกภาพภายนอกผู้เขียนได้นำเสนอเนื้อหาส่วนใหญ่เกี่ยวกับเรื่องการแต่งกายภายนอกลักษณะการแต่งกายที่ใช้ผ้าพันคอซึ่งผู้เขียนได้นำเสนอลักษณะการแต่งกายที่ใช้ผ้าพันคอผ่านตัวละครที่มีลักษณะ

ของผู้เขียนทำให้ผู้อ่านเห็นได้ว่าอัตลักษณ์ด้านการแต่งกายของผู้เขียนจะใช้ผ้าพันคอที่เป็นผ้าที่ทำจากภาคอีสานซึ่งเป็นลักษณะการแต่งกายเหมือนคนอีสานที่มักจะใช้ผ้าขาวม้าพันคอ เป็นการอนุรักษ์ผ้าขาวม้าของชาวอีสาน ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างเรื่องสั้น เรื่อง เด็กชายตัวดำดังปรากฏในความตอนหนึ่งว่า

...ชายหนุ่มอายุราว 30-35 ปี แต่งตัวธรรมดาสวมเสื้อคอปกดี มีผ้าพันคอเป็นเอกลักษณ์
เด็กชายตัวดำถาม เอาการใคร่ที่ ชายหนุ่มล้วงกระเป๋าเสียดึงออกมาจากกระเป๋ากางเกง เอาดอกเดียวไฉน...

(เด็กชายตัวดำ :รวมเรื่องสั้น เส้นทางของชีวิต)

จากตัวอย่างเรื่องเด็กชายตัวดำ ที่ยกมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าผู้เขียนได้นำเสนออัตลักษณ์ด้านบุคลิกภาพภายนอกของตนเองผ่านตัวละครในเรื่อง กล่าวคือบุคลิกภาพด้านการแต่งกายที่เป็นเอกลักษณ์ของผู้เขียนคือการนำผ้าขาวม้ามาพันและสวมใส่เป็นผ้าพันคอทับเสื้อด้านนอก ซึ่งมีความแปลกและเป็นการอนุรักษ์ผ้าขาวม้าของคนอีสาน

5. ด้านโวหารที่ใช้ในการเขียนผู้เขียนใช้โวหารในการเขียน เช่น บรรยายโวหารอธิบายโวหารพรรณนาโวหารอุปมาโวหารสาธกโวหารไม่พบการนำเสนอ และเทศนาโวหารในที่นี้ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างเรื่องสั้นที่ใช้โวหารด้านการพรรณนาโวหาร คือ เรื่อง เสียงตามสายท้ายหมู่บ้านดังปรากฏในความตอนหนึ่งว่า

...อากาศเมื่อวานนี้ต่างกับวันนี้อย่างสิ้นเชิง อากาศเมื่อวานร้อนระอุจนเป็นแปลดแดดที่สามารถแผดเผาทุกสิ่งอย่างที่อยู่กลางสายแดดได้อย่างมอดไหม้เถื่อนอย่างไรร้อยนั้น เสียงไก่ขันปลุกตั้งแต่ตี 5 อากาศวันนี้พอได้คลายร้อนลงบ้าง เพราะฝนตั้งเค้ามาเมื่อตอนเย็น ฟาร้องคำรามเปรี้ยงๆ น่าจะกลัว สายฟ้าแลบเป็นทางโผล่ทางโค้งฟ้าผ่านจุดนั้นจุดนี้ ไฟฟ้าภายในบ้านติ๊ดๆดับ...

(เสียงตามสายท้ายหมู่บ้าน: รวมเรื่องสั้น เส้นทางของชีวิต)

จากตัวอย่างเรื่องเสียงตามสายท้ายหมู่บ้าน จะเห็นได้ว่าผู้เขียนได้ใช้โวหารในงานเขียน ด้านการพรรณนาโวหาร กล่าวคือผู้เขียนได้ใช้การพรรณนาบรรยายฉากในหมู่บ้านในช่วงเช้า เป็นการพรรณนาให้เห็นถึงบรรยากาศในหมู่บ้านในชนบท

2. ด้านกลวิธีการนำเสนอเรื่องสั้นในรวมเรื่องสั้นเส้นทางของชีวิตของส.สันติทิพนาพบ 3 ด้านดังนี้

2.1 การเปิดเรื่องพบว่ามีทั้งการเปิดเรื่องทั้งหมด 6 ประเด็นดังนี้ 1)เปิดเรื่องโดยนาฏการหรือการกระทำของตัวละคร 2)การเปิดเรื่องด้วยการพรรณนาบุคลิกลักษณะของตัวละครบรรยายฉากหรือบรรยากาศ 3)เปิดเรื่องด้วยการบรรยายความเป็นไปต่างๆ 4)เปิดเรื่องโดยใช้บทสนทนา 5)การเปิดเรื่องโดยการใช้สำนวนพังเพยบทกวีหรือคำกล่าวคมคายชวนคิด 6)เปิดเรื่องด้วยการใช้คำโปรยชวนติดตามในที่นี้ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างเรื่องสั้นที่เปิดเรื่องโดยนาฏการหรือการกระทำของตัวละครคือ เรื่อง แคนา ณ เหล่าหนองจอก ดังปรากฏในความตอนหนึ่งว่า

...ไก่อ้วผู้เฒ่าบอกเวลา 04.00 น. ผมปลุกน้องชาย หลิน หลิน ลูก ลูก น้องชายเริ่มงัวเงียขี้ตาไปมา ผมลงมาเตรียมจักรยาน น้องชายถือถุงกระสอบปุ๋ย เดินตามหลังมา และกระโดดขึ้นนั่งเบาะท้ายจักรยานขณะที่พ่อแม่ยังนอนหลับอยู่...

(แคนา ณ เหล่าหนองจอก : รวมเรื่องสั้น เส้นทางของชีวิต)

จากตัวอย่างเรื่องสั้นที่ยกตัวอย่างข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้เขียนได้เปิดเรื่องโดยการบรรยายพฤติกรรมของตัวละครที่กำลังทำกิจกรรมต่าง ๆ อยู่ ทำให้ผู้อ่านเห็นภาพการกระทำของตัวละครในเรื่องในตอนแรกว่าตัวละครจะกระทำสิ่งใดต่อไป

2.2 การดำเนินเรื่องพบว่ามีทั้งการดำเนินเรื่องทั้งหมด 4 ประเด็นดังนี้ 1)การดำเนินเรื่องตามลำดับเวลา 2) ดำเนินเรื่องย้อนหลัง 3)การดำเนินเรื่องตามสถานที่ 4)การเล่าเรื่องตัวละครตัวใดตัวหนึ่งเป็นผู้เล่า

และผู้เขียนเป็นผู้เล่าในที่นี้ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างเรื่องสั้นที่ดำเนินเรื่องด้วยการเล่าย้อนหลังคือ เรื่อง คำสัญญาของลูกชายคนที่ 2 ดังปรากฏในความความตอนหนึ่งว่า

...ผมทวนคิดถึงหนอนตัวนั้น ตอนนี้อยู่ในไหแล้ว ไหที่แม่เคยทะนุถนอมนั้นไม่อยู่ที่เดิม ไหปลาแดกปลาร้าของแม่ถูกทิ้งร้าง หนอนปลาร้า เชือกรัดปลาร้า วางเปล่า นิ่งหยุดไม่ไหวตั้งวันนี้ผมกลับมาเยี่ยมบ้าน ไม่มีแม่เงาของพ่อแม่ มีแต่บ้านที่ว่างเปล่าคร่ำครึไปด้วยเครื่องเคลือบดินเผาโยงระยางบนเสาอากาศโทรทัศน์ ได้ลมหนาวอย่างโดดเดี่ยวเดียวดาย ไร้เงาพ่อแม่พี่และน้องชาย..

(คำสัญญาของลูกชายคนที่ 2: รวมเรื่องสั้น เส้นทางของชีวิต)

เรื่องสั้นที่ยกมาเป็นตัวอย่างข้างต้น จากเรื่องคำสัญญาของลูกชายคนที่ 2 จะเห็นได้ว่าผู้เขียนใช้กลวิธีการดำเนินเรื่องย้อนหลัง โดยผู้เขียนจะเปิดเรื่องโดยเล่าเรื่องเวลาในอดีต จนดำเนินมาเรื่อย ๆ จนถึงปัจจุบัน หรือเป็นการนำจุดจบของเรื่องมาเล่า เพื่อให้รู้ถึงที่มาที่ไปของตัวละครในเรื่อง

ด้านการเล่าเรื่อง ผู้เขียนได้ใช้กลวิธีการเล่าเรื่อง 2 แบบ คือ ตัวละครตัวใดตัวหนึ่งเป็นผู้เล่าและผู้เขียนเป็นผู้เล่าในที่นี้ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างเรื่องสั้นที่ใช้กลวิธีการเล่าแบบผู้เขียนเป็นผู้เล่า คือ เรื่อง สงกรานต์อันเจ็บแหว่งดังปรากฏในความความตอนหนึ่งว่า

...เทศกาลสงกรานต์หลายปีแล้วที่เขาไม่ได้กลับบ้าน ด้วยภาระหนี้สินที่กู้ ธกส. มาลงทุนเมื่อหลายปีก่อน ทำให้เขาต้องจากพ่อแม่และจากบ้านเกิดมานานหลายปี เขาอาศัยเช่าห้องพักเล็กใกล้อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ เพื่อประกอบกิจการของเขา คือ ขายส้มตำปิ้งไก่ให้หนุ่มสาวโรงงานในย่านนี้มาหลายปี จนมีลูกค้าประจำและคันเคยมานึกกันจนรู้ว่า ส่วนใหญ่ก็เป็นคนบ้านเดียวกันแทบทั้งหมด ปีนี้เขาเตรียมกระเป๋าและของใช้ส่วนตัวเพื่อจะเดินทางกลับบ้านเกิดไปเยี่ยมพ่อแม่พี่น้อง เขาเตรียมไปที่หมอชิตและจองตั๋วเพื่อไปจุดหมายคือจังหวัดร้อยเอ็ด และบ้านของเขาในที่สุด รถยนต์โดยสารพุ่งทะยานไปสู่ถนน...

(สงกรานต์อันเจ็บแหว่ง: รวมเรื่องสั้น เส้นทางของชีวิต)

จากเรื่องสั้นที่ยกมาเป็นตัวอย่างข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้เขียนใช้กลวิธีการดำเนินเรื่องโดยที่ผู้เขียนเป็นผู้เล่าเรื่องเอง ผู้เขียนเป็นผู้ถ่ายทอดเรื่องราวทั้งหมด เป็นการถ่ายทอดประสบการณ์ของผู้เขียนผ่านงานเขียนของตนเอง

2.3 การปิดเรื่องพบว่า มีการปิดเรื่องทั้งหมด 2 ประเด็นดังนี้ 1)การจบแบบธรรมดาและ 2)จบแบบพลิกความคาดหมายหรือจบแบบหักมุมในที่นี้ผู้วิจัยขอยกตัวอย่างเรื่องสั้นที่ใช้การปิดเรื่องแบบจบแบบพลิกความคาดหมายหรือจบแบบหักมุมคือ เรื่อง สงกรานต์อันเจ็บแหว่งดังปรากฏในความความตอนหนึ่งว่า

...คนขับปิกอัพค่อยๆปรับเบาะรถยนต์ขึ้น ขี่ตาสองสามที อ้าวนี้เรากลับไปตั้งแต่ตอนไหน เราลืมแม้แต่สตาร์ทรถหรือนี่ ว้าวแจ้งจิงขับรถยนต์คู่ใจไปตามเป้าหมายที่อยู่ในภวังค์ฝัน..

(ปิกอัพคนเดิม: รวมเรื่องสั้น เส้นทางของชีวิต)

จากเรื่องสั้นที่ยกมาเป็นตัวอย่างข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้เขียนได้ใช้กลวิธีปิดเรื่องที่ให้ผู้อ่านชวนสงสัย และรู้สึกแปลกใจ ที่เรื่องไม่ปิดตามความคาดหมายของผู้อ่าน ซึ่งการปิดเรื่องแบบนี้เป็นการพลิกความคาดหมายหรือจบแบบหักมุม จนทำให้ผู้อ่านรู้สึกงงและสงสัยในเรื่องที่ผู้เขียนได้สื่อออกมา

อภิปรายผล

จากการศึกษาวิเคราะห์อัตลักษณ์ในงานเขียนรวมเรื่องสั้นเส้นทางของชีวิตของ ส.สันติทิพนาพบว่าอัตลักษณ์ที่ผู้เขียนได้แฝงไว้ในงานเขียนเป็นการสะท้อนตัวตนของผู้เขียนให้ผู้อ่านได้รู้จักแนวคิดทัศนคติของผู้เขียนผ่านงานเขียนอัตลักษณ์ที่พบ 5 ด้านคือ 1) อัตลักษณ์ด้านภูมิหลังซึ่งผู้เขียนบอกเล่าเรื่องราวของตนเองตั้งแต่อดีตให้กับผู้อ่านได้ทราบถึงอดีตของผู้เขียนซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของพิศิษฐ์ (2545) กล่าวว่าอัตลักษณ์คือความรู้สึกนึก

คิดที่บุคคลมีต่อตนเองว่าฉันคือใครซึ่งจะเกิดขึ้นจากการปฏิสังสรรค์ระหว่างตัวเรากับบุคคลอื่นผ่านการมองเห็นตนเองและคนอื่นมองเราในขณะนั้นอัตลักษณ์ต้องการความตระหนัก (Awareness) และพื้นฐานของการเลือกบางอย่างคือมีการแสดงตัวตนกับอัตลักษณ์ที่เราเลือกโดยที่ความสำคัญของการแสดงตัวตน (Marking oneself) นั้นคือสามารถบอกหรือระบุได้ว่าตนเองมีอัตลักษณ์เหมือนกับกลุ่มหนึ่งอย่างไรและแตกต่างกับกลุ่มอื่นอย่างไร 2) อัตลักษณ์ด้านการประกอบอาชีพของผู้เขียนพบว่าอาชีพที่ผู้เขียนทำอยู่คือรับราชการทางการศึกษาอาจารย์สอนในมหาวิทยาลัยเป็นการบอกเล่าประสบการณ์ด้านอาชีพของตนเองผ่านงานเขียนเป็นการถ่ายทอดเรื่องราวเกี่ยวกับการศึกษาอาจารย์นักศึกษาหรือส่วนที่เกี่ยวข้องกับการศึกษานับว่าเป็นอาชีพที่คนในสังคมให้ความสำคัญและเคารพนับถือซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับอัตลักษณ์ทางสังคมของอิกูญา (2546) กล่าวว่าอัตลักษณ์ทางสังคม (Social Identity) เป็นลักษณะอย่างหนึ่งในตัวบุคคลที่จะทำให้คนนั้นมีความเป็นตัวตนซึ่งแตกต่างจากผู้อื่นเห็นได้ว่าอัตลักษณ์เป็นคุณลักษณะประการหนึ่งในตัวบุคคลซึ่งในทางสังคมวิทยามองว่าเมื่อบุคคลมาอยู่ร่วมกันในสังคมก็จะมี การติดต่อสื่อสารกันหรือมีการกระทำทางสังคมระหว่างกัน (Social Interaction) โดยพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกมาเป็นปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction) ขึ้นอยู่กับสังคม (Social Norms) ตามโครงสร้างของสังคมนั้นๆ การกระทำระหว่างกันทางสังคมทำให้บุคคลมีบทบาทตามสถานการณ์ที่ตนสัมพันธ์อยู่เพื่อศึกษาความคาบเกี่ยวและปฏิสัมพันธ์ของทั้งสองระดับนี้ 3) อัตลักษณ์ด้านการดำรงชีวิตของผู้เขียนพบว่าผู้เขียนได้แฝงอัตลักษณ์การดำรงชีวิตของตนเองผ่านงานเขียนเพื่อให้งานเขียนมีเนื้อหาที่เหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงของสังคมสำหรับการดำเนินชีวิตที่พบในงานเขียนนั้นเป็นการดำเนินชีวิตแบบคนอีสานมีความเรียบง่ายไม่ว่าจะเป็นอัตลักษณ์การกินการอยู่อาศัยซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโจเซฟบี (Joseph B, 1974) ได้อธิบายคำว่าฮีโร่ทางวัฒนธรรม (Culture Heroes) ว่าเป็นเรื่องที่แสดงถึงความสำคัญของสัญลักษณ์ประจำกลุ่มและความภาคภูมิใจประจำกลุ่มความสำคัญของการสร้างสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมจะทำให้เห็นถึงความแตกต่างและความหลากหลายทางชาติพันธุ์ซึ่งความแตกต่างนี้ควรได้รับการยอมรับมากกว่าการตำหนิหรือความขัดแย้งระหว่างกลุ่มการขัดแย้งระหว่างกลุ่มคนเพราะเกิดจากความแตกต่างและการไม่ยอมรับในวัฒนธรรมของกลุ่มนั้นๆ การยอมรับในอัตลักษณ์ทางวัฒนธรรมของกลุ่มจะทำให้บุคคลได้รับการยอมรับเข้าร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มได้ง่ายมากขึ้น 4) อัตลักษณ์ด้านบุคลิกภาพภายนอกของผู้เขียนพบว่าผู้เขียนได้นำเสนอบุคลิกภาพของตนผ่านตัวละครในเรื่องด้วยการแต่งกายที่มีลักษณะมีผ้าพันคอปกบอถึงการแต่งกายของคนอีสานที่มีผ้าขาวม้าพันคอซึ่งเป็นการแสดงอัตลักษณ์ให้เห็นว่าผู้เขียนเป็นคนอีสานที่อนุรักษ์การแต่งกายแบบภาคอีสานซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของพรทิพย์ (2538) กล่าวว่าสิ่งที่สะท้อนความเป็นอัตลักษณ์ของคนอีสานอีกอย่างหนึ่งคืออาหารซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเป็นตัวตนและวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนอีสานประเพณีวัฒนธรรมและความเชื่อที่อยู่เหนือธรรมชาติยึดมั่นในศาสนาและเชื่อในกฎแห่งกรรมทั้งหมดนี้คือสิ่งที่บ่งบอกถึงความเป็นอัตลักษณ์ของคนอีสานถึงแม้ว่าคนอีสานจะไปประกอบอาชีพในทั่วทุกภาคของประเทศเขาก็จะนำวิถีชีวิตความเชื่อในสิ่งเหล่านี้ไปด้วยและนี่คือความเป็นตัวตนของคนอีสาน 5) อัตลักษณ์ด้านโวหารที่ใช้ในงานเขียนพบว่าผู้เขียนได้ใช้โวหารในงานเขียนที่หลากหลายคือบรรยายโวหารอธิบายโวหารพรรณนาโวหารอุปมาโวหารและเทศนาโวหารเป็นการสร้างอัตลักษณ์ด้านงานเขียนที่หลากหลายของผู้เขียนทำให้ผู้อ่านได้สัมผัสถึงการนำเสนออัตลักษณ์ในงานเขียนที่แตกต่างกันออกไปซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของกิตติชัย (2554) กล่าวว่าโวหารที่ใช้ในงานเขียนหมายถึงกลวิธีในการใช้ภาษาเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่วางไว้ไม่ว่าจะเป็นภาษาพูดหรือภาษาเขียนผู้เขียนย่อมมี “กลวิธี” หรือโวหารหากผู้เขียนภาษาสามารถเลือกใช้คำหรือประโยคได้อย่างเหมาะสมย่อมทำให้ผู้อ่านหรือผู้ฟังเกิดความประทับใจในงานเขียนหนึ่งๆ ไม่จำกัดว่าต้องใช้โวหารอย่างใดอย่างหนึ่งโดยเฉพาะ

จากการศึกษาวิเคราะห์กลวิธีการนำเสนอเรื่องสั้นพบว่าผู้เขียนได้ใช้กลวิธีการนำเสนอเรื่อง 3 ด้านคือ

1) ด้านการเปิดเรื่องโดยผู้เขียนใช้การเปิดเรื่องที่หลากหลายเพื่อให้สอดคล้องกับเนื้อหาของเรื่องและตามความเหมาะสมของเรื่องเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้อ่านสนใจที่จะติดตามเนื้อหาในเรื่องต่อไปซึ่งการนำเสนอการเปิดเรื่องที่

พบมากที่สุดคือการเปิดเรื่องโดยการพรรณนาฉากบรรยากาศในเรื่องซึ่งเป็นการบรรยายความละเอียดของเรื่องทำให้ผู้อ่านสัมผัสถึงอารมณ์ความรู้สึกภายในเรื่องซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของสุธิดา (2556) กล่าวว่าต้องมีการระบายสภาพและบรรยากาศ(Local Color) หมายถึงการพรรณนาภาพอันใดอันหนึ่งเพื่อนำความคิดของผู้อ่านให้ซาบซึ้งในท้องเรื่องให้เห็นฉากที่เราวาดด้วยตัวอักษรนั้นชัดเจน 2) ด้านการดำเนินเรื่องซึ่งผู้เขียนใช้กลวิธีการดำเนินเรื่องที่หลากหลายตามความเหมาะสมของเนื้อเรื่องและกลวิธีการดำเนินเรื่องที่พบมากที่สุดคือการดำเนินเรื่องตามสถานที่ซึ่งเป็นการดำเนินเรื่องโดยใช้สถานที่ใดที่หนึ่งดำเนินเรื่องทั้งหมด ตั้งแต่เริ่มเรื่องจนจบเรื่องและสอดคล้องกับแนวคิดของไพโรจน์ (2539) กล่าวว่าการดำเนินเรื่องตามสถานที่ที่เกิดเหตุผู้เขียนจะเล่าเรื่องที่เกิดในที่หนึ่งจนสิ้นกระแสความแล้วจึงเล่าเหตุการณ์ที่เกิดในอีกที่หนึ่ง 3) ด้านการปิดเรื่องซึ่งผู้เขียนได้ใช้กลวิธีในการปิดเรื่องที่พบในการศึกษาวิเคราะห์คือการปิดเรื่องแบบธรรมดาตามแบบที่ผู้อ่านคาดหวังไว้หลังจากอ่านเนื้อเรื่องและการปิดเรื่องแบบพลิกความคาดหมายกล่าวคือเป็นการปิดเรื่องที่ทำให้ผู้อ่านประหลาดใจ และจินตนาการต่อว่าเรื่องจะจบอย่างไรจากที่ได้อ่านเนื้อเรื่องข้างต้นโดยกลวิธีในการปิดเรื่องที่พบมากที่สุดคือกลวิธีการปิดเรื่องแบบพลิกความคาดหมายซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของศิริวรรณ (2535) กล่าวว่าการปิดเรื่องแบบหักมุมหรือพลิกความคาดหมายของผู้อ่าน (Surprise ending หรือ Twist Ending) การปิดเรื่องแบบนี้เป็นการพลิกความคาดหมายผู้อ่านทำให้ผู้อ่านคาดไม่ถึงการปิดเรื่องประเภทนี้ผู้แต่งต้องมีกลวิธีในการดำเนินเรื่องเป็นอย่างดีและต้องซ่อนบมที่จะพลิกความคาดหมายของผู้อ่านให้สนิทไมควรรให้ผู้อ่านระแคะระคายตั้งแต่ต้นเรื่องหรือกลางเรื่องเพราะจะทำให้เรื่องขาดความน่าสนใจส่วนมากมักปรากฏอยู่ในเรื่องสั้นมากกว่านวนิยายเช่นในเรื่องสร้อยคอที่หายของกรมพระนราธิปประพันธ์พงศ์เป็นต้นโดยเฉพาะเรื่องสั้นในยุคบุกเบิกมักได้รับอิทธิพลการปิดเรื่องแบบนี้จาก O.Henry และ Guy de Maupassant เป็นอันมากแม้ในปัจจุบันจะเสื่อมความนิยมไปบ้างแล้วแต่ก็ยังมียุคปิดเรื่องแบบหักมุมหรือพลิกความคาดหมายให้ผู้อ่านกันอยู่เสมอในงานเขียนประเภทอาชญาวิทยานวนิยายลึกลับที่ซ่อนเงื่อนปมไว้งมมีการใช้วิธีการปิดเรื่องอยู่

จากการศึกษาวิเคราะห์อัตลักษณ์และกลวิธีการนำเสนอเรื่องสั้นในรวมเรื่องสั้นเส้นทางของชีวิตของส.สันติทิพนาผู้เขียนได้นำเสนออัตลักษณ์ของตนเองแฝงไว้ในงานเขียนของตนเองได้อย่างลงตัว แสดงถึงด้านภูมิหลังการประกอบอาชีพ การดำเนินชีวิต บุคลิกภาพ และการใช้โวหารด้านการเขียน เพื่อให้ผู้อ่านได้รู้จักเกี่ยวกับตัวตนของผู้เขียนในด้านต่างๆมากขึ้นและการใช้กลวิธีการนำเสนอเรื่องสั้น เช่น การเปิดเรื่องการดำเนินเรื่อง และการปิดเรื่อง ซึ่งผู้เขียนนั้นได้ใช้รูปแบบการนำเสนอที่หลากหลายตามความเหมาะสมของเนื้อเรื่องเพื่อให้เนื้อเรื่องทั้งหมดเกิดความสัมพันธ์ภาพและชวนให้ผู้อ่านติดตามอีกด้วย

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาวิเคราะห์อัตลักษณ์และกลวิธีการนำเสนอ ในรวมเรื่องสั้น เส้นทางของชีวิตของส.สันติทิพนา ซึ่งผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 2ประเด็น ดังนี้

1. อัตลักษณ์ในงานเขียนของ ส.สันติ ทิพนา

ผู้วิจัยพบว่าอัตลักษณ์ที่พบในรวมเรื่องสั้น เส้นทางของชีวิตของ ส.สันติ ทิพนา ผู้เขียนได้นำเสนออัตลักษณ์ผู้เขียน พบ 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านภูมิหลัง ซึ่งผู้เขียนได้นำเสนอเนื้อหาส่วนใหญ่ เป็นอดีต หรือความเป็นมาในชีวิตของผู้เขียนเอง โดยเนื้อหาของเรื่องเกี่ยวกับ วิถีชีวิตในครอบครัวชาวนาในพื้นที่ชนบทในภาคอีสาน ผู้เขียนมุ่งนำเสนออัตลักษณ์ของคนอีสานในการดำรงชีวิตในอดีต ที่เป็นชีวิตที่ไม่มีความสะดวกสบาย และได้นำเสนอภาพของครอบครัวที่ยากจน ต่อสู้ชีวิตเพื่อให้อยู่รอดในแต่ละวัน ซึ่งทำให้ผู้อ่านได้รับรู้ถึงอัตลักษณ์ภูมิหลังของผู้เขียน

2. ด้านการประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นอัตลักษณ์ที่พบมากที่สุด ผู้เขียนได้นำเสนออัตลักษณ์ของตนเองด้านการประกอบอาชีพทางการศึกษา คือรับราชการครู และอาจารย์ในมหาวิทยาลัย เนื้อเรื่องส่วนใหญ่จะเป็นการกล่าวถึงฉากหรือสถานที่ที่เป็นห้องเรียน โรงเรียน หรือมหาวิทยาลัย ซึ่งผู้เขียนจะนำเสนอกิจกรรมการเรียนการสอนหรือนำเสนอปัญหาทางการศึกษาหรือด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาภายในโรงเรียน หรือมหาวิทยาลัย ทำให้ผู้อ่านเห็นถึงอัตลักษณ์ด้านการประกอบอาชีพครูได้อย่างลึกซึ้ง เพราะผู้เขียนเป็นตัวละครเอกในเรื่องที่นำเสนอเรื่องราวได้เป็นอย่างดี

3. ด้านการดำเนินชีวิต ผู้เขียนได้นำเสนอเนื้อหาส่วนใหญ่เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในแบบของคนภาคอีสาน เป็นการสื่อให้เห็นถึงการดำเนินชีวิตประจำวันของคนอีสาน หรือแม้กระทั่งประเพณีวัฒนธรรมของชาวอีสานที่ผู้เขียนได้แทรกประเพณีวัฒนธรรมไว้ในส่วนหนึ่งของเรื่อง ทำให้ผู้เห็นภาพการดำเนินชีวิตของคนอีสานที่ดำเนินชีวิตอย่างเรียบง่าย และมีความสุขกับการดำเนินชีวิตของตนเอง

4. ด้านบุคลิกภาพภายนอก ผู้เขียนได้นำเสนอเนื้อหาส่วนใหญ่เกี่ยวกับเรื่องการแต่งกายภายนอก ลักษณะการแต่งกายที่ใช้ผ้าพันคอ ซึ่งผู้เขียนได้นำเสนอลักษณะการแต่งกายที่ใช้ผ้าพันคอ ผ่านตัวละครที่มีลักษณะของผู้เขียน ทำให้ผู้อ่านเห็นได้ว่าอัตลักษณ์ด้านการแต่งกายของผู้เขียนจะใช้ผ้าพันคอที่เป็นผ้าที่ทำจากภาคอีสาน เป็นลักษณะการแต่งกายเหมือนคนอีสานที่มักจะใช้ผ้าขาวม้าพันคอ

5. ด้านโวหารที่ใช้ในการเขียน จากโวหารที่ใช้ในการศึกษาวิเคราะห์ทั้งหมด 6 ประเด็น ดังนี้ 1) บรรยายโวหาร ผู้เขียนได้นำเสนอเนื้อหาในการบรรยายหรือบอกเล่าเรื่องราวในนั้น ๆ ให้ผู้อ่านได้ทราบและเข้าใจอย่างตรงไปตรงมา 2) อธิบายโวหาร ผู้เขียนได้นำเสนอเนื้อหาส่วนใหญ่ เพื่ออธิบายเรื่องราวในเรื่อง อย่างเป็นขั้นเป็นตอน ทำให้ผู้อ่านได้ทราบและเข้าใจเป็นลำดับขั้นตอนก่อนหลัง 3) พรรณนาโวหาร ซึ่งเป็นจำนวนมากที่สุดด้านการใช้โวหารในการเขียน ผู้เขียนได้นำเสนอเนื้อหาส่วนใหญ่ในการให้รายละเอียดของบรรยากาศ ตามสถานที่ในแถบภาคอีสาน ทำให้ผู้อ่านได้สัมผัสอารมณ์ความรู้สึกของบรรยากาศที่ผู้เขียนได้พรรณนาขึ้น และทำให้ผู้อ่านได้เกิดจินตนาการภาพบรรยากาศในเรื่องราวต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี 4) อุปมาโวหาร ผู้เขียนได้นำเสนอเนื้อหาส่วนใหญ่เกี่ยวกับการเปรียบเทียบเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในเรื่อง ซึ่งสิ่งที่นำมาเปรียบเทียบนั้น เป็นสิ่งที่คนส่วนใหญ่รู้จักกันดี จึงทำให้ผู้อ่านเข้าใจสิ่งที่ผู้เขียนต้องการนำเสนอได้เป็นอย่างดี 5) สาธกโวหาร ไม่พบการนำเสนอเรื่องราวที่สอดคล้องกับสาธกโวหารในงานเขียน 6) เทศนาโวหาร ผู้เขียนได้นำเสนอเนื้อหาส่วนใหญ่ ที่ทำให้ผู้อ่านได้ข้อคิดจากเรื่องและเป็นการเตือนสติให้ผู้อ่านอีกด้วย

ด้านอัตลักษณ์ด้านการใช้โวหารในงานเขียน พบว่าผู้เขียนได้ใช้อัตลักษณ์ในงานเขียนที่หลากหลาย ตามเนื้อหา และองค์ประกอบต่าง ๆ ในเรื่องนั้น ๆ ซึ่งทำให้ผู้อ่านได้รับรู้เรื่องราวผ่านอัตลักษณ์ในการเขียนที่สอดคล้องกับเรื่องได้อย่างเหมาะสม

2. กลวิธีการเขียนเรื่องสั้นในหนังสือรวมเรื่องสั้น เส้นทางของชีวิตของ ส.สันติ ทิพนา

ผู้วิจัยพบว่ากลวิธีการเขียนเรื่องสั้นที่พบในรวมเรื่องสั้น “เส้นทางของชีวิต” ของ ส.สันติ ทิพนา ผู้เขียนได้นำเสนอกลวิธีในการเขียนเรื่องสั้นที่พบ 3 ด้าน ดังนี้

1. การเปิดเรื่องกลวิธีการนำเสนอเรื่องสั้น ด้านการเปิดเรื่องทั้งหมด 6 ประเด็นดังนี้

1.1 เปิดเรื่องโดยนัยภาพหรือการกระทำของตัวละคร ซึ่งผู้เขียนได้นำเสนอการเปิดเรื่องโดยการกระทำของตัวละครในเรื่อง ในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งอยู่ แล้วผู้เขียนก็บรรยายพฤติกรรมนั้น ๆ

1.2 การเปิดเรื่องด้วยการพรรณนาบุคลิกลักษณะของตัวละคร บรรยายฉาก หรือบรรยากาศ ซึ่งพบมากที่สุดด้านการเปิดเรื่อง ผู้เขียนได้เปิดเรื่องโดยการบรรยายฉาก บรรยากาศของเรื่อง ซึ่งจะเป็นการบรรยายบอกรายละเอียดของฉาก และบรรยากาศภายในเรื่อง

1.3 เปิดเรื่องด้วยการบรรยายความเป็นไปต่าง ๆ ผู้เขียนได้บรรยายความเป็นไปทั่วไปของเรื่องนั้น ๆ เพื่อให้ผู้อ่านได้ทราบเรื่องราวอย่างคร่าว ๆ

1.4 เปิดเรื่องโดยใช้บทสนทนา ผู้เขียนจะใช้การเปิดเรื่องโดยการสนทนาของตัวละครในเรื่อง เพื่อเป็นการเปิดเรื่องโดยที่ผู้อ่านได้รู้จักตัวละครในเรื่อง และบทสนทนานับว่าเป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหาที่ทำให้ผู้อ่านทราบว่าเป็นการกล่าวถึงอะไรในเรื่อง

1.5 การเปิดเรื่องโดยการใช้สำนวน พงศพจน์ บทกวี หรือคำกล่าวคมคาย ขวนคิดซึ่งผู้เขียนได้นำเสนอการเปิดเรื่องโดยการใช้สุภาษิตในการให้ผู้อ่านได้สงสัย และสนใจในเนื้อหาที่กำลังจะอ่านว่ามีความสอดคล้องสัมพันธ์อย่างไรภายในเรื่อง

1.6 เปิดเรื่องด้วยการใช้คำโปรยชวนติดตาม ซึ่งผู้เขียนได้นำเสนอการเปิดเรื่องโดยการใช้ประโยคที่ชวนติดตาม เป็นการกระตุ้นให้ผู้อ่านสนใจ และอยากติดตามเนื้อหาของเรื่อง

จากการศึกษาวิเคราะห์กลวิธีการเปิดเรื่องทั้ง 6 วิธี ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้เขียนได้ใช้กลวิธีการเปิดเรื่องที่หลากหลาย เพื่อกระตุ้นความสนใจของผู้อ่าน และการเปิดเรื่องยังสอดคล้องสัมพันธ์กับเนื้อหาของเรื่องอีกด้วย การเปิดเรื่องที่นำเสนอตามบริบทของเรื่อง ทำให้ผู้อ่านเข้าใจเนื้อเรื่องเบื้องต้น ก่อนที่อ่านเนื้อเรื่องทั้งหมด เป็นการลำดับเรื่องอย่างคร่าว ๆ ว่าเนื้อเรื่องต้องการนำเสนอเรื่องใด เพราะการเปิดเรื่องกับเนื้อเรื่องจะสอดคล้องสัมพันธ์กัน

2. การดำเนินเรื่อง

กลวิธีการนำเสนอเรื่องสั้น ด้านการดำเนินเรื่องทั้งหมด 4 ประเด็นดังนี้

2.1 การดำเนินเรื่องตามลำดับเวลา ผู้เขียนได้นำเสนอการดำเนินเรื่องตามลำดับเวลาก่อน - หลัง เพื่อให้ผู้อ่านได้เข้าใจเนื้อเรื่องตามลำดับเวลาตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน และอนาคต

2.2 ดำเนินเรื่องย้อนหลังซึ่งผู้เขียนได้นำเสนอเรื่องจากการเล่าผลที่เกิดขึ้นในอดีตก่อนแล้วจึงย้อนไปเล่าเรื่องราวที่ทำให้เกิดผลลัพธ์ในปัจจุบัน

2.3 การดำเนินเรื่องตามสถานที่ซึ่งเป็นกลวิธีการดำเนินเรื่องที่พบมากที่สุด ผู้เขียนได้นำเสนอเรื่องราวจากการใช้สถานที่ใดสถานที่หนึ่ง ในการดำเนินเรื่องตั้งแต่ต้นเรื่องจนจบเรื่อง

2.4 การเล่าเรื่อง ซึ่งการเล่าเรื่องแบ่งเป็น 2 วิธี ดังนี้ 1) ตัวละครตัวใดตัวหนึ่งเป็นผู้เล่า ซึ่งผู้เขียนได้ใช้ตัวละครในเรื่องตัวใดตัวหนึ่งเป็นผู้ดำเนินเรื่องตั้งแต่เริ่มเรื่อง จนจบเรื่อง ให้ตัวละครในเรื่องเป็นผู้บอกเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นทั้งหมด 2) ผู้เขียนเป็นผู้เล่า ซึ่งผู้เขียนเป็นคนดำเนินเรื่องหรือเล่าเรื่องราวที่เกิดขึ้นจากประสบการณ์ของตน หรือเรื่องราวที่ได้ประสบด้วยตนเอง เป็นการเล่าที่รู้แจ้ง ทำให้ผู้อ่านเชื่อว่าเรื่องที่อ่านเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริง ตามประสบการณ์ที่ผู้เขียนได้ประสบมาก่อนหน้านี้

จากการศึกษาวิเคราะห์กลวิธีในการดำเนินเรื่องทั้งหมด 4 วิธี จะเห็นได้ว่าผู้เขียนใช้กลวิธีในการดำเนินเรื่องที่หลากหลาย ตามบริบทของเนื้อเรื่อง และเพื่อความเหมาะสมของเนื้อหา กลวิธีการดำเนินเรื่องจึงแตกต่างกันออกไป ทำให้ผู้อ่านได้เข้าถึงอารมณ์ของเรื่องได้เป็นอย่างดี

3. การปิดเรื่อง

กลวิธีการนำเสนอเรื่องสั้น ด้านการปิดเรื่องทั้งหมด 2 ประเด็นดังนี้ 1) การจบแบบธรรมดา ผู้เขียนได้นำเสนอกลวิธีการปิดเรื่องที่จบแบบธรรมดา ตามเนื้อหาของเรื่อง และตามความคาดหวังของผู้อ่าน 2) จบแบบพลิกความคาดหมายหรือจบแบบหักมุม ซึ่งเป็นการปิดเรื่องที่พบมากที่สุด ผู้เขียนต้องการนำเสนอกลวิธีการปิดเรื่องแบบพลิกความคาดหมายของผู้อ่าน ทำให้ผู้อ่านต้องจินตนาการตอนจบของเรื่องด้วยตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยดีขอขอบคุณนักเขียน ส.สันติ ทิพนาที่ให้ความอนุเคราะห์หนังสือรวมเรื่องสั้นเส้นทางของชีวิตและขอขอบคุณเจ้าของแนวคิดและทฤษฎีที่ผู้วิจัยนำมาใช้ในการวิจัยและอ้างอิงในครั้งนี้ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

- กิตติชัย พินโน และคณะ.(2554). ภาษาและการสื่อสาร. กรุงเทพฯ : ภาควิชาภาษาตะวันออก คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- บรรจง บรรเจิดศิลป์.(2527).วางทวนแพ่งปากกา รวมงานวรรณกรรมวิจารณ์ ในรอบกว่า 20 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ :มติชน.
- พรทิพย์ ชังธาดา.(2538). วรรณกรรมท้องถิ่น. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น.
- พิศิษฐ์ คุณวโรตม์. (2545).อัตลักษณ์และกระบวนการต่อสู้เพื่อชีวิตของผู้ติดเชื้อ HIV. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ไพโรจน์ บุญประกอบ. (2539). การเขียนสร้างสรรค์ เรื่องสั้น-นวนิยาย.กรุงเทพฯ : ดอกหญ้า.
- ยุรฉัตร บุญสนิท. (2546). ลักษณะความสัมพันธ์ของวรรณกรรมกับสังคม. ในพัฒนาการวรรณคดี (65). นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ศิวกรณ์หอมสุวรรณ. (2535). วรรณกรรมปัจจุบัน. เชียงใหม่ : ภาควิชาภาษาไทยคณะวิชามนุษยศาสตร์ และสังคมศาสตร์ สถาบันราชภัฏเชียงใหม่.
- สันติ ทิพนา.(2562). ปรากฏการณ์ทางการเมืองและสังคมที่ปรากฏในวรรณกรรมเรื่องสั้นรางวัลพานแว่นฟ้า ประจำปี 2561. ศรีวนาลัย.9(1),35-51.
- ส.สันติ ทิพนา (นามแฝง). (2562). เส้นทางของชีวิต.ร้อยเอ็ด : ม.ป.ท.
- สุธิดา ชูเกียรติ. (2556). การเขียนบันเทิงคดี. ค้นเมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2563 จาก <http://technocommunication1112.blogspot.com/2013/05/12-short-story-6-1-2-complication.html>
- อภิญญาเพื่องฟูสกุล.(2543). แนวคิดหลักทางสังคมวิทยาเรื่องอัตลักษณ์. เอกสารประกอบการนำเสนอในงานประชุมวิชาการระดับชาติสาขาสังคมวิทยาครั้งที่1 คณะกรรมการสถาบันวิจัยแห่งชาติ.
- Joseph B.Aceves.(1974). Identity,Survival&Chang.General Learning Corporation.

การพัฒนานวัตกรรมบริการของธุรกิจสายการบินในยุคดิจิทัล

The Development of Service Innovation
of Airline Business in the Digital Age

ภูวดล งามมาก^{1*}

Puwadon Ngammak^{1*}

¹คณะวิทยาลัยการจัดการ,มหาวิทยาลัยพะเยา

¹College of Mangement, University of Phayao

*Corresponding author; E-mail: Puwadon_ng@hotmail.com

บทคัดย่อ

บทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนานวัตกรรมบริการของธุรกิจสายการบินในยุคดิจิทัลจากแนวคิดแบบดั้งเดิมสู่แนวคิดแบบผสมผสานมากขึ้น ซึ่งเป็นการพัฒนานวัตกรรมบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้โดยสารในยุคดิจิทัลที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในภาคธุรกิจการบิน มารวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อต่อยอดสู่การสร้างโอกาสทั้งในเชิงธุรกิจการบินและการเข้าถึงผู้โดยสาร ดังนั้นนวัตกรรมบริการจึงมีแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมบริการ (Service Innovation) สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในระดับนานาชาติ นวัตกรรมบริการเป็นการบูรณาการกับการใช้เทคโนโลยีมาสนับสนุนส่งเสริมอุตสาหกรรมการบินช่วยสร้างมูลค่าเพิ่มให้กับอุตสาหกรรมการบิน โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจถึงนวัตกรรมบริการกับสถานการณ์ของธุรกิจสายการบินยุคดิจิทัลในปัจจุบัน ธุรกิจสายการบินกับพฤติกรรมผู้โดยสารที่เปลี่ยนแปลงในยุคดิจิทัล ส่งผลถึงรูปแบบของนวัตกรรมบริการด้านต่างๆมาใช้ในการอุตสาหกรรมการบินสู่แนวทางการพัฒนานวัตกรรมบริการของธุรกิจสายการบินในยุคดิจิทัล

คำสำคัญ: การพัฒนา/นวัตกรรมบริการ / ธุรกิจสายการบินยุคดิจิทัล

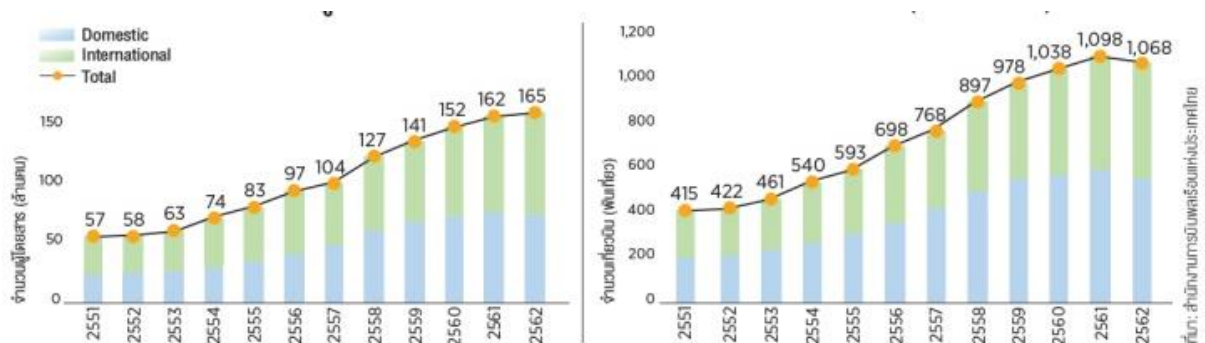
ABSTRACT

This article aims to study the development of service innovation of the airline business in the digital age from traditional concepts to more integrated concepts. It is the development of service innovation to meet the needs of passengers in the digital age, which has played an important role in the aviation sector, and is gathered and analyzed the data in order to create opportunities in the aviation business and to reach passengers. Therefore, service innovation has concepts related to service innovation in line with changes at the international level. Service innovation is integrated with technology applications to support the aviation industry to help increase value for the aviation industry by using knowledge and understanding of service innovation and current airline business situation. Airline business and changing passenger behavior in the digital age affect various forms of service innovation used in the aviation industry towards the development of service innovation of the airline business in the digital age.

Keywords: Development/service innovation / airline business in the digital age

บทนำ

อุตสาหกรรมการบินของไทยได้รับการยอมรับว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนการเติบโตของเศรษฐกิจ เพราะนอกเหนือจากการที่อุตสาหกรรมการบินจะสามารถสร้างรายได้ทางตรงจากการขนส่งผู้โดยสารทั้งในและระหว่างประเทศแล้ว ยังเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ช่วยสนับสนุนอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวที่เป็นรายได้หลักของประเทศด้วย การเติบโตอย่างก้าวกระโดดตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (2551-2560) ส่งผลให้ไทยมีอัตราการเติบโตของการเดินทางทางอากาศสูงกว่าค่าเฉลี่ยของโลกและเอเชียแปซิฟิกตลอดมาอย่างไรก็ตาม การเติบโตอย่างรวดเร็วเริ่มแสดงให้เห็นปัจจัยเชิงลบหลายๆ ด้านที่อุตสาหกรรมการบินของไทยต้องเผชิญ โดยในปี 2558 ขณะที่เรากำลังดีใจกับอัตราการเติบโตของผู้โดยสารสูงสุดในรอบ 10 ปี องค์การการบินพลเรือนระหว่างประเทศ (International Civil Aviation Organization-ICAO) ได้ประกาศแจ้งเตือนประเทศไทยเกี่ยวกับมาตรฐานด้านความปลอดภัย ซึ่งส่งผลกระทบต่อความเชื่อมั่นด้านมาตรฐานทางการบินของประเทศ และทำให้สายการบินสัญชาติไทยไม่สามารถขยายเส้นทางบินหรือเพิ่มความถี่ในบางประเทศได้ นำไปสู่การปรับโครงสร้างในการกำกับดูแล และการปรับปรุงมาตรฐานการกำกับดูแล จนไทยได้รับการปลดธงแดงจาก ICAO ในปี 2560



ภาพที่ 1 แผนภาพจำนวนผู้โดยสารและจำนวนเที่ยวบินของประเทศไทยในช่วง 12 ปี (2551-2562)

ในขณะที่อุตสาหกรรมการบินเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ช่วยสนับสนุนอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว ซึ่งอุตสาหกรรมนี้ก็มีความอ่อนไหวต่อสภาวะการณ์โลกและสถานการณ์ภายในประเทศที่ส่งผลกระทบต่อท่องเที่ยวด้วย เช่น เหตุการณ์เรือล่มในจังหวัดภูเก็ต และสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (COVID-19) ที่ส่งผลให้จำนวนผู้โดยสารลดจำนวนลงอย่างมีนัยสำคัญ รวมทั้งการที่ค่าเงินบาทแข็งค่าขึ้นอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปีที่ผ่านมา ทำให้นักท่องเที่ยวต่างชาติซึ่งเป็นกลุ่มผู้โดยสารหลักมีจำนวนลดลง เพราะค่าใช้จ่ายในการเดินทางมายังไทยสูงกว่าประเทศคู่แข่งในภูมิภาคเดียวกันโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 (COVID-19) ที่รุนแรงและต่อเนื่องไม่หยุดส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจทั่วโลก สำหรับประเทศไทยนั้นด้านการคมนาคมขนส่งได้ผลกระทบเพราะมีหลายประเทศปิดประเทศเพื่อป้องกันการลุกลาม ทำให้การเดินทางหยุดชะงัก ธุรกิจสายการบินย่อมส่งผลกระทบต่อเหตุการณ์ดังกล่าว ขณะที่สายการบินในประเทศไทยถือว่าได้รับผลกระทบอย่างมากจากวิกฤติไวรัสโควิด-19 (COVID-19) ทำให้มีการทยอยแจ้งปิดเส้นทางบินระหว่างประเทศ รวมถึงเส้นทางบินในประเทศที่ได้รับผลกระทบ ซึ่งไม่มีผู้โดยสารใช้บริการ และเพื่อเป็นการยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (COVID-19) ถือว่าเป็นวิกฤติที่ใหญ่ที่สุดเท่าที่อุตสาหกรรมการบินเคยเผชิญ และคาดว่าจะรุนแรงกว่าเหตุการณ์ก่อการร้ายในวันที่ 11 ก.ย.2544 หรือ 9/11 เพราะขณะนี้เริ่มชัดเจนมากขึ้นแล้ว สายการบินต่าง ๆ ไม่เฉพาะแค่ประเทศไทยเท่านั้นที่ได้รับผลกระทบแต่มีกระทบไปทั่วโลก บางรายก็ต้องประกาศล้มละลายหรือเลิกกิจการไป สำหรับในไทยนั้นจะเห็นว่าสายการบินต่าง ๆ ต้องพากันปรับลดต้นทุนและใช้มาตรการฉุกเฉินเพื่อให้ธุรกิจอยู่รอด หลายสายการบินที่ประกาศหยุดการบินชั่วคราวซึ่งก่อนหน้านี้ IATA ได้คาดการณ์ว่าการแพร่ระบาดของ

ไวรัสโควิด-19 จะส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมการบินทั่วโลก จะทำให้รายได้ของสายการบินประเภทเครื่องบินโดยสารลดลง 6.3 หมื่นล้านดอลลาร์ ถึง 1.13 แสนล้านดอลลาร์ในปีนี้ โดยขึ้นอยู่กับสถานการณ์การแพร่ระบาดของจะขยายวงกว้างมากเพียงใด (สมาคมการขนส่งทางอากาศระหว่างประเทศ (IATA)) จึงทำให้ต้องวางแผนการเปลี่ยนแปลงหลังการแพร่ระบาดของไวรัส โควิด-19(COVID-19) ที่ได้ส่งผลกระทบไปยังทุกภาคส่วนของโลก ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงมากมาย และยิ่งอาจจะเป็นตัวเร่งที่ทำให้ปรับใช้เทคโนโลยีในยุคดิจิทัลถูกนำมาใช้ทดแทนการทำงานของมนุษย์จากสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของหลายประเทศทั่วโลก ภาครัฐบาลของแต่ละประเทศจึงให้ความสำคัญในการเสริมสร้างขีดความสามารถในการแข่งขันเพื่อช่วงชิงส่วนแบ่งตลาดท่องเที่ยวโลกโดยเฉพาะประเทศในแถบเอเชียและอาเซียนต่างต้องเร่งรีบกำหนดกลยุทธ์ทางการตลาด เพื่อดึงดูดนักท่องเที่ยวเข้ามาท่องเที่ยวในประเทศตนเพิ่มมากขึ้น ภารกิจด้านการท่องเที่ยวจึงเป็นภารกิจที่ถูกผสมผสานกลมกลืนไปกับการพัฒนาประเทศในทุกมิติ ดังนั้นการกำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาของประเทศต่าง ๆ จึงได้มีการบูรณาการงานด้านการท่องเที่ยวเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาเศรษฐกิจโดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเวลาแห่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านดิจิทัลที่เกิดขึ้นในปัจจุบันซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของอุตสาหกรรมบริการอย่างสิ้นเชิง

ดังนั้นการพัฒนานวัตกรรมบริการจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญกับพัฒนาการของเทคโนโลยียุคดิจิทัลที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วมาใช้สร้างความอยู่รอดให้กับธุรกิจให้มากที่สุดโดยกลยุทธ์นวัตกรรมบริการต้องให้ความสำคัญกับ (Innovation) กับการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลให้สอดคล้องกับพฤติกรรมของผู้โดยสาร ตัวอย่างเช่น สนามบินมีเครื่องเช็คอินอัตโนมัติจะทำให้ผู้เดินทางลดการมีปฏิสัมพันธ์กับพนักงาน หรือกระบวนการก่อนขึ้นเครื่องใช้เวลาสั้นเพราะมีมาตรการตรวจที่เข้มงวดกว่าเก่า จากที่เอาของเหลวและเครื่องมือสื่อสารออกจากกระเป๋าเป็นเรื่องปกติ ต่อไปนี้ก็จะมีการเว้นระยะห่างทางสังคมด้วยเป็นไปได้ว่าเราต้องเริ่มใช้ พาสปอร์ตด้านภูมิคุ้มกัน และมีความพร้อมของข้อมูลเพื่อสร้างนวัตกรรมทางเลือกสำหรับนักท่องเที่ยวตลอดเวลา ตัวอย่างเช่น ธุรกิจสายการบินใช้ตัวเครื่องบินอิเล็กทรอนิกส์แบบไร้กระดาษ ซึ่งไม่เพียงแต่เพิ่มความสะอาดสบายแก่ผู้โดยสาร แต่ยังเป็นจุดเริ่มต้นของการท่องเที่ยวที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งธุรกิจที่ประสบความสำเร็จเหล่านี้อาจเริ่มต้นจากการสร้างความท้าทายใหม่ที่แตกต่างกันจากการดำเนินธุรกิจแบบดั้งเดิมโดยให้ความสำคัญกับการพัฒนาบริการซึ่งเป็นสิ่งที่ธุรกิจบริการและอาจจะขาดความคล่องตัวในการพัฒนาเนื่อง นวัตกรรมบริการยังเป็นเครื่องมือที่สำคัญทางธุรกิจนำไปสู่ความได้เปรียบทางการแข่งขัน(Weng et al.,2012) โดยนวัตกรรมบริการเป็นการนำนวัตกรรมมาปรับปรุงพัฒนารูปแบบและมีขั้นตอนในการให้บริการเพื่อมาให้บริการให้ตรงกับความต้องการของผู้โดยสารเน้นการอำนวยความสะดวกความรวดเร็วในการให้บริการสู่ประโยชน์ของนวัตกรรมในเชิงธุรกิจ เช่นการสร้างแตกต่างในการบริการเพื่อนำไปสู่ความพึงพอใจผู้โดยสารต่อไป

แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมบริการ (Service Innovation)

ความหมายของนวัตกรรม นวัตกรรม (Innovation) พจนานุกรมไทย ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2546 ได้อธิบายไว้ว่า นวัตกรรม เป็นสิ่งที่ทำขึ้นใหม่หรือแปลกจากเดิมซึ่งอาจจะเป็นความคิดหรือ สิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ที่ยังไม่เคยมีใช้มาก่อน หรือเป็นการพัฒนาดัดแปลงมาจากของเดิมที่มีอยู่แล้ว ให้ทันสมัยและใช้ได้ผลดียิ่งขึ้น เมื่อนำนวัตกรรมมาใช้จะช่วยให้การทำงานนั้นได้ผลดีมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าเดิม ทั้งยังช่วย ประหยัดเวลาและแรงงานได้ด้วย

นวัตกรรม (Innovation) มีรากศัพท์มาจาก innovare ในภาษาละติน แปลว่า ทำสิ่งใหม่ขึ้นมา ความหมายของนวัตกรรมในเชิงเศรษฐศาสตร์คือ การนำแนวความคิดใหม่หรือการใช้ประโยชน์จากสิ่งที่มีอยู่แล้วมาใช้ในรูปแบบ

ใหม่ เพื่อทำให้เกิดประโยชน์ทางเศรษฐกิจ หรือก็คือ "การทำในสิ่งที่แตกต่างจากคนอื่น โดยอาศัยการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ (Change) ที่เกิดขึ้นรอบตัวเราให้กลายมาเป็นโอกาส (Opportunity) และถ่ายทอดไปสู่แนวความคิดใหม่ที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและสังคม" แนวความคิดนี้ได้ถูกพัฒนาขึ้นมาในช่วงต้นศตวรรษที่ 20 โดยจะเห็นได้จากแนวคิดของนักเศรษฐศาสตร์เช่น ผลงานของ Joseph Schumpeter ใน The Theory of Economic Development, 1934 โดยจะเน้นไปที่การสร้างสรรค การวิจัยและพัฒนาทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี อันจะนำไปสู่การได้มาซึ่งนวัตกรรมทางเทคโนโลยีที่ (Technological Innovation) สามารถช่วยให้ธุรกิจสามารถผลิตสินค้าและบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยไม่จำเป็นผลิตภัณฑ์ที่ถูกคิดค้นขึ้นมาใหม่เป็นครั้งแรกของโลก แต่อาจจะเป็นสิ่งที่อยู่ใกล้ตัว เช่น การพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่มีอยู่แล้วให้ดียิ่งขึ้น การค้นพบลูกค้ากลุ่มใหม่ การพัฒนาแหล่งวัตถุดิบให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น การปรับเปลี่ยนโครงสร้างองค์กรก็ถือว่าเป็นนวัตกรรมอย่างหนึ่งได้ จากความหมายคำว่านวัตกรรมจึงสรุปได้ว่านวัตกรรมเป็นสิ่งที่ทำขึ้นมาใหม่หรือปรับปรุงของเก่าให้ดีขึ้นหรือแตกต่างไปจากเดิมโดยอาจเป็นกระบวนการ แนวคิด สิ่งประดิษฐ์ ผลิตภัณฑ์ บริการ วิธีการที่นำไปใช้ให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงกว่าเดิม ขณะที่นวัตกรรมส่วนใหญ่ถูกพัฒนาขึ้นโดยอาศัยเทคโนโลยีเข้ามาเกี่ยวข้องเพื่อเปลี่ยนแปลงรูปแบบของการบริการ (Salter & Tether, 2006) ให้ความเห็นว่าธรรมชาติที่เกิดขึ้นจากการบริการของมนุษย์นั้นจะสร้างระดับสัมพันธภาพ และการแลกเปลี่ยนปฏิสัมพันธ์ที่สูงกว่าเทคโนโลยี การบริการจึงถูกออกแบบจากมุมมองและประสบการณ์ของลูกค้าในการมีส่วนร่วม ซึ่งใช้ระยะเวลายาวนานและมีหลายองค์ประกอบ ในการเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการตัดสินใจ เพื่อตอบสนองความพึงพอใจแก่ลูกค้าอย่างเต็มที่ และเพื่อเป็นการปรับปรุงและเพิ่มผลกำไรให้กับธุรกิจการบริการ สามารถอธิบายเป็นกระบวนการที่ถูกถ่ายทอดไปยังผู้รับบริการ และเป็นการโต้ตอบระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งผู้รับบริการมีอิทธิพลมากต่อการปรับปรุงกระบวนการ

นวัตกรรมบริการเป็นข้อสรุปใหม่เกี่ยวกับเรื่องการบริการสำหรับธุรกิจในอนาคตที่จะพัฒนาการสร้างปฏิสัมพันธ์กับลูกค้าในเรื่องระบบการส่งมอบการบริการ (Van Ark et al, 2003)

นวัตกรรมบริการคือการยกระดับประสิทธิภาพไปพร้อมกับการเพิ่มประสิทธิผลของระดับการบริการ และการสร้างมูลค่าเพิ่ม (Usui, 2009)

นวัตกรรมบริการ หมายถึง การพัฒนาบริการใหม่ ๆ มีความสำคัญมากขึ้นในสภาพแวดล้อมทางธุรกิจที่มีความเปลี่ยนแปลงในปัจจุบันนวัตกรรมบริการ (Service Innovation) ทำหน้าที่เป็นเหมือนกลไกเพื่อการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเป็นส่วนสำคัญของการเติบโตทางเศรษฐกิจของภาคอุตสาหกรรมบริการ (Snyder, Witell, Gustafsson, Fombelle, & Kristensson, 2014) ในธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม นั้น การที่ผู้ประกอบการจะมีขีดความสามารถเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องมีการพัฒนาสินค้าและบริการอย่างสม่ำเสมอ ให้มีความแตกต่างโดยการใช้นวัตกรรมมาช่วยสร้างมูลค่าเพิ่ม (Valued Creation) จะเป็นวิธีการที่จะขับเคลื่อนธุรกิจให้มีศักยภาพสามารถพัฒนาและเพิ่มขีดความสามารถทางการแข่งขันทัดเทียมกับคู่แข่งได้ (Rachan, 2011) และในส่วนของผู้ประกอบการนวัตกรรมบริการจัดว่าเป็นกลยุทธ์ของธุรกิจเพื่อที่จะสร้างความได้เปรียบในการแข่งขันทางการตลาดในอุตสาหกรรมบริการ (Musikapodok, 2016) นวัตกรรมบริการ (service innovation) เป็นรูปแบบการใช้นวัตกรรมที่ไม่สามารถมองเห็นได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้ นวัตกรรมบริการโดยส่วนมากมักอยู่ในรูปแบบวิธีการใหม่ในการบริการผู้โดยสารมาสร้างก่อให้เกิดเป็นนวัตกรรมบริการใหม่ๆ นวัตกรรมบริการสร้างสรรค์คุณค่าที่มากกว่าให้กับผู้โดยสารความคาดหวังและความต้องการของผู้โดยสารที่มีต่อการบริการได้เปลี่ยนแปลงไป ธุรกิจการบินจึงต้องพัฒนาบริการใหม่ๆ เพื่อสร้างสรรค์คุณค่าที่เพิ่มมากขึ้นให้แก่ผู้โดยสารและยังคงความได้เปรียบในการแข่งขันเอาไว้ด้วย นวัตกรรมบริการโดยการลดต้นทุนในการบริการและเพิ่มคุณภาพของการบริการและผลิตภัณฑ์พร้อมทั้งเพิ่มมูลค่าการบริการให้กับผู้โดยสาร (Tang, T. T., Wang, M. C. & Tang, Y. 2013) ได้มีการนำเสนอสิ่งใหม่ (Radical Service Innovation) หรือการพัฒนาปรับปรุงจากที่มีอยู่เดิม (Incremental Service Innovation) ทั้ง

ในนวัตกรรมผลิตภัณฑ์และ นวัตกรรมกระบวนการ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ Suttijak, (2019) นอกจากนี้ยังมีงานของ Chongsoonthornwong, (2016) ที่แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมบริการในธุรกิจบริการที่ได้รับการพัฒนาในเชิงพาณิชย์นั้นอาจจะเป็นบริการใหม่ๆ ในตลาด (Radical service innovation) หรือบริการเดิมที่มีอยู่แล้วแต่นำมาเพิ่มคุณค่าของบริการให้ดียิ่งขึ้น (Incremental service innovation)

นวัตกรรมบริการกับสถานการณ์ของธุรกิจสายการบินยุคดิจิทัลในปัจจุบัน

สถานการณ์โลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างไม่หยุดยั้งจากกระแสโลกาภิวัตน์ อุตสาหกรรมการบินได้มีการปรับเปลี่ยนและพัฒนาตนเองเพื่อให้สามารถรองรับและสอดคล้องกับความต้องการและความเป็นไปของตลาดอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 (COVID-19) ที่รุนแรงและต่อเนื่องไม่หยุดส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจทั่วโลก ปัจจุบันจะมีการผ่อนคลายแล้วก็ยังมีผลกระทบต่อรูปแบบการเดินทางในอนาคต ซึ่งการเดินทางหลังการผ่อนคลายมาตรการลงในภาวะที่ยังไม่มีวัคซีนหรือยารักษาโควิด-19 (COVID-19) ถือเป็นสภาวะที่ต้องปรับยุทธศาสตร์ธุรกิจการบินเพื่อรับกับการใช้ชีวิตแบบใหม่ New Normal ของการเดินทางทำให้ธุรกิจสายการบินต้องปรับตัวต่างไปจากเดิมอย่างมาก และส่งผลกระทบมาถึงภาพรวมของธุรกิจสายการบินที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจนหลังจากนี้ คาดว่าการควมรวมกิจการสายการบินจะมีมากขึ้น เพราะการลดการเดินทางแบบฉับพลันทันทีและเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างนานทำให้เกิดส่งผลกระทบรุนแรงต่อรายได้ กำไร และสถานะการเงินของสายการบินต่าง ๆ ขณะที่ความต้องการการเดินทางที่มีแนวโน้มลดลง ในช่วงเวลาที่ยังต้องอยู่กับโควิด-19 (COVID-19) ผู้โดยสารจะมีการปรับพฤติกรรมการเดินทางโดยลดความถี่ในการเดินทางเพื่อลดความเสี่ยง ซึ่งจะกระทบโดยตรงต่อยอดขายของสายการบิน อีกทั้งจำนวนที่นั่งของเครื่องบินก็ต้องลดลงเพื่อรักษาระยะห่างทางสังคมตามข้อกำหนด ซึ่งเป็นปัจจัยลบต่อรายได้ แนวทางการรักษารายได้ของสายการบิน อาจเลือกใช้การขึ้นค่าโดยสาร แต่จะส่งผลให้ผู้โดยสารลดการเดินทางโดยไม่จำเป็น ซึ่งธุรกิจสายการบินจึงต้องปรับตัวอย่างมาก ในการสร้างสมดุลจากรายได้ที่อาจเติบโตได้ยาก กับต้นทุนที่สูงและต้องบริหารจัดการเพื่อให้อยู่รอดพร้อมกับสิ่งที่ต้องทำไปควบคู่กันในช่วงที่ยังไม่มีวัคซีนมารักษาโควิด-19 คือ การดูแลความปลอดภัยทางด้านสุขภาพของผู้โดยสารที่จะมีมากขึ้น ซึ่งกลายเป็นความปกติใหม่ที่ก่อนบิน ระหว่างบิน และถึงจุดหมายปลายทางจะมีมาตรการเข้มข้นในการตรวจอุณหภูมิ การสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า การเตรียมจุดแอลกอฮอล์ให้ล้างมืออยู่ในบริเวณท่าอากาศยานและบนเครื่องบิน ทำให้ต้องเพิ่มระบบหรือกระบวนการในการทำงาน และมีต้นทุนทั้งเรื่องเวลา และค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น และทำให้เกิดแอปพลิเคชันใหม่ๆ ที่ใช้ตรวจสอบติดตามผู้โดยสาร เพราะหากมีการแพร่เชื้อจะสามารถติดตามแก้ไขการระบาดได้ทันที จากสถานการณ์ดังกล่าวจึงทำธุรกิจสายการบินเกิดการพัฒนาเทคโนโลยีเพิ่มมากขึ้น มีส่วนสำคัญในการเติมเต็มและเพิ่มความสะดวกสบายและความปลอดภัยตลอดการเดินทางของผู้โดยสารรวมถึงภาครัฐบาลควรให้ความสำคัญในการลงทุนพัฒนาและส่งเสริมระบบธุรกิจการบิน รวมทั้งสนับสนุนการลงทุนด้านเทคโนโลยีสารสนเทศสมัยใหม่เพื่อตอบสนองต่อแนวโน้มการเดินทางที่กำลังเปลี่ยนแปลงไป

ธุรกิจสายการบินกับพฤติกรรมผู้โดยสารที่เปลี่ยนแปลงในยุคดิจิทัล

การเปลี่ยนแปลงทางด้านเทคโนโลยีด้านนวัตกรรมบริการในอุตสาหกรรมการบินเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้โดยสารซึ่งสายการบินทุกสายการบินต้องเร่งพัฒนาธุรกิจสายการบินให้มีความทันสมัยและสะดวกสบายยิ่งขึ้น มีการนำนวัตกรรมและเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาใช้งานมากขึ้น (จากข้อมูลของ UNWTO) พบว่าปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมการบิน ได้แก่ ด้านความก้าวหน้าของเทคโนโลยีในยุคดิจิทัล ด้านการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มประชากร ด้านการเปลี่ยนแปลงของระบบเศรษฐกิจ ด้านการเปลี่ยนแปลง

ความคาดหวังในการเดินทาง ด้านความไม่แน่นอนของสถานการณ์ในประเทศ และด้านการพัฒนาเมืองอย่างรวดเร็ว จากปัจจัยเหล่านี้ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงกับกลไกการขับเคลื่อนโดยการอาศัยนวัตกรรมบริการและเทคโนโลยีทางด้านการบินอำนวยความสะดวกและง่ายต่อการตัดสินใจของผู้โดยสารหรือผู้ใช้บริการ เช่น มีการใช้ระบบการจองตั๋ว การออกตั๋ว และการอัพเกรดที่นั่งกันด้วยเทคโนโลยีโมบายและการส่ง Boarding pass และการแจ้งเตือนให้กับผู้โดยสารเป็นรายบุคคลโดยผ่านทางข้อความเฟสบุ๊ค, การรับความบันเทิงในขณะเดินทางมีการพัฒนาอุปกรณ์เฉพาะผู้โดยสารแต่ละรายขึ้น ซึ่งเป็นระบบที่ทำให้ผู้โดยสารใช้อุปกรณ์มือถือของตนเองควบคุมสื่อเพื่อความบันเทิงเฉพาะตัว เช่นการดูหนัง ฟังเพลง ขณะโดยสารเครื่องบินได้ ซึ่งในการใช้อุปกรณ์มือถือของตัวเองในการเลือกสรรเพื่อรับความบันเทิงจึงทำให้ผู้ประกอบการด้านการบินต้องเร่งปรับตัวให้ทันกับกระแสความก้าวหน้าของเทคโนโลยีและการเร่งภาพลักษณ์ทางการบินให้เป็นที่ประทับใจผ่านนวัตกรรมบริการในรูปแบบต่าง ๆ เช่น นวัตกรรมบริการที่ได้รับการพัฒนาในเชิงพาณิชย์อาจจะเป็นบริการใหม่ในท้องตลาด หรือบริการเดิมที่มีอยู่แล้วแต่นำมาเพิ่มคุณค่าของบริการให้ดีขึ้น ให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้โดยสารที่หลากหลาย แต่อย่างไรก็ตามความไม่แน่นอนของสถานการณ์ในประเทศโดยเฉพาะหลังจากการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 หลายๆ อย่างอาจจะเปลี่ยนไปซึ่งพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปหลังโควิด-19 นี้จะถูกรู้จักว่าเป็น New Normal (ความปกติใหม่) ชีวิตที่เปลี่ยนแปลงของคนในสังคม และไม่ใช่วิถีชีวิตของผู้คนแต่เพียงเท่านั้นยังรวมไปถึงรูปแบบการดำเนินธุรกิจที่เปลี่ยนแปลงไปด้วยไม่ว่าจะเป็นการเปลี่ยนแปลงของภาคธุรกิจการบิน การทำ Social Distance จะส่งผลให้ธุรกิจการบินลดลง ถึงแม้ว่าสนามบินหรือสายการบินต่าง ๆ จะกลับมาเปิดให้บริการอีกครั้ง แต่การทำ Social Distance ส่งผลให้สายการบินไม่สามารถรับผู้โดยสารได้เท่าเดิม และธุรกิจการบินต้องการดำเนินธุรกิจแบบใหม่เพื่อครอบคลุมต้นทุนของธุรกิจทั้งหมด นอกจากนั้นท่าอากาศยานจะต้องมีการออกระเบียบใหม่ๆ เพื่อให้ป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค โดยการบริหารจัดการด้านความปลอดภัยทางชีวอนามัยมากขึ้นและกฎระเบียบใหม่ๆ เช่น ต้องใส่หน้ากากอนามัยตลอดเวลาไม่ว่าจะอยู่ในสนามบินหรือบนเครื่องบิน การตรวจวัดอุณหภูมิ การเว้นระยะห่างระหว่างผู้โดยสารบนเครื่อง การงดขายอาหารหรือรับประทานอาหารบนเครื่อง และที่สำคัญต้องสร้างความน่าเชื่อถือต่อผู้โดยสารขึ้นมาใหม่เพื่อให้สายการบินกลับมาให้บริการตามปกติแต่ความมั่นใจของผู้โดยสารจะยังไม่กลับมาจนกว่าจะมีการคัดค้านักขึ้นการป้องกันโควิด-19

อย่างไรก็ตาม เพื่อการปรับปรุงประสิทธิภาพการผลิตและลดต้นทุนในการประกอบธุรกิจ จำเป็นต้องอาศัยความรู้ทางด้านนวัตกรรมกระบวนการมาช่วยในการปรับปรุงกรรมวิธีในการผลิต ระบบในการให้บริการนวัตกรรมนับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ธุรกิจ และเพิ่มโอกาสทางความสำเร็จให้แก่ธุรกิจภายใต้ภาวะการแข่งขันทางด้านราคาที่มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น และมีบทบาทในอนาคตอย่างมากในการยกระดับประสบการณ์ด้านการเดินทาง ซึ่งเป็นการทำให้ความพอใจของผู้โดยสารเพิ่มมากขึ้น สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่และช่วยพัฒนาให้มีข้อดีเหนือกว่าคู่แข่งด้วยการเข้าถึงและการขยายระบบเทคโนโลยีสารสนเทศหันมาใช้ธุรกิจบริการดิจิทัลมากขึ้น การซื้อผ่านแอปพลิเคชันทำได้ง่ายและรวดเร็ว ผู้ประกอบการก็เพิ่มการให้บริการผ่านแพลตฟอร์มเหล่านี้มากขึ้นด้วย ถือเป็นโอกาสเติบโตของธุรกิจบริการดิจิทัล

รูปแบบของนวัตกรรมบริการสู่ยุคดิจิทัล

1. นวัตกรรมด้านผลิตภัณฑ์และบริการเป็นนวัตกรรมที่นำมาใช้เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์ทั้งที่เป็นสินค้าและบริการทางการบินเพื่อส่งต่อคุณค่าต่อผู้โดยสารหรือผู้รับบริการและเป็นการเพิ่มมูลค่าให้กับสินค้าเพิ่มประสบการณ์ให้กับผู้โดยสารมีระบบการจัดจำหน่ายอิเล็กทรอนิกส์ Electronic Distribution Systems (EDSs) ซึ่งมาจากการพัฒนาระบบที่ใช้ในอุตสาหกรรมการบินในช่วงปี ค.ศ. 1960 ระบบนี้ทำให้เข้าถึงข้อมูลและราคาที่เป็นปัจจุบัน (Real-time) รวมทั้งการทำการจองต่าง ๆ ได้โดยทันทีซึ่งเป็นการช่วยพัฒนาความสามารถในการให้บริการผู้โดยสาร

ได้อย่างมาก เนื่องจากระบบนี้มีค่าใช้จ่ายน้อยกว่าระบบการจองทางโทรศัพท์ นอกจากนี้ยังเห็นได้ชัดว่าผู้โดยสารมีแนวโน้มทำการจองตั๋วโดยสารกับสายการบินที่ให้บริการระบบการจองโดยตรงกับสายการบิน ซึ่งช่วยให้สายการบินเหล่านี้มีส่วนแบ่งการตลาดและ Aircraft Load มากขึ้น จึงทำให้รายได้ของสายการบินเพิ่มขึ้นด้วย อย่างไรก็ตาม การเปิดเสรีของภาคอุตสาหกรรมการบินในช่วง ค.ศ. 1970 ก่อให้เกิดทางเลือกของเที่ยวบินและค่าโดยสารจำนวนมาก ส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงกับกลไกการขับเคลื่อนโดยการอาศัยนวัตกรรมบริการและเทคโนโลยีทางการบินเพื่ออำนวยความสะดวกและง่ายต่อการตัดสินใจของผู้โดยสาร เช่น ธุรกิจการบินเป็นธุรกิจแข่งขันหนึ่งที่นำสื่อดิจิทัลมาใช้ประโยชน์อย่างเห็นได้ชัด ไม่ว่าจะเป็นการทำตลาดหรือช่วยสร้างความประทับใจต่อลูกค้า รวมทั้งสร้างภาพลักษณ์ที่ดีให้แก่องค์กร อย่างเช่นสายการบิน Virgin America ได้นำเทคโนโลยี Google Street View มาดัดแปลงปรับใช้ในเว็บไซต์ของสายการบิน จนกลายเป็นบริการของตนเองในชื่อว่า Virgin Seat View ที่ให้ผู้โดยสารสำรวจห้องโดยสารของเครื่องบินได้รอบตัว 360 องศา ผู้โดยสารจะหมุนภาพเพื่อชมบรรยากาศภายในเครื่องบินได้ก่อนตัดสินใจ และเพื่อให้ได้ที่นั่งที่ตรงตามอัธยาศัย ทาง Virgin America เชื่อว่าบริการใหม่นี้จะช่วยให้ลูกค้าลองสำรวจที่นั่งโดยสารก่อนเดินทางจริง ซึ่งจะกระตุ้นให้ควักเงินจ่ายเพิ่มอีก เพื่อ “อัปเกรด” ให้ได้ที่นั่งชั้นสูงขึ้นหรือได้บริการที่พิเศษกว่าเดิมสามารถตอบสนองความต้องการที่หลากหลาย

2. นวัตกรรมด้านกระบวนการและบริหารองค์กร นวัตกรรมที่นำมาใช้เพื่อสร้างสรรค์ปรับปรุงพัฒนากระบวนการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศมีบทบาทสำคัญในการทำให้กระบวนการจัดจำหน่ายทุกขั้นตอน ตั้งแต่การแสดงค่าโดยสารไปจนถึงการชำระเงินและการออกบัตรโดยสารเป็นระบบอัตโนมัติและการอัปเดตที่นิ่งกันด้วยเทคโนโลยีโมบายและการส่ง Boarding pass และการแจ้งเตือนให้กับผู้โดยสารเป็นรายบุคคลโดยผ่านทางข้อความเฟสบุ๊ค เพื่อให้เกิดสินค้าและบริการที่มีคุณภาพ นอกเหนือจากการจัดจำหน่ายบัตรโดยสารแล้ว สายการบินยังใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศในการช่วยบริหารจัดการการปฏิบัติงานประจำวันที่ซับซ้อน ในการวิเคราะห์รายได้ ราคา รูปแบบการขายที่ผ่านมา และอัตราค่าบริการ เพื่อที่จะตั้งราคาค่าโดยสารที่ทำให้สายการบินได้รายได้มากที่สุด รวมทั้งยังช่วยในการบริหารจัดการตารางการบิน ตารางการทำงานของลูกเรือ การปฏิบัติงานต่าง ๆ ในสนามบิน ทั้งการเรียกดูข้อมูลการเช็คอิน ระบบการจัดการที่นั่ง การขึ้นเครื่องบิน กระเป๋าสัมภาระ ฯลฯ โดยปกติการพัฒนากระบวนการต่าง ๆ ข้างต้นนั้นมีราคาแพง แต่อย่างไรก็ตาม ระบบเหล่านี้สามารถช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและลดต้นทุนได้ โดยการโอนย้ายงานเอกสารต่าง ๆ ไปให้ผู้โดยสารเป็นผู้ดำเนินการ การจัดจำหน่ายบัตรโดยสารผ่านทางเว็บไซต์จะมีการมอบหมายให้ผู้โดยสารเข้าถึงข้อมูลผู้โดยสารด้วยตนเอง เพื่อเป็นการลดงานที่ใช้แรงงานคนและงานเอกสารทั่วไปแก่สายการบิน ในลักษณะเดียวกันกับการพัฒนาการออกบัตรโดยสารอิเล็กทรอนิกส์ที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเช็คอิน ทางสายการบินจะให้ผู้โดยสารพิมพ์ตั๋วโดยสารในรูปแบบกระดาษออกมาเอง เพื่อช่วยในการลดต้นทุน

3. นวัตกรรมด้านการสื่อสารและการตลาด ซึ่งนำมาเพื่อใช้สื่อสารและการทำการตลาดระหว่างผู้ประกอบการด้านการท่องเที่ยวกับนักท่องเที่ยวซึ่งนำไปสู่กระบวนการให้บริการหรือตกลงซื้อขายและอาจรวมไปถึงการได้ข้อมูลตอบกลับหลังการรับบริการ เช่น การใช้ Social Media ในการเข้าถึงและการบอกต่อ การพัฒนา Digital Marketing การพัฒนาระบบ Loyalty Program การอำนวยความสะดวกด้านการสื่อสารและการแปลภาษา เป็นต้น นอกจากนั้นเน้นเจาะตลาดมีศักยภาพสูง สร้างมูลค่าเพิ่มด้วยการทำให้เห็นคุณค่าและเอกลักษณ์วิถีไทยที่แตกต่าง และแข่งขันได้ในระดับโลก ซึ่งต่อไปจะต้องทำตลาดแบบผสมผสานทั้งเชิงภูมิประเทศ (Geographic) หรือตามโปรไฟล์นักท่องเที่ยว (Demographic) ที่มีอายุ เพศ รายได้ ต่างกันไป หรือแบ่งตามความสนใจชื่นชอบ (Activity/Behavior) เพื่อทำให้เกิดการสื่อสาร “ตรงจุด” ไปที่ความต้องการเฉพาะแต่ละกลุ่ม กระตุ้นให้เกิดการตัดสินใจเดินทางฉับไวทันทีด้วยการใช้เทคโนโลยีสร้างการรับรู้ผ่านสังคมออนไลน์ และนิเวศเดียวต่าง ๆ

แนวทางการพัฒนานวัตกรรมบริการของธุรกิจสายการบินในยุคดิจิทัล

การพัฒนานวัตกรรมบริการของธุรกิจสายการบินในยุคดิจิทัลโดยจะเน้นการพัฒนาที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน และคาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคตที่มีการปรับเปลี่ยนอย่างเลี่ยงไม่ได้ โดยเฉพาะในภาคอุตสาหกรรมการบิน ผู้ประกอบการต่างมุ่งใช้กลยุทธ์ด้านต่าง ๆ ในการรับมือกับปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อทางตรงและทางอ้อมกับธุรกิจ ซึ่งยากที่จะหลีกเลี่ยงได้โดยพึ่งพากระบวนการนวัตกรรมเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อช่วยสนับสนุนการค้นหาข้อมูลและกระบวนการแนะนำต่าง ๆ ความต้องการข้อมูลที่แม่นยำในธุรกิจสายการบินเป็นปัจจุบัน ทำให้ระบบนวัตกรรมเทคโนโลยีสารสนเทศกลายเป็นระบบสากลในอุตสาหกรรมการบิน โดยระบบเทคโนโลยีสารสนเทศทำให้ข้อมูลต่าง ๆ มีการบริหารจัดการอย่างมีระบบจึงมีการเร่งพัฒนารูปแบบของนวัตกรรมบริการในอุตสาหกรรมการบิน ซึ่งช่วยพัฒนาการขายสินค้าทางธุรกิจการบินให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งรูปแบบในการพัฒนานวัตกรรมบริการ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านผลิตภัณฑ์และบริการ ซึ่งนำมาใช้เพื่อพัฒนาผลิตภัณฑ์ทั้งที่เป็นสินค้าและบริการทางการบินเพื่อส่งต่อคุณค่าต่อผู้โดยสาร ด้านนวัตกรรมด้านกระบวนการและบริหารองค์กร นำมาใช้เพื่อสร้างสรรค์ปรับปรุงพัฒนาให้กระบวนการในการเข้าถึงของผู้โดยสารและด้านการสื่อสารและการตลาด นำมาใช้เพื่อสื่อสารและการทำการตลาดระหว่างผู้ประกอบการด้านการบินกับผู้โดยสารให้มีประสิทธิผลมากที่สุด

อย่างไรก็ตามเพื่อการปรับปรุงประสิทธิภาพการผลิตและลดต้นทุนในการประกอบธุรกิจจำเป็นต้องอาศัยความรู้ทางด้านนวัตกรรมกระบวนการมาช่วยในการปรับปรุงกรรมวิธีในการผลิตระบบในการให้บริการนวัตกรรม นับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยสร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่ธุรกิจและเพิ่มโอกาสทางความสำเร็จให้แก่ธุรกิจภายใต้ภาวะการแข่งขันที่มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้น จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบธุรกิจให้สอดคล้องกับพฤติกรรมและความต้องการของผู้โดยสารมากขึ้น การบริการและผลิตภัณฑ์ของสายการบินที่เข้าสู่รูปแบบธุรกิจแบบผสมผสานนี้ (Hybrid Business Model) จะช่วยให้ธุรกิจสายการบินโดยรวมยังคงให้บริการอย่างยั่งยืนได้ต่อไปและสร้างประโยชน์ให้แก่ผู้โดยสารที่จะมีทางเลือกของการบริการที่หลากหลาย และรับรู้ถึงคุณค่าที่เพิ่มขึ้นจากการได้รับการบริการและผลิตภัณฑ์จากสายการบินที่ตรงใจมากขึ้น

ตัวอย่างนวัตกรรมของธุรกิจสายการบินในยุคดิจิทัล

นวัตกรรมเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนอุตสาหกรรมการบินไปข้างหน้า ซึ่งมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วถูกพัฒนาขึ้นอย่างสร้างสรรค์และเข้าใจได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้โดยสารในปัจจุบันอย่างมากซึ่งในด้านการบินนวัตกรรมได้เข้ามาช่วยให้มนุษย์หรือตัวผู้โดยสารหรือผู้ประกอบการสะดวกสบายยิ่งขึ้น ซึ่งสามารถยกตัวอย่างนวัตกรรมในอุตสาหกรรมการบินจากข้อมูลจากสำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ(องค์การมหาชน) หรือ NIA เทคโนโลยีดิจิทัลสำคัญและจำเป็นสำหรับอุตสาหกรรมท่องเที่ยวดังนี้

Big data คาดการณ์สภาพของอุปกรณ์การบินระหว่างให้บริการผู้โดยสารในแต่ละเที่ยวบินอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงาน ยกกระตือรือร้นการบริการ และลดค่าใช้จ่ายในการบำรุงรักษา

บล็อกเชน เป็นเทคโนโลยีที่ช่วยสร้างความปลอดภัยและแม่นยำของข้อมูล แต่อย่างไรก็ตามบล็อกเชนถูกมองว่าอาจนำมาประยุกต์ใช้กับการท่องเที่ยวได้แม้จะยังไม่มีตัวอย่างที่ชัดเจนนัก แต่มีแนวคิดว่าบล็อกเชนอาจนำมาใช้กับการยืนยันตัวตนที่สนามบิน การชำระเงินในต่างประเทศ หรือความโปร่งใสของรีวิวจากนักท่องเที่ยว

Recognition หรือเทคโนโลยีเพื่อการจดจำ ไม่ว่าจะเป็นการจดจำข้อมูลด้วยใบหน้า ลายนิ้วมือ หรือดวงตา การจดจำ ข้อมูลของนักท่องเที่ยวด้วยสิ่งเหล่านี้ จะทำให้การบริการมีศักยภาพที่ดีขึ้น เช่น โรงแรม เลานจ์

หรือสายการบิน สามารถใช้การจดจำข้อมูลลักษณะนี้ เพื่อคัดกรองแขกประจำที่สามารถเข้าไปใช้บริการพื้นที่พิเศษ หรืออาจใช้เพื่อตรวจจับผู้โดยสารหรือแขกที่มักจะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เพื่อให้พนักงานเตรียมรับมือได้ทันทั้งที่

สมาร์ทโฟน มีรายงานว่าปัจจุบันนักท่องเที่ยว 45% ใช้สมาร์ทโฟนดำเนินการทุกอย่างที่เกี่ยวข้องกับแผนท่องเที่ยว เพื่อให้กิจกรรมต่าง ๆ มีความสะดวกสบายมากยิ่งขึ้น โดยสมาร์ทโฟนเป็นปัจจัยที่ทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องต้องเร่งหาทางตอบสนอง เช่น ในระบบสายการบินที่ควรจะต้องมีบริการหรือแพลตฟอร์ม ที่ช่วยลดความยุ่งยากทางด้านเอกสาร บริการจองที่พักหรือร้านอาหารที่ต้องพัฒนาระบบจองคิว รวมทั้งแอปพลิเคชันนำเที่ยวที่ต้องมีการให้ข้อมูลเชิงลึกผ่านภาพ วิดีโอ หรือข้อความ เพื่อให้นักท่องเที่ยวสามารถตัดสินใจได้ทันทั้งที่

ผู้ช่วยเสมือนอัจฉริยะ ซึ่งจะมีความคล้ายคลึงกับ Siri หรือ Alexa แต่เป็นผู้ช่วยที่ฝึกฝนมาเพื่อช่วยเหลือหรือให้ประสบการณ์เฉพาะเกี่ยวกับการท่องเที่ยว พร้อมสร้างความเชื่อมั่นให้กับนักท่องเที่ยวว่าสามารถท่องเที่ยวได้อย่างสะดวกสบาย มีความปลอดภัยและได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง

บทสรุป

การพัฒนานวัตกรรมบริการของธุรกิจสายการบินในยุคดิจิทัลจำเป็นต้องปรับตัวและเร่งการพัฒนารองรับการเปลี่ยนแปลงของเทคโนโลยีที่เข้ามามีบทบาทสำคัญในอุตสาหกรรมการบิน ซึ่งสิ่งที่ผู้ประกอบการ หลายองค์การประสบความสำเร็จและอยู่รอดได้เพราะการสร้างนวัตกรรมที่ผู้ประกอบการหลายองค์การรวบรวมความรู้ทางนวัตกรรมเทคโนโลยี และประสบการณ์ต่าง ๆ ในการสร้างสรรค์และนำเสนอสิ่งแปลกใหม่ในสินค้าและบริการทางการบิน รวมถึงการส่งมอบให้ถึงมือผู้โดยสารไม่เพียงแต่จะส่งผลดีต่อองค์การเท่านั้น แต่ยังทำให้เศรษฐกิจโดยรวมของประเทศเติบโตตามไปด้วยนวัตกรรมช่วยทำให้ผู้ประกอบการค่อย ๆ ก้าวนำคู่แข่งออกไปทีละน้อยปรับเปลี่ยนกลยุทธ์อยู่ตลอดเวลาเพื่อจะได้เปรียบทางการแข่งขันและมีส่วนแบ่งทางการตลาดมากขึ้น จึงนำระบบและกลไกขับเคลื่อนโดยผ่านรูปแบบการพัฒนานวัตกรรมบริการได้แก่ ด้านผลิตภัณฑ์และบริการสามารถสร้างคุณค่าให้กับประสบการณ์ด้านการบินกับผู้โดยสารด้านกระบวนการและบริหารองค์กรโดยมุ่งใช้ทรัพยากรร่วมกันอย่างคุ้มค่าและมีการจัดระบบทำคลังข้อมูลการบินโดยให้เครือข่ายผู้ประกอบการเป็นผู้ให้ข้อมูลเพื่อให้เกิดการใช้ทรัพยากรร่วมกัน เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชัน (Application) ที่ทุกคนสามารถเสนอขายผลิตภัณฑ์และบริการด้านการบินร่วมกัน และด้านการสื่อสารและการตลาดนำไปสู่การพัฒนานวัตกรรมบริการและการตลาดด้านการบิน

ดังนั้นซึ่งหากองค์กรใดไม่สามารถคิดค้นนวัตกรรมบริการได้ในขณะที่องค์กรอื่น ๆ มีการคิดค้นเปลี่ยนแปลงและปรับปรุงกระบวนการดำเนินการต่าง ๆ อยู่ตลอดเวลาจะทำให้เกิดความเสียต่อผลการดำเนินงานขององค์กรได้ ผู้ประกอบการจึงพยายามนำเอานวัตกรรมบริการและความก้าวหน้าทางนวัตกรรมเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อธุรกิจด้านการบินอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดเพื่อเอื้ออำนวยให้ภาคธุรกิจใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลได้ในทุกมิติ ทำให้สื่อสมัยใหม่นี้กลายเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตคนและวงจรธุรกิจทุกระดับ โครงสร้างพื้นฐานทางดิจิทัลที่จะเกิดขึ้นจะเร่งรัดให้ภาคเอกชนต้องรีบปรับตัว พัฒนาระบบธุรกิจ และความเข้าใจด้านไอทีของตนเองให้ลึกซึ้ง เพื่อยืนหยัดในตลาดที่จะต้องเปลี่ยนแปลงในอนาคต

เอกสารอ้างอิง

สำนักงานนวัตกรรมแห่งชาติ. (2562). สืบค้น 16 กุมภาพันธ์ 2563 จาก <http://www.nia.or.th/spring/index.php?page=faq>

Chongsoonthornwong, C. (2016). [Service innovation: A strategy that create a competitive advantage of the service business organization]. Modern management Journal, 14(2), 13-24

- Euromonitor International (2017). สืบค้น 16 กุมภาพันธ์ 2563 “Retailing in thai”
<www.euromonitor.com>.
- Horpibulsk, S., Rachan, R., Suddeepong, A., & Chinkulkijniwat, A. (2011). Strength development in cement admixed Bangkok clay: laboratory and field investigations. *Soils and Foundations*, 51(2), 239-251.
- Miao, P., Han, K., Tang, Y., Wang, B., Lin, T., & Cheng, W. (2015). Recent advances in carbon nanodots: synthesis, properties and biomedical applications. *Nanoscale*, 7(5), 1586-1595.
- Prasertsri, Sareeyapon, SukijKhaochaurklang, and LaphasradaChangkaew. "Service Innovation Market Orientation and Alliance Orientation that Affect the Business Performance Case Study: SMEs Hotel in Phitsanulok Province Thailand." *WMS Journal of Management* 8.4 (2019): 95-107.
- Weng, M. H., Ha, J. L., Wang, Y. C. & Tsai, C. L. (2012). A Study of the Relationship among Service Innovation Customer value and Customer Satisfaction: an industry in TAIWAN. *International Journal of Organizational Innovation*, 4(3), 98-112.
- Salter, A. & Tether, B.S. (2006). Innovation in service. Through the looking glass of innovation studies. Background paper for AIM Research’s grand challenge on Service Science.
- Schumpeter, J. (1934). *The Theory of Economic Development*. (reproduced, New York: 1961). Cambridge: Harvard University Press.
- SukijKhaochaurklang, and LaphasradaChangkaew. "Service Innovation Market Orientation and Alliance Orientation that Affect the Business Performance Case Study: SMEs Hotel in Phitsanulok Province Thailand." *WMS Journal of Management* 8.4 (2019): 95-107.
- Usui, M. (2009). *Zukai seven-eleven ryu service innovation no joken*. Nikkei Business Publications, Inc.
- Van Ark, B., Broersma, L. & den Hertog, P. (2003). Services Innovation, Performance and Policy: A review: on the soft side of innovation: Services innovation and its policy implications. *Economist*, 515(4), 433.

การพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้
ยาฉีดอินซูลินในเขตตำบลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี
Home Pharmaceutical Care System for Diabetes Mellitus Patients Care with Insulin in
KhongchiamSubdistrict, Khongchiam District,
UbonRatchathani Province.

ติยารัตน์ ภูติยา^{1*} สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล²กุลชญา ลอยหา³

TiyaratPootiya^{1*} Songkramchai Leethongdeesakul²Kulchaya Loyha³

¹นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

³คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

¹M.P.H Student, MahasarakhamUniversity

²Faculty of Public Health, MahasarakhamUniversity

³Faculty of Public Health, UbonRatchathaniRajabhat University

*Corresponding author; E-mail: tiyarat2008@hotmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินในเขตตำบลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี โดยมีกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องจำนวน 12 คน และผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายจำนวน 34 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบประเมินด้านความรู้ ด้านการปฏิบัติ ด้านความพึงพอใจ และแบบประเมินมาตรฐานงานบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบบันทึกการสังเกต แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกกิจกรรมประชุมกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาครั้งนี้ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 2) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา 3) คัดเลือกปัญหาและจัดทำแผนปฏิบัติการ 4) ดำเนินกิจกรรมบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านผู้ป่วยเบาหวาน 5) จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน 6) สังเกตและบันทึกผล 7) ประเมินผลการดำเนินงาน 8) ถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้กลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การปฏิบัติ ความพึงพอใจต่อการดำเนินงาน และผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และยังพบว่าการทำงานมีผลการประเมินผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานงานบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยสรุป ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การสร้างรูปแบบการดูแลแบบ KCFC TEAM (KhongChiam Family Care Team) ที่มีจุดเด่นคือการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพที่ทำงานเชิงรุกเข้าไปใน

พื้นที่ และมีกระบวนการทำงานที่ต่อเนื่องภายใต้เป้าหมายที่ชัดเจน รวมทั้งการระดมสรรพกำลังอย่างเต็มความสามารถในการทำงานเป็นทีมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่งผลให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ :การบริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้าน ผู้ป่วยเบาหวาน อินซูลิน

ABSTRACT

This action research aimed to develop the home pharmaceutical care system for diabetes mellitus patients care with insulin in KhongchiamSubdistrict, Khongchiam District, UbonRatchathani Province. The inclusion of 12 participants and 34 diabetes mellitus patients were selected for this study. The research tools of quantitative were questionnaire qualitative were focus groups participated meetings. Quantitative data were analyzed using by descriptive statistics and Inferentialstatistics. Qualitative data were analyzed by content analysis.The results showed that development processes comprised 8 stages 1) meeting with participants 2) contexts and problem analyses 3) problem selection and action plan formulation 4) home pharmaceutical care implements 5) training for diabetes mellitus patients 6) observation and record 7) evaluation 8) lesson learned activities. Additionally, this study demonstrated an improvement inknowledge, practice, clinical outcome andsatisfactionwith the statistical significance($p\text{-value} < 0.05$).This home pharmaceutical care can achieve the standard operating criteria of home pharmaceutical care for chronic disease patients.In conclusion, the key success factors were called as the KCFC TEAM (KhongChiam Family Care Team). That was highlighted to involvement of a multidisciplinary team that works proactively into the community which has a continuous work process with their goals including mobilization to the full capacities of the team work. This is a great resulting in successful operations efficiently.

Keywords:home pharmaceutical care,diabetes mellitus patients, insulin

บทนำ

นโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพในบริการปฐมภูมิส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ใหม่ทางสุขภาพ จากเดิมซึ่งเป็นบริการสุขภาพเชิงตั้งรับไปสู่มิติการให้บริการสุขภาพเชิงรุก ซึ่งส่งผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรการแพทย์ทุกสาขารวมถึงเภสัชกรจากเดิมที่เน้นบทบาทหน้าที่เชิงรับในหน่วยงานเกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อให้สอดคล้องกับการปฏิรูประบบสุขภาพทำให้รูปแบบการให้บริการเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิมุ่งเน้นให้เกิดการให้บริการ เภสัชกรรมแบบเชิงรุกซึ่งสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขในการพัฒนาระบบการแพทย์ปฐมภูมิและการพัฒนาระบบสุขภาพ สาขาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(กระทรวงสาธารณสุข, 2561) งานเภสัชกรรมปฐมภูมิด้านการ

บริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านจึงเป็นอีกหนึ่งบทบาทที่สำคัญของเภสัชกรในการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่เป็นแนวโน้มนำการพัฒนาาระบบสุขภาพระดับพื้นที่ที่สำคัญ

สถานการณ์โรคเบาหวานยังเป็นปัญหาของระบบสาธารณสุขทั่วโลกซึ่งในปัจจุบันความชุกของโรคเบาหวานทั่วโลกยังคงเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่าในปี พ.ศ. 2560 มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 425 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2588 จะเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน องค์การอนามัยโลกระบุว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าในปี ค.ศ. 2030 และจะมีผู้เสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็น 3.2 ล้านคน และสถานการณ์เบาหวานในประเทศไทยมีประชาชนป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น 1.6 ล้านคน ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา และเกิดปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการเกิดโรคแทรกซ้อนอย่างโรคหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของคนไทย (กรมควบคุมโรค, 2561) องค์การอนามัยโลกประมาณการณ์ว่าร้อยละ 11 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมดในประเทศไทยถูกจัดสรรให้กับการดูแลรักษาโรคเบาหวาน และคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 41 ภายในปี พ.ศ. 2573 ทำให้สังคมต้องรับภาระจากโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นถึงสองเท่า เป้าหมายของการดูแลรักษาโรคเบาหวาน คือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ หรือใกล้เคียงกับปกติมากที่สุดเพื่อป้องกันหรือชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้นสามารถปฏิบัติตัวได้หลายวิธีทั้งการออกกำลังกาย การควบคุมอาหารและการรักษาโดยใช้ยา ได้แก่ ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดและยาฉีดอินซูลิน (ชัชสิทธิ์ รัตตสาร, 2560) ในกรณีการใช้ยาฉีดอินซูลินผู้ป่วยควรมีความรู้และความเข้าใจในการใช้ยาฉีดอินซูลินที่ถูกต้องเพื่อประสิทธิภาพสูงสุดในการใช้ยาฉีดอินซูลิน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และลดอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาฉีดอินซูลิน ปัญหาความล้มเหลวจากการใช้ยาฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นปัญหาที่พบได้มากกว่า ร้อยละ 38.0 ของผู้ป่วยเบาหวานที่รักษาด้วยยาฉีดอินซูลินมาเป็นเวลานาน และร้อยละ 36.0 ของผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาฉีดอินซูลินรายใหม่ มีความล้มเหลวจากการใช้ยาฉีดอินซูลินและมี Hemoglobin A1C ในระดับที่สูง มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและอัตราการตายสูงกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีความสามารถในการใช้ยาฉีดอินซูลิน ซึ่งปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการรักษาและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน (นิลนาถ เจริญ, 2559)

โรงพยาบาลโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นจำนวนมาก และมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นทุกปี ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 มีจำนวน 1,429 ราย มีผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินทั้งหมด จำนวน 456 ราย คิดเป็นร้อยละ 31.91 ของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด จากการสำรวจเบื้องต้นพบว่า ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินจำนวน 30 ราย มีปัญหาเกี่ยวกับยา ร้อยละ 63.33 สาเหตุของปัญหาเป็นปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง ร้อยละ 53.33 ผู้ป่วยที่พบปัญหาเกี่ยวกับยา ร้อยละ 84.21 ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่ปกติได้ และจากการประเมินทักษะความสามารถในการใช้ยาฉีดอินซูลินพบว่าผู้ป่วยมีทักษะความสามารถในการใช้ยาฉีดอินซูลินที่ถูกต้องน้อย ซึ่งปัญหาที่พบมีความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข และจากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าผลการประเมินกระบวนการใช้ยาฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานยังมีประสิทธิภาพที่ต่ำ ซึ่ง

อาจจะเกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งตัวผู้ป่วยเอง นโยบายของหน่วยงาน ระบบบริการ กลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการให้การดูแลรักษา ระบบการส่งเสริมสนับสนุนน้อย ระบบการติดตามและการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านยังไม่ได้มาตรฐานซึ่งอินซูลินเป็นยาที่มีวิธีการใช้เฉพาะที่ผู้ป่วยเบาหวานจะต้องได้รับคำแนะนำในการใช้ยาเป็นพิเศษ การบริหารทางเภสัชกรรมผู้ป่วยโดยการออกเยี่ยมบ้านของเภสัชกรจะช่วยให้สามารถแก้ไขปัญหาจากการใช้ยาได้เป็นอย่างดี (ปริญา ฅมอุทธา และคณะ, 2560) ผู้วิจัยจึงมีความประสงค์ที่จะพัฒนาระบบการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อินซูลินในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี ให้บรรลุผลได้ตามมาตรฐานงานบริหารทางเภสัชกรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อินซูลินในเขตตำบลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ Practical Action Research โดยประยุกต์แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1990) ประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการ (Action) การสังเกต (Observation) การสะท้อนผล (Reflection) มาพัฒนาเป็นกระบวนการดำเนินงานดำเนินการศึกษา ตั้งแต่เดือน พฤศจิกายน 2562 - เมษายน 2563

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรเป็นกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดำเนินงาน ประกอบด้วย

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบจำนวน 12 คน ประกอบด้วยเภสัชกร 2 คน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม 4 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6 คน
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อินซูลินที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขต 6 หมู่บ้าน ตำบลโขงเจียม และมารับบริการที่โรงพยาบาลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานีจำนวน 41 คน

กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย

1. ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบ จำนวน 12 คน โดยการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย เภสัชกร 2 คน เจ้าหน้าที่กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลโขงเจียม 4 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6 คน
2. ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อินซูลินที่มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขต 6 หมู่บ้าน ตำบลโขงเจียม และมารับบริการที่โรงพยาบาลโขงเจียม อำเภอโขงเจียม จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 34 คน คัดเลือกโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากจากกลุ่มประชากรจำนวน 41 คน และมีการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร

ของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan) กรณีทราบขนาดของประชากรจากการทบทวนงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยเบาหวานใช้ยาฉีดอินซูลินไม่ถูกต้องร้อยละ 90 (วรวิญญาน์ การเกษและปฐยาวัชร ปรากฏผล, 2560)ซึ่งเป็นสัดส่วนของลักษณะประชากรที่สนใจศึกษา แทนค่าในสูตรได้ดังนี้

$$n = \frac{X^2 Np(1-p)}{e^2 (N-1) + X^2 p(1-p)}$$

$$n = \frac{(3.841)(41)(0.9)(1-0.9)}{(0.05)^2(41-1)+(3.841)(0.9)(1-0.9)}$$

$$= 31.80$$

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มเป้าหมายจำนวน 32 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้กำหนดขนาดกลุ่มเป้าหมายเผื่ออีกร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มเป้าหมายจำนวน 36 คน เมื่อสิ้นสุดการวิจัยมีผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 2 คน ไม่สามารถติดตามผลการวิจัยได้จึงทำให้เหลือผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายทั้งสิ้น จำนวน 34 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลผู้ป่วยแบบประเมินความรู้เรื่องโรคและยารักษาเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวาน แบบประเมินทักษะในการใช้ยาฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวาน แบบประเมินความพึงพอใจในการพัฒนาระบบของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องและผู้ป่วยเบาหวานและแบบประเมินตนเองการดำเนินงานตามมาตรฐานงานบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสังเกตการมีส่วนร่วม แบบบันทึกการสนทนากลุ่มและแบบบันทึกกิจกรรมการประชุมกลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานใช้ Paired t-test , Mcnemar test และ Wilcoxon Matched-Pairs Singed-Ranks testการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การตรวจสอบความตรง (Validity) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.00

การตรวจหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยการนำแบบประเมินความรู้เรื่องโรคและยารักษาเบาหวานที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินของโรงพยาบาลสิรินธร อำเภอสรินธร จังหวัดอุบลราชธานี และหาความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีของคูเดอร์- ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 : KR 20) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.72

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ SSJ.UB 2562-054 และจากมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตามหนังสืออนุมัติเลขที่ 094/2563

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 บริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ในการทำวิจัย

พื้นที่ของตำบลโขงเจียมในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลโขงเจียม ตั้งอยู่ทางทิศตะวันออกสุดของประเทศไทย ติดกับแม่น้ำโขงอาชีพหลัก ได้แก่ ทำนา ประมง ค้าขาย ประกอบด้วย 6 หมู่บ้าน 1,206 หลังคาเรือน และจำนวนประชากร 3,808 คน ปัญหาสุขภาพส่วนใหญ่ประชากรป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และการติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบนแบบเฉียบพลัน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ มีประเพณีวัฒนธรรมตามวิถีชีวิตของชาวอีสาน ได้รับงบประมาณจากกองทุนสุขภาพตำบลเพื่อใช้สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ การบริหารทางเภสัชกรรมในหน่วยบริการปฐมภูมิยังไม่มีแนวทางและรูปแบบที่ชัดเจน จากผลการประเมินตามแบบประเมินตนเองการดำเนินการตามมาตรฐานงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิพบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลโขงเจียมยังไม่ได้ตามเกณฑ์มาตรฐาน

ส่วนที่ 2 กระบวนการในการพัฒนาระบบประกอบด้วย 4 ขั้นตอน 8 กิจกรรมดังนี้

ขั้นที่ 1 การวางแผน (Planning) ได้แก่ 1) ประชุมชี้แจงผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงาน 2) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาของพื้นที่ในการทำวิจัย 3) คัดเลือกปัญหาและจัดทำแผนปฏิบัติการ

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ได้แก่ 4) ดำเนินกิจกรรมบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านผู้ป่วยเบาหวาน 5) จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน

ขั้นที่ 3 การสังเกต (Observation) ได้แก่ 6) สังเกตและบันทึกผลก่อนและหลังการดำเนินงาน

ขั้นที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) ได้แก่ 7) ประเมินผลการดำเนินงาน 8) ถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อหาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน

ส่วนที่ 3 ผลของการพัฒนาระบบ

1) ผลการค้นหาค้นหาปัญหา การแก้ไขและป้องกันปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยา ผู้ป่วยเบาหวานที่เข้ายาลดอินซูลินจำนวน 34 คนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.50 ส่วนใหญ่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 44.10 อายุเฉลี่ย 58.12 (อายุต่ำสุด 40 ปี และอายุสูงสุด 73 ปี) สิทธิในการรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 85.30 สถานะภาพส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 67.60 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบประถมศึกษา ร้อยละ 79.40 การประกอบอาชีพส่วนใหญ่ค้าขาย/ธุรกิจ ร้อยละ 41.20 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000 - 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 47.10 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คุณลักษณะประชากรของผู้ป่วยเบาหวานเข้ายาลดอินซูลิน (n=34)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	9	26.50
หญิง	25	73.50
อายุปัจจุบัน (ปี)		
40-49	7	20.60
50-59	12	35.30
≥60	15	44.10
ค่าเฉลี่ย $\pm$ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	58.12 $\pm$ 8.66	
ค่าต่ำสุด , ค่าสูงสุด	40 , 73	

ตารางที่ 1 (ต่อ)

คุณลักษณะประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สิทธิการรักษา		
บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า	29	85.30
ประกันสังคม	1	2.90
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/อปท.	4	11.80
สถานภาพสมรส		
โสด	2	5.90
สมรส	23	67.60
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	9	26.50
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ประถมศึกษา	27	79.40
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	14.70
มัธยมศึกษาตอนปลาย	1	2.90
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	1	2.90
อาชีพหลักในปัจจุบัน		
ไม่ได้ทำงาน	7	20.60
เกษตรกร	6	17.60
รับจ้าง	6	17.60

ค้าขาย/ธุรกิจ	14	41.20
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1	2.90
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
<5,000 บาท/เดือน	5	14.70
5,000 – 10,000 บาท/เดือน	16	47.10
10,001 – 15,000 บาท/เดือน	4	11.80
15,001 – 20,000 บาท/เดือน	2	5.90
20,001 – 25,000 บาท/เดือน	2	5.90
> 25,000 บาท/เดือน	5	14.70

ผู้ป่วยเบาหวานใช้ยาฉีดอินซูลินทั้งหมด 34 คน ผลการศึกษาพบว่า ทุกคนมีปัญหาการเกี่ยวกับยาซึ่งปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบทั้งหมดมีจำนวน 47 ครั้ง ปัญหาเกี่ยวกับยาที่พบมากที่สุด คือ ปัญหาเกี่ยวกับประสิทธิภาพการรักษา จำนวน 47 ครั้ง ร้อยละ 100 รายละเอียดของปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การได้ผลการรักษาจากยาไม่พอจำนวน 34 ครั้ง ร้อยละ 72.34 สาเหตุของปัญหาพบทั้งหมด 67 ครั้ง สาเหตุของปัญหาที่พบมากที่สุด คือ สาเหตุจากผู้ป่วยในการเก็บรักษายาไม่เหมาะสม จำนวน 32 ครั้ง ร้อยละ 47.76 การแก้ไขปัญหาพบทั้งหมด 82 ครั้ง การแก้ไขปัญหาที่พบมากที่สุด คือ การแก้ปัญหามัผู้ป่วยด้วยการให้คำแนะนำโดยยาจากผู้ป่วย จำนวน 62 ครั้ง ร้อยละ 75.61 ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหทั้งหมด 47 ครั้ง พบว่าผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหามากที่สุด คือ ปัญหาที่ได้รับการแก้ไขทั้งหมด จำนวน 30 ครั้ง ร้อยละ 80.85 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยเบาหวานใช้ยาฉีดอินซูลินตามแนวทาง PCNE version 6.2

ปัญหาเกี่ยวกับยา	รายละเอียด	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
ปัญหาเกี่ยวกับยา (P)		47	100
P1 ประสิทธิภาพการรักษา	- ได้ผลการรักษาจากยาไม่พอ	34	72.34
	- ได้ผลการรักษาผิดไปจากที่ต้องการ	3	6.38
	- มีข้อบ่งชี้ที่ยังไม่ได้ทำการรักษา	1	2.13
	- ผลข้างเคียง	9	19.15
สาเหตุของปัญหา (C)		67	100
C1 การเลือกใช้ยา	- มีข้อบ่งชี้ว่าต้องทำการรักษาด้วยยา	1	1.49
C2 รูปแบบยา	- รูปแบบยาไม่เหมาะสม	2	2.99
C5 การจ่ายยา	- สั่งใช้ยาคลาดเคลื่อน	1	1.49
	- ไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยาตาม ช่วงเวลาที่กำหนดไว้	1	1.49

C6 ขั้นตอนการใช้ยา	- ใช้ยาหรือได้รับการบริหารยาน้อยกว่าที่กำหนดไว้	3	4.48
	- ใช้ยาหรือได้รับการบริหารยามากกว่าที่กำหนดไว้	7	10.45
	- ไม่ใช้ยาหรือไม่ได้รับการบริหารยา	4	5.97
C7 ผู้ป่วย	- ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ยาตามสั่งได้	2	2.99
	- ลืมใช้ยา	14	20.89
	- เก็บรักษายาไม่เหมาะสม	32	47.76
การแก้ไขปัญหา (I)		82	100
I1 แพทย์สั่งใช้ยา	- แจ้งผู้สั่งใช้ยาเพียงอย่างเดียว	1	1.22
	- เสนอต่อผู้สั่งใช้ยาและผู้สั่งใช้ยาตอบรับข้อเสนอ	3	3.66
I2 ผู้ป่วยหรือผู้ดูแล	- ให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ผู้ป่วย	62	75.61
	- ให้คำแนะนำโดยวาจาแก่ผู้ดูแล	6	7.32
	- ผู้ป่วยถูกส่งต่อไปให้ผู้สั่งใช้ยา	5	6.09
ปัญหาเกี่ยวกับยา	รายละเอียด	จำนวน (ครั้ง)	ร้อยละ
I3 ด้วยยา	- เปลี่ยนวิธีการใช้ยา	1	1.22
I4 อื่นๆ	- การส่งต่อให้ อสม.ติดตาม	4	4.88
ผลลัพธ์ของการแก้ไขปัญหา (O)		47	100
O1 ได้รับการแก้ไขทั้งหมด	- ปัญหาได้รับการแก้ไขทั้งหมด	38	80.85
O2 ได้รับการแก้ไขบางส่วน	- ปัญหาได้รับการแก้ไขบางส่วน	9	19.15

2) ผลการประเมินด้านความรู้และทักษะการใช้ยาฉีดอินซูลินผลการประเมินด้านความรู้เรื่องโรคและยารักษาเบาหวานพบว่าก่อนการพัฒนาระบบผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ มีคะแนนความรู้ในระดับดี ร้อยละ 44.10 หลังการพัฒนาระบบผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้ในระดับดี ร้อยละ 52.90 ก่อนการพัฒนาระบบผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 9.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.81 หลังการพัฒนาระบบผู้ป่วยเบาหวานใช้ยาฉีดอินซูลินมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ 11.09 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.14 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้พบว่า หลังการพัฒนาระบบผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนผลการประเมินด้านทักษะการใช้ยาฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานพบว่าก่อนการพัฒนาระบบผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีคะแนนทักษะการใช้ยาฉีดอินซูลินในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.70 หลังการพัฒนาระบบผู้ป่วยเบาหวานมีคะแนนทักษะการใช้ยาฉีดอินซูลินในระดับดี ร้อยละ 100 ก่อนการพัฒนาระบบผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการใช้ยาฉีดอินซูลิน

9.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.30 หลังการพัฒนาระบบผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการใช้อาฉีดยาอินซูลิน 14.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.70 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการใช้อาฉีดยาอินซูลินพบว่า หลังการพัฒนาระบบผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการใช้อาฉีดยาอินซูลินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้เรื่องโรคและยารักษาเบาหวานคะแนนทักษะการใช้อาฉีดยาอินซูลิน

คะแนน	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้เรื่องโรคและยารักษาเบาหวาน				
ดี (คะแนนร้อยละ 80-100)	15	44.10	18	52.90
ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79)	13	38.20	15	44.10
น้อย (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	6	17.60	1	2.90
$\bar{X} \pm SD$	9.23 $\pm$ 1.81		11.09 $\pm$ 1.14	
ทักษะการใช้อาฉีดยาอินซูลิน				
ดี (คะแนนร้อยละ 80-100)	3	8.80	34	100
ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79)	22	64.70	0	0
น้อย (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60)	9	26.50	0	0
$\bar{X} \pm SD$	9.29 $\pm$ 2.30		14.62 $\pm$ 0.70	

3) ผลการประเมินด้านผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า ก่อนการพัฒนาระบบผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด FBS ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 17.60 หลังการพัฒนาระบบผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด FBS ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 44.10 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างสัดส่วนของผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ FBS อยู่ในเกณฑ์ปกติพบว่า หลังการพัฒนาระบบสัดส่วนของจำนวนผู้ป่วยเบาหวานที่มีระดับ FBS อยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.05) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์ทางคลินิกของค่าระดับน้ำตาลในเลือด FBS ของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้อาฉีดยาอินซูลิน (n=34)

เกณฑ์ค่าระดับน้ำตาลในเลือด FBS	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
FBS อยู่ในเกณฑ์ปกติ (80-130 mg/dL)	6	17.60	15	44.10
FBS ไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (<80 หรือ >130 mg/dL)	28	82.40	19	55.90

4) ผลการประเมินด้านความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบ

ผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า ก่อนการพัฒนาระบบผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 41.20 หลังการพัฒนาระบบผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 82.40 ก่อนการพัฒนาระบบผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ 3.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88 หลังการพัฒนาระบบผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ 4.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.43 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวานพบว่า หลังการพัฒนาระบบผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ส่วนผลการศึกษาความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่า ก่อนการพัฒนาระบบผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 41.70 หลังการพัฒนาระบบผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ร้อยละ 75 ก่อนการพัฒนาระบบผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ 3.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.86 หลังการพัฒนาระบบผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจ 4.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.41 ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพบว่า หลังการพัฒนาระบบผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความพึงพอใจต่อการพัฒนาระบบของผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

ระดับความพึงพอใจ	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลิน (n=34)				
พึงพอใจมากที่สุด	4	11.80	28	82.40
พึงพอใจมาก	14	41.20	6	17.60
พึงพอใจปานกลาง	10	29.40	0	0
พึงพอใจน้อย	4	11.80	0	0
พึงพอใจน้อยที่สุด	2	5.90	0	0
$\bar{X} \pm SD$	3.33 $\pm$ 0.88		4.62 $\pm$ 0.43	
ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (n=12)				
พึงพอใจมากที่สุด	3	25.00	9	75.00
พึงพอใจมาก	5	41.70	3	25.00
พึงพอใจปานกลาง	2	16.70	0	0
พึงพอใจน้อย	2	16.70	0	0
$\bar{X} \pm SD$	3.63 $\pm$ 0.86		4.52 $\pm$ 0.41	

5. ผลการประเมินด้านมาตรฐานงานบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้น้ำตาลอินซูลินในการวิจัยครั้งนี้โดยใช้แบบประเมินตนเองตามมาตรฐานงานเภสัชกรรมปฐมภูมิในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนของกระทรวงสาธารณสุข (2558) ในการประเมินประเด็นการดูแลผู้ป่วยระดับครอบครัวที่บ้านพบว่า จากการพัฒนาระบบเพื่อให้มีการดำเนินงานที่มีแนวทางและมาตรฐานที่ชัดเจนและต่อเนื่อง จากการประชุมคณะกรรมการดำเนินงานพบว่า ผลการประเมินได้ระดับ 5 คือ มีการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและชัดเจนได้ในทุกหัวข้อประเมิน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบ

จากผลการประชุมถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบ สามารถสรุปได้ว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ KCFC TEAM (KhongChiam Family Care Team) ที่มีจุดเด่นคือการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพที่ทำงานเชิงรุกเข้าไปในพื้นที่ และมีกระบวนการทำงานที่ต่อเนื่องภายใต้เป้าหมายที่ชัดเจน รวมทั้งการระดมสรรพกำลังอย่างเต็มความสามารถในการทำงานเป็นทีมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องส่งผลให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้น้ำตาลอินซูลินส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการค้นหาปัญหา แก้ไขและป้องกันปัญหาเกี่ยวกับยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Borges, A. et al (2010), สลิซา สะพลอย (2558), สมทรง ราชนิม (2559), ปริญา ถมอุทา และคณะ (2560) และ สุพรศุภโรจนอุดม (2560) ได้ศึกษาและพบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมโดยการเยี่ยมบ้านของเภสัชกรสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษา การแก้ไขหรือลดปัญหาจากการใช้ยาได้ของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดีผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และทักษะการใช้น้ำตาลอินซูลินเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อภิชาติ จิตต์ชื่อ (2558) ได้ศึกษาและพบว่า หลังการให้คำปรึกษาผู้ป่วยเบาหวานมีค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมในด้านความรู้และด้านทักษะเพิ่มมากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ กานต์ธีรา ชัยเรียบ (2560) ได้ศึกษาและพบว่าพัฒนาการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ในเรื่องโรค การใช้น้ำตาลอินซูลินเพิ่มมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ วรินธร พุ่มยี่ม (2560) ได้ศึกษาและพบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบในการส่งเสริมการใช้น้ำตาลอินซูลินในผู้สูงอายุโรคเบาหวานทักษะในการใช้น้ำตาลอินซูลินหลังการใช้รูปแบบเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาดังกล่าวส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกของค่าระดับน้ำตาลในเลือด FBS ของผู้ป่วยเบาหวานให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Borges, A. et al (2010), Mourao, A. et al (2013) และ Wishah, R., Al-Khawaldeh, O. and Albsoul, A. (2015) ได้ศึกษาและพบว่าการบริหารทางเภสัชกรรมในผู้ป่วยเบาหวานสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรักษา การแก้ไขหรือลดปัญหาจากการใช้ยาและส่งผลที่ดีต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ส่วนความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายต่อการพัฒนาระบบเพิ่มขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรินธร พุ่มยี่ม (2560) ได้ศึกษาและ

พบว่าหลังการทดลองใช้รูปแบบในการส่งเสริมการใช้ยาฉีดอินซูลินในผู้สูงอายุโรคเบาหวานกลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจโดยรวมต่อรูปแบบในการส่งเสริมการฉีดอินซูลินในระดับมากและสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณสุโรจนอุดม (2560) ได้ศึกษาและพบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจต่อการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านในระดับมากที่สุด

ผลการประเมินผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานงานบริหารเภสัชกรรมที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณสุโรจนอุดม (2560) ได้ศึกษาและพบว่า การพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเบาหวานส่งผลให้ผลการประเมินการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานและปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยาฉีดอินซูลินคือ KCFC TEAM (KhongChiam Family Care Team) จากการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการระดมความคิด แลกเปลี่ยนเรียนรู้และการประสานงานร่วมกันตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละคนซึ่งส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) ประชุมผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง 2) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา 3) คัดเลือกปัญหาและจัดทำแผนปฏิบัติการ 4) ดำเนินกิจกรรมบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านผู้ป่วยเบาหวาน 5) จัดกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน 6) สังเกตและบันทึกผล 7) ประเมินผลการดำเนินงาน 8) ถอดบทเรียนและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การดำเนินงานดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายได้รับการค้นหา แก้ไขและป้องกันปัญหาเกี่ยวกับยา มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การปฏิบัติ ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานและมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และการดำเนินงานทำให้มีผลการประเมินผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานงานบริหารทางเภสัชกรรมที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน คือ การสร้างรูปแบบการดูแลแบบ KCFC TEAM (KhongChiam Family Care Team) ที่มีจุดเด่นคือการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่ทำงานเชิงรุกเข้าไปในพื้นที่ และมีกระบวนการทำงานที่ต่อเนื่องภายใต้เป้าหมายที่ชัดเจนส่งผลให้การดำเนินงานสำเร็จลุล่วงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการวิจัยในครั้งนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ KCFC TEAM (KhongChiam Family Care Team) จากการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ดังนั้น เพื่อให้มีการสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทีมให้คงอยู่และยั่งยืนต่อไป จึงควรมีการดำเนินงานให้มีความต่อเนื่องและสร้างการมีส่วนร่วมของสหวิชาชีพอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องด้วย

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษากลุ่มเป้าหมายในพื้นที่อื่นที่มีกลุ่มประชากรจำนวนมากขึ้นและมีบริบทที่แตกต่างออกไป รวมถึงการศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายโรคเรื้อรังอื่นๆ และเพิ่มการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ ร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัยย์ ลีทองดีศกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กุลชญา ลอยหา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโขงเจียมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มเป้าหมายทุกท่าน สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณครอบครัวอันเป็นที่รัก ที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่สำคัญที่สุด จนผู้วิจัยได้สำเร็จการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2558). แบบประเมินตนเองการดำเนินงานตามมาตรฐานงานบริการเภสัชกรรมปฐมภูมิระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง.ค้นเมื่อ12 พฤศจิกายน 2562 จาก <http://goo.gl/forms/bf02quedxe>
- กระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2562. ค้นเมื่อ 30 ตุลาคม 2562จากhttp://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/strategymoph61_v10.pdf
- กานต์ธีรา ชัยเรียบ. (2560). การพัฒนารูปแบบการบริหารทางเภสัชกรรมร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่ได้รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียมทั้งในโรงพยาบาลและการดูแลที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชัชลิต รัตสร. (2560). สถานการณ์ปัจจุบันและความร่วมมือเพื่อปฏิรูปการดูแลรักษาโรคเบาหวานในประเทศไทย. ค้นเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2562จาก https://www.novonordisk.com/content/dam/Denmark/HQ/sustainablebusiness/performance-on-tbl/more-about-how-we-work/Creating%20shared%20value/PDF/Thailand%20Blueprint%20for%20Change_2017_TH.pdf
- นิลนาถ เจ๊ะยอ. (2559). ความซุกและปัจจัยทำนายความล้มเหลวในการใช้ยาฉีดอินซูลินของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข.10(3), 333–339.
- ปริญา ฅมอดุทา และคณะ. (2560). ผลของการบริหารเภสัชกรรมผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชนโดยการออกเยี่ยมบ้านในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. ศรีนครินทร์เวชสาร.32(3), 229–235.
- วชิรญาณ การเกษและปัฐยาวัชร ปรากฏผล. (2560)ผลของการสอนฉีดยาด้วยนวัตกรรม GPs Insulin ต่อระดับน้ำตาลในเลือดผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยาฉีดอินซูลิน. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 35(3),145-154.
- วรินทร์ พุ่มยิ้ม. (2560). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการฉีดอินซูลินในผู้สูงอายุโรคเบาหวาน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ.11(1), 49–60.
- ศลิษา สะพลอย. (2558). การพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านสำหรับเภสัชกรโรงพยาบาลสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- สมทรง ราชนิม. (2559). การจัดการปัญหาการใช้ยาของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่บ้านโดยเภสัชกรครอบครัวในเครือข่ายบริการ

สุขภาพอำเภอกระนวน. วารสารเภสัชกรรมไทย.8(1), 169–181.

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). ประเด็นสารรณรงค์วันเบาหวานโลก ปี 2561. ค้นเมื่อ 28 กุมภาพันธ์ 2562จาก<https://thaincd.com/2016/news/announcement-detail.php?id=13256&gid=16>

สุรพร ศุภโรจนอุดม. (2560). การพัฒนารูปแบบการบริบาลทางเภสัชกรรมที่บ้านสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนโรคไตเรื้อรังในเขตตำบลหนองแสง อำเภอลำปำปทุม จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

อภิชาติ จิตต์เชื้อ. (2558). การประเมินความรู้และทักษะของผู้ป่วยก่อน-หลังได้รับคำปรึกษาวิธีใช้ปากกาฉีดยาอินซูลิน ณ โรงพยาบาลศูนย์วชิระภูเก็ต. สงขลานครินทร์เวชสาร.34(1), 27–37.

Borges, A. et al. (2010). The Pharmaceutical care of patients with type 2 diabetes mellitus. Pharmacy World & Science. 32(6) : 730–736.

Mourao, A. et al. (2013). Pharmaceutical care program for type 2 diabetes patients in Brazil:a randomised controlled trial. International Journal of Clinical Pharmacy. 35(1) : 79–86.

Wishah, R., Al-Khawaldeh, O. and Albsoul, A. (2015). Impact of pharmaceutical careinterventions on glycemic control and other health-related clinical outcomes in patients with type 2 diabetes: Randomized controlled trial.Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews. 9(4) : 271–276.

นาฏกรรมในประเพณีกินเขาค่ำ ที่ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง

ของอำเภอสูงเนินจังหวัดนครราชสีมา

Dramatic Works in Khin Khao Kam Festival for Promoting the Development of Strong
Community, Sung Noen District, Nakhon Ratchasima Province.

สนธิยา สันทรุนัย^{1*}

SontiyaSantrunai^{1*}

¹สาขาศิลปะการแสดง คณะศิลปกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร 10300

¹Faculty of Fine and Applied Arts, Suansunandha Rajabhat University, Dusit, Bangkok, 10300

*Corresponding author; E-mail: nuknik.yamapee@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1. ศึกษานาฏกรรมในประเพณีกินเขาค่ำ 2. ศึกษาสภาพชุมชนเข้มแข็งของอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา 3. เพื่อศึกษานาฏกรรมในประเพณีกินเขาค่ำ ที่ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งของอำเภอสูงเนินจังหวัดนครราชสีมาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative Research) ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการศึกษาเอกสาร และการสัมภาษณ์เชิงลึก เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ ชนิดกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured or guided interviews) โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก(Key Informants) คือ ชาวบ้าน เยาวชน ผู้นำชุมชน บุคลากรภาครัฐ โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า นาฏกรรมในประเพณีกินเขาค่ำ เกิดจากคนในชุมชนที่ต้องการพัฒนาอำเภอสูงเนินสามารถแบ่งเป็น ยุคเริ่มต้น ยุคพัฒนา และยุคสืบทอด ประกอบด้วยนาฏศิลป์ไทย นาฏศิลป์พื้นเมือง การแสดงประกอบเพลง การแสดงแสง เสียงที่ บอกเล่าประวัติศาสตร์และวิถีชีวิตของคนสูงเนินผ่านการแสดง โดยการสนับสนุนของผู้นำและชุมชนที่ให้ความร่วมมือกัน ในด้านสภาพชุมชนเข้มแข็งของอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา สามารถแบ่งได้ 4 ด้าน คือ ด้านการเมือง ด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านเศรษฐกิจ ในส่วนของนาฏกรรมในประเพณีกินเขาค่ำเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งของอำเภอสูงเนิน ทั้ง 4 ด้านมีองค์ประกอบ 6 ข้อ คือ 1.การมีอุดมการณ์ร่วมกัน 2.การมีส่วนร่วม 3.การจัดองค์กร 4.กระบวนการเรียนรู้ 5.เกิดทรัพยากรบุคคล 6.การยอมรับ โดยการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งของอำเภอสูงเนินมีแนวคิด 3 ประเด็นหลัก คือ 1. สภาวะพื้นฐานของชุมชน 2. กระบวนการชุมชน 3. พลังชุมชน

คำสำคัญ: นาฏกรรม, ประเพณีกินเขาค่ำ, การพัฒนาชุมชน, ชุมชนเข้มแข็ง

ABSTRACT

The purpose of this study was to 1. Dramatic works in Khin khao kam tradition. 2. Study about strong community of Sung neon district, Nakhon Ratchasima province. 3.To study Dramatic works in Khin khao kam tradition which to promote the development of strong communities of Sung neon district, Nakhon Ratchasima province, Research qualitative (Qualitative Research). The students collected the data by documents analysis and intensive interview .The tool was a questionnaire interviews by (Semi-structured or guided interviews). The group of key informants (Key Informants) was the youth, villager, leader, and government personnel. By selecting a specific (Purposive Sampling) analysis the data by analysis the content.

The study shown that Dramatic works, Khin khao kam tradition. Cause of the community needs to develop Sung neon district. It can be divided into the beginning period, development period and inheritance period. Including Thai native dance, Thai music performances, composition to light and sound show tells the history story. And way of life through the performance by support from the leaders and communities to work together. The strong community of Sung neon district, Nakhon Ratchasima province can be divided into four aspects: political, social and cultural, environmental and economic.Dramatic works, Khin khao kam tradition is the process that promotes the development of strong community of Sung neon district in 4 aspects and 6 elements is to have common ideals and participation organizational learning process. There was a human resource and excepting by the development the strong community of Sung neon district in three main issues: 1.the condition of the community 2.the community processing and 3.community empower.

Keywords: Drama, Evening Eating, Community Development, Strong Community

บทนำ

ยุทธศาสตร์ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จึงพยายามสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนด้วยวิธีการต่างๆ แต่หากพิจารณาอย่างรอบคอบแล้ว ชุมชนอ่อนแอเนื่องจากขาดวัฒนธรรมในการมีน้ำใจ ความเอื้ออาทรช่วยเหลือซึ่งกัน และกัน ความรักในชุมชนของตนเองน้อยลง ในทางตรงกันข้ามชุมชนที่มีศักยภาพในการพึ่งพาตนเองอย่างต่อเนื่อง ได้ อาศัยวัฒนธรรมประเพณี แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นของชุมชนในด้านต่างๆ (สุนิตดา ชูสวัสดิ์, 2555 ,หน้า 2) การที่จะ พัฒนาประเทศอย่างยั่งยืน ต้องเริ่มจากจุดแข็งในสังคม โดยเฉพาะชุมชนซึ่งเป็นพื้นฐานทางสังคม การที่นำวัฒนธรรม ประเพณีมาเป็นพลังขับเคลื่อนการเสริมสร้างการกินดีอยู่ดีมีความสุขร่วมกันของคน ในชาติ ที่ตรงกับบทความที่ว่า “กระบวนการพัฒนา ที่ใช้พลังทางวัฒนธรรม พลังแห่งจิตสำนึกอันเป็นแก่นแกนอันเป็นคุณค่าที่แท้จริงของสังคมไทย ... กระบวนการพัฒนานี้ถือว่าเป็น เส้นทางที่เป็นไท” (บำรุง บุญปัญญา ,2549)

ประเพณีกินเข้าคำ เป็นประเพณีที่บอกเล่าความเป็นมาวิถีชีวิต วัฒนธรรมของชาวอำเภอสว่างแดนดินได้เป็นอย่างดี กินเข้าคำ เป็นภาษาถิ่นโคราช แปลเป็นภาษากลาง คือการทานข้าวเย็น เป็นประเพณีดั้งเดิมที่จัดขึ้นเป็นประจำทุกปี โดยเกิดจากการที่วิถีชีวิตของชาวสุพรรณภูมิมีอาชีพเกษตรกรรม หลังทำงานเสร็จในแต่ละวันก็มาล้อมวงทานข้าวเย็นร่วมกัน เป็นการพบปะพูดคุยกัน สร้างความสมัครสมานสามัคคีในหมู่ชาวบ้านในชุมชน สถานที่ ที่ชาวบ้านใช้รวมตัวกันเพื่อทาน

อาหารก็เป็นพื้นที่กว้างโล่งแจ้ง ในอำเภอสูงเนินมีสถานที่โบราณสถานที่ชาวบ้านไปรวมกลุ่มกัน คือ ปราสาทเมืองแขก บ้านกกกอก ตำบลโคราช การจัดงานกินเขาค่ำครั้งแรกเป็นการนำโดย นายอำเภอสูงเนิน ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนและประชาชน ได้เริ่มจัดงานเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2538 จัดแบบเรียบง่ายเพียงจัดเตรียมอาหารจากบ้านมารับประทานร่วมกัน โดยร่วมในโครงการเที่ยวทั่วไทยไปได้ทุกเดือนจัดงานประเพณีกินเขาค่ำของดีเมืองสูงเนิน จัดขึ้นในเดือนมีนาคมของทุกปี เพื่อเป็นการสืบสานประเพณีของท้องถิ่นอำเภอสูงเนินให้คงอยู่ต่อไป จึงได้เปลี่ยนชื่องานเป็น "งานกินเขาค่ำ ของดีเมืองสูงเนิน"(สุนทร เม่งไธสง , สัมภาษณ์ , กุมภาพันธ์ 11,2560)

นาฏกรรมการแสดงเป็นจุดเด่นของงานประเพณีกินเขาค่ำ ของดีเมืองสูงเนิน การแสดงประกอบแสง เสียง ในชุด “ศรีjanaตะปุระ” เรื่องราวที่นำมาแสดงล้วนเป็นตำนานดั้งเดิมของจังหวัดนครราชสีมา และอำเภอสูงเนิน การแสดงประกอบด้วยการแสดงวัฒนธรรมพื้นเมืองโคราช วัฒนธรรมพื้นบ้านอีสาน ประวัติศาสตร์ความเป็นมาของเมืองโบราณ อำเภอสูงเนิน จากเรื่องเล่ามุขปาฐะและนิทานพื้นบ้าน สอดแทรกวัฒนธรรมความเชื่อตั้งแต่โบราณ ความเป็นมาในการก่อสร้างเมืองของอำเภอสูงเนิน พร้อมทั้งนำเสนอวิถีชีวิตความเป็นอยู่ อาชีพ ความเชื่อ พิธีกรรม ศาสนา ผ่านทางการแสดงแสงเสียง เป็นการแสดงที่เน้นความตระการตา ของระบบแสง สี และเสียง สร้างสรรค์ให้สอดคล้องกับสถานที่ทางประวัติศาสตร์ โดยอาศัยบทบรรยายและการแสดงเป็นตัวสื่อให้ผู้ชมเข้าถึงเรื่องราว เกิดความคิดและจินตนาการตามไปด้วย ชุมชนมีส่วนร่วมในการแสดงเป็นอย่างมาก กล่าวคือผู้แสดงจะมาจากชุมชนในท้องถิ่นอำเภอสูงเนินทุกหมู่บ้าน ตลอดจนตัวแทนจากหน่วยงานภาครัฐ และเอกชนทุกหน่วยงานในอำเภอสูงเนิน

การแสดงนาฏกรรมแสง สี เสียงในประเพณีกินเขาค่ำ ของดีเมืองสูงเนิน ถือเป็นส่วนที่ดึงดูดความสนใจให้ชาวบ้านและนักท่องเที่ยวมาเที่ยวชมงาน ทั้งยังมีการแสดงนาฏศิลป์โดยนักเรียนจากโรงเรียนในเขตอำเภอสูงเนิน ทั้งนี้ในการจัดงานก็มา 23 ปี ในปี2561 ซึ่งถือว่ายาวนานและยังมีการพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการแสดงและการจัดงานเรื่อยมา ดังนั้นจึงจะเห็นได้ว่า นาฏกรรมแสง สี เสียง เป็นสื่อวัฒนธรรมที่เป็นประโยชน์และมีคุณค่าต่อชุมชนและการท่องเที่ยวในปัจจุบันเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะชุมชนที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวในเชิงประวัติศาสตร์และโบราณสถาน ซึ่งมีอารยธรรมประเพณีที่งดงาม ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อมก็นำมาเป็นแนวทางส่งเสริมพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็ง

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษานาฏกรรมในประเพณีกินเขาค่ำ ที่ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง ของอำเภอสูงเนินจังหวัดนครราชสีมา โดยการใช้การแสดงนาฏกรรมเป็นเครื่องมือในการพัฒนากลุ่มคน ชุมชนให้มีความก้าวหน้าและมีความเข้มแข็ง เพื่อเป็นประโยชน์ต่อประชาชนและชุมชนอื่นๆ เป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชนหรือองค์กรโดยใช้ศิลปวัฒนธรรมเป็นจุดแข็งของชุมชน เพื่อให้งานประเพณีที่ดีงามนี้ คงอยู่ คู่ชุมชนเมืองสูงเนินอย่างยั่งยืนสืบต่อไปอีกทั้งเผยแพร่ ให้เป็นที่รู้จักแก่นักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษานาฏกรรมในประเพณีกินเขาค่ำ
2. ศึกษาสภาพชุมชนเข้มแข็งของอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษานาฏกรรมในประเพณีกินเขาค่ำ ที่ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง ของอำเภอสูงเนินจังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

งานวิจัยนาฏกรรมในประเพณีกินเขาค้า ที่ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง ของอำเภอสองเนินจังหวัดนครราชสีมา การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ(Qualitative Research) โดยผู้วิจัยได้มีขั้นตอนและวิธีการดำเนินการตามลำดับ ดังนี้

ประชากรเป้าหมาย

ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ชาวบ้านในชุมชน เยาวชน ผู้นำชุมชน ประชาชนชาวบ้าน บุคลากรภาครัฐ ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants) แบ่งตามบทบาทและสถานภาพ คือ

1. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้านนาฏกรรม ในประเพณีกินเขาค้า อำเภอสองเนินจังหวัดนครราชสีมา
2. กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเรื่องการส่งเสริมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ ชนิดกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured or guided interviews)

แบบสังเกตการณ์

ส่วนวัสดุอุปกรณ์ภาคสนาม ในการศึกษาข้อมูลภาคสนามผู้วิจัยได้ใช้อุปกรณ์ช่วยในการเก็บข้อมูลคือ เครื่องบันทึกเสียง กล้องบันทึกภาพนิ่ง สมุด ปากกา ดินสอ เพื่อให้ได้รายละเอียดของข้อมูลมากที่สุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาข้อมูลเอกสาร

การค้นคว้าข้อมูลที่ปรากฏในรูปแบบของการเขียน การพิมพ์ด้วยวิทยาการและเทคโนโลยีสมัยใหม่ ซึ่งจะมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ข้อมูลอำเภอสองเนิน นาฏกรรมในงานประเพณีกินเขาค้า แนวคิดชุมชนเข้มแข็ง การมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาชุมชน ที่เกี่ยวข้องกับนาฏกรรมในประเพณีกินเขาค้า ที่ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง ของอำเภอสองเนิน จังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ ตำราทางวิชาการ ผลการวิจัย หนังสือ วิทยานิพนธ์ บทที่ใช้ในการแสดง สื่อบันทึกการแสดง และเอกสารต่างๆที่เกี่ยวข้อง

2. การศึกษาภาคสนาม

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลภาคสนาม โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์เชิงลึก(In-depth interview - IDI) โดยมีรายละเอียดดังนี้

การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participative Obsevation) ผู้วิจัยได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมก็คือการร่วมแสดงกับชาวบ้าน ร่วมสังเกตพฤติกรรมของชาวบ้านและผู้เข้าร่วมงาน โดยการสังเกตด้วยตาและจดบันทึก

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview - IDI) ผู้วิจัยใช้รูปแบบในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured or guided interviews) ใช้สัมภาษณ์ผู้รู้ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับนาฏกรรมในประเพณีกินเขาค้า ที่ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง ของอำเภอสองเนิน จังหวัดนครราชสีมา โดยจะแบ่งหัวข้อ ตามกลุ่มผู้ให้สัมภาษณ์ ดังนี้

- 1) นาฏกรรม ประเพณีกินเขาค้า อำเภอสองเนินจังหวัดนครราชสีมา
- 2) การพัฒนาชุมชนเข้มแข็งโดยกระบวนการนาฏกรรมในประเพณีกินเขาค้า อำเภอสองเนิน จังหวัด

นครราชสีมา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษา นาฏกรรมในประเพณีกินเขาค่า ที่ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง ของอำเภอสองเนิน จังหวัดนครราชสีมา โดยวิธีการพรรณนาเชิงวิเคราะห์ ใช้การวิเคราะห์จากข้อมูลเอกสารและข้อมูลภาคสนาม ดังนี้

- 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทางเอกสาร งานวิจัย ตำราบทความทางวิชาการ ที่เกี่ยวข้องกับนาฏกรรมในประเพณีกินเขาค่า ที่ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง ของอำเภอสองเนิน จังหวัดนครราชสีมา
- 2 การวิเคราะห์ข้อมูลทางภาคสนามเป็นการศึกษาจากการลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากการสังเกตการณ์การดำเนินงาน การมีส่วนร่วมของประชาชน และการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ให้ข้อมูลในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับนาฏกรรมในประเพณีกินเขาค่า ที่ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง ของอำเภอสองเนิน จังหวัดนครราชสีมา
- 3 นำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาจัดหมวดหมู่ จากการวิเคราะห์มารวบรวมหมวดหมู่และสรุปผลของการวิจัย โดยใช้การพรรณนาเชิงวิเคราะห์ ตามกรอบแนวคิดของงานวิจัยเพื่อสอดคล้องวัตถุประสงค์ของงานวิจัย

ผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง นาฏกรรมในประเพณีกินเขาค่า ที่ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง ของอำเภอสองเนิน จังหวัดนครราชสีมา จากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและตำราต่างๆ และลงภาคสนามผู้วิจัยพบว่า

1. นาฏกรรมในประเพณีกินเขาค่าเป็นการแสดงประกอบแสงและเสียงนาฏกรรมกลางแจ้งโดยใช้ผู้แสดงเป็นหลักในการดำเนินเรื่องราว ในรูปแบบการแสดงเชิงสารคดีประวัติศาสตร์ ผสานกับเทคนิคแสงเสียง แบ่งการแสดงออกเป็น 3 ช่วงคือช่วงที่ 1 การแสดงก่อนแสง เสียง ช่วงที่ 2 การแสดงแสง เสียง ในงานประเพณีกินเขาค่า เนื้อเรื่องประกอบด้วย 1) ประวัติศาสตร์ของอาณาจักรศรีจนาศะ 2) การเกิดเมืองโคราชะปุระ 3) วีรกรรมท้าวสุรนารีและคุณหญิงบุญเหลือ 4) ความเชื่อวิถีชีวิต ประเพณีวัฒนธรรม คำขวัญของอำเภอสองเนิน5) บอกเล่าสถานการณ์หรือเรื่องราวที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบัน และช่วงที่ 3 คือการแนะนำตัวและขอบคุณผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งช่วงสุดท้ายนี้ก็มี ความสำคัญเพราะเป็นการสร้างความภาคภูมิใจ ความประทับใจให้ทั้งผู้แสดงและผู้ชม

การแสดงประกอบด้วย นาฏศิลป์ไทย นาฏศิลป์พื้นเมือง และการแสดงประกอบเพลง การแสดงที่สำคัญและเป็นการแสดงหลักของงานก็คือ ละครศรีจนาศะ ที่เป็นเอกลักษณ์ของงานกินเขาค่า เป็นการประดิษฐ์ทำรำและเพลงขึ้นเพื่องานนี้โดยเฉพาะ โดยผู้แสดงเป็นนักเรียนในอำเภอสองเนิน และอีกชุดการแสดงก็คือ จินตลีลาประกอบเพลงเมืองโบราณ โดยเพลงเมืองโบราณนั้นเป็นเพลงประจำอำเภอสองเนิน ที่กล่าวถึงประวัติศาสตร์ สถานที่ท่องเที่ยว และคำขวัญของอำเภอสองเนินทั้งหมด โดยสามารถวิเคราะห์เชื่อมโยงได้ว่าลักษณะของการแสดงชุดนั้นๆมีองค์ประกอบดังนี้

- 1)มีความเกี่ยวข้องกับภูมิหลังของโบราณสถานหรือมีรากของท้องถิ่น
- 2)เกี่ยวข้องกับสถาบันพระมหากษัตริย์ไม่ว่าในอดีตหรือปัจจุบัน
- 3)วิถีชีวิต วัฒนธรรมจุดเด่นของชุมชนความเป็นสูงเนิน และโคราช

จากองค์ประกอบที่กล่าวมานั้นสะท้อนความมีมิตรไมตรีที่ฝังมูก่อถ่ายทอดผ่านวิถีชีวิตอันควรแก่การอนุรักษ์ เหตุการณ์ในอดีตที่ผู้คนล้อมวงนั่งขันโตกรับประทานอาหารเย็นท่ามกลางการรำรำที่สวยงาม และสืบสานประเพณีสู่ชนรุ่นหลัง การแสดงที่วิจิตรงดงาม ความอ่อนช้อยของท่วงท่ารำรำ สอดคล้องกับอารยธรรมโบราณที่ล้ำค่า ในการการอนุรักษ์และสืบทอดต่อไป

2. สภาพชุมชนเข้มแข็งของอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมา ผู้วิจัยแบ่งสภาพความเข้มแข็งของอำเภอสูงเนินแบ่งเป็น 4 ด้าน ตามแนวความคิดความเข้มแข็งของชุมชน ของนราภรณ์ หะวานนท์ และคณะ(2550) ได้ดังนี้

2.1 ความเข้มแข็งของชุมชนด้านการเมือง จากการที่ผู้วิจัยศึกษาชุมชนอำเภอสูงเนินพบว่าผู้นำมีความเข้มแข็ง ผู้นำมีความสำคัญในการพัฒนาชุมชนให้มีความเข้มแข็งอย่างมาก ทั้งผู้โดยตำแหน่งและผู้นำโดยธรรมชาติ สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนโดยคนในชุมชนได้ร่วมกัน ผู้นำในที่นี้เป็นบุคคลในพื้นที่อำเภอสูงเนิน ผู้วิจัยพบว่าเมื่อผู้นำได้รับความไว้วางใจ ผู้นำที่ได้มาจัดเป็นผู้นำในที่นี้พบว่าได้ดำรงตำแหน่งติดต่อกันเป็นระยะเวลานาน การดำเนินงานมีการต่อยอดก็จะเกิดความเข้มแข็งทางการเมืองและชุมชนพัฒนา

2.2 ความเข้มแข็งของชุมชนด้านสังคมและวัฒนธรรม อำเภอสูงเนินนั้นมีประวัติศาสตร์ และวัฒนธรรมที่หลากหลายแต่ก็มีการปรับตัวเพื่ออยู่ร่วมกัน อำเภอสูงเนินมีความเข้มแข็งด้านสังคมและวัฒนธรรม โดยวิเคราะห์ได้จากการวางแผนงานของหน่วยงานทั้งภาครัฐและท้องถิ่นที่ให้การสนับสนุนงานในด้านประวัติศาสตร์ชุมชน โดยมีกระบวนการกิจกรรมดังนี้

- 1) การมีพื้นที่จัดการแสดงความรู้ ประวัติศาสตร์ และวัฒนธรรมชุมชน
- 2) การจัดกิจกรรมวันสำคัญของไทย และประเพณีท้องถิ่นของชุมชน
- 3) การมีโครงการที่อนุรักษ์และส่งเสริมวัฒนธรรมของชุมชน

2.3 ความเข้มแข็งของชุมชนด้านสิ่งแวดล้อมของอำเภอสูงเนินผู้วิจัยพบว่าอำเภอสูงเนินนั้นมีการวางแผนนโยบายและยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาและพัฒนาในด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ในระดับที่ดี คือมีการนำปัญหาที่เคยเกิดขึ้นมาแก้ไข ไม่ปล่อยผ่าน ตัวขับเคลื่อนที่สำคัญในการพัฒนาคือชาวสูงเนินเห็นได้จากกิจกรรมการปรับปรุงภูมิทัศน์บริเวณสถานีรถไฟเป็นสวนสุขภาพ ด้วยชาวสูงเนินมีความตั้งใจร่วมกันอนุรักษ์สถานีรถไฟสูงเนินแห่งนี้ไว้ อีกทั้งทั้งอำเภอสูงเนินยังมีความพร้อมด้านทุนทางวัฒนธรรมในเรื่องของแหล่งโบราณสถานคือ ในอดีตสูงเนินเป็นที่ตั้งของดินแดนอารยธรรมเมืองโบราณ 2 แห่ง คือ เมืองเสมา เมืองโคราชปุระ อีกทั้งยังมีโบราณสถาน โบราณวัตถุกระจายอยู่ทั่วอำเภอ

2.4 ความเข้มแข็งของชุมชนด้านเศรษฐกิจจากการวิจัยพบว่าชุมชน อำเภอสูงเนินนั้นเป็นพื้นที่ลุ่มเหมาะแก่การทำเกษตรและมีแหล่งน้ำไหลผ่านอาชีพหลักก็คือการเกษตรและอุตสาหกรรมและอาชีพเสริมจากโครงการหนึ่งตำบลหนึ่งผลิตภัณฑ์ และอื่นๆมีการดำเนินกิจกรรมของชุมชนที่เป็นลักษณะเศรษฐกิจชุมชน

3. นาฏกรรมในประเพณีกินเข้าคำ ที่ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง ของอำเภอสูงเนินจังหวัดนครราชสีมา

3.1 นาฏกรรมในประเพณีกินเข้าคำ ที่ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง ของอำเภอสูงเนินจังหวัดนครราชสีมา ทั้ง 4 ด้านดังนี้

1. จากการวิจัยพบว่าความเข้มแข็งทางการเมืองของสูงเนินคือ 1) สมาชิกของชุมชนมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนและชุมชนที่จะแก้ไขปัญหาและพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองร่วมใจเป็นหนึ่งเดียวกันเพื่อการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนแม้จะมีการพึ่งพิงภายนอกก็จะอยู่ในลักษณะที่ชุมชนมีอำนาจในการจัดการ การเลือกสรร โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพของคนในชุมชนเพื่อนำเสนอเอกลักษณ์ของชุมชนตนเอง 2) ผู้นำชุมชนมีความเข้มแข็งโดยเฉพาะในยุคเริ่มต้นที่มีการปูพื้นฐาน ลองผิดลองถูกจนกลายมาเป็นงานที่มีชื่อเสียงและเป็นที่ยอมรับสามารถดึงหน่วยงานภายนอกเข้ามาช่วยเหลือสนับสนุนได้จากการมีผู้นำที่เข้มแข็งและมีวิสัยทัศน์นั่นเอง

2. ด้านสังคมและวัฒนธรรมนาฏกรรมในประเพณีกินเข้าคำ ส่งเสริมให้ชุมชนอำเภอสูงเนินมสภาพรวมกันเป็นปึกแผ่นอย่างแน่นแฟ้นต่อกันสิ่งที่สะท้อนให้เห็นผลจากการจัดงานนาฏกรรมในประเพณีกินเข้าคำ มีดังนี้

1) เกิดเครือข่ายทางสังคม ในเรื่องอื่นๆอย่างการร่วมมือกันในกิจกรรมอื่นๆของชุมชน ในเรื่องกิจกรรมการรำ ก็มีตามมา เช่น งานรำวงสรวงย่าโม งานรำวงสรวงพระนอน หรืองานกิจกรรมวันสำคัญต่างๆของชุมชน เป็นต้น

2.) สร้างเยาวชนที่จะสืบสานวัฒนธรรมไทย จากการจัดแสดงนาฏกรรมในประเพณีกินเขาคั่ว ที่เป็นจุดเริ่มต้นให้ทางโรงเรียนส่งเสริมกิจกรรมทางด้านนาฏศิลป์ให้กับนักเรียน ในเขตอำเภอสูงเนินเนื่องจากต้องการที่จะให้นักเรียนซึ่งเป็นเยาวชนในพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนในกิจกรรมดังกล่าว เพื่อเป็นการปลูกฝังให้เยาวชนรักท้องถิ่น ถิ่นกำเนิดของตน

3) สืบทอดวัฒนธรรมชุมชนสร้างอัตลักษณ์ของชุมชนก็คือ ระเบียบศรีจินาสะ เพลงเมืองโบราณ

3. ด้านสิ่งแวดล้อม งานประเพณีกินเขาคั่วในการจัดงานทำให้มีการจัดการสิ่งแวดล้อมและปรับสภาพภายในชุมชนให้มีประสิทธิภาพในการรองรับการเข้ามาเที่ยวชมโบราณสถาน และแหล่งท่องเที่ยวอื่นๆ ทั้งนี้เพื่อสร้างให้คนในชุมชนมีจิตสำนึกในการรักษาทรัพยากรในชุมชน มีวิถีชีวิตที่ไม่ทำลายสิ่งแวดล้อมการแสดงนาฏกรรมนั้นอาจไม่ได้ส่งเสริมในเรื่องของความเข้มแข็งทางสภาพแวดล้อมโดยตรง แต่ได้สอดแทรกให้เห็นถึงความสำคัญของสถานที่ต่างๆในอำเภอสูงเนิน ให้คนสูงเนินและนักท่องเที่ยวที่มาเที่ยวงานได้เห็นคุณค่า เพื่อเป็นการปลูกฝังการรักในถิ่นฐานบ้านเกิดของตน ซึ่งรวมไปถึงโบราณสถาน และสถานที่ท่องเที่ยวในอำเภอสูงเนิน

4. ด้านเศรษฐกิจความเข้มแข็งของชุมชนด้านเศรษฐกิจของอำเภอสูงเนิน คือการกินดีอยู่ดี ใช้ทรัพยากรในชุมชนเพื่อประโยชน์ของคนในชุมชนในงานประเพณีกินเขาคั่ว โดดเด่นโดยเฉพาะการท่องเที่ยวซึ่งเป็นวัตถุประสงค์หนึ่งในการจัดงานก็คือการส่งเสริมการท่องเที่ยวของอำเภอสูงเนิน ดึงดูดนักท่องเที่ยวมาเที่ยวชมการแสดงและเลือกซื้อของทั้งคนท้องถิ่นและนักท่องเที่ยว รายได้หรือเงินจะเข้าอำเภอสูงเนิน โดยแบ่งส่วนที่ส่งผลทางเศรษฐกิจออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนการแสดง ส่วนลานชั้นโถง และส่วนจำหน่ายสินค้า

ผลวิจัยทำให้ทราบว่า การจัดงานนาฏกรรมนั้นส่งผลในทางที่ดีต่อชุมชน แต่ยังสามารถพัฒนาต่อยอดทางความคิดในการจัดงานไปต่อไป เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อชุมชน

3.2 องค์ประกอบที่สะท้อนจากนาฏกรรมที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนอำเภอสูงเนิน

จากการศึกษานาฏกรรมที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของอำเภอสูงเนินนั้นทำให้ทราบองค์ประกอบที่สะท้อนมาจากนาฏกรรมที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนอำเภอสูงเนินมีดังนี้

1. อุดมการณ์และวิสัยทัศน์ร่วมกันโดยใช้รากฐานท้าววัฒนธรรมอันเป็นทุนทางสังคมของชุมชน และมีอุดมการณ์ร่วมโดยนาฏกรรมเป็นเครื่องมือสำคัญช่วยยึดเหนี่ยวคนในชุมชนและความเป็นชุมชน

2. การจัดองค์กรที่ก่อให้เกิดกิจกรรมและความร่วมมือ ในกิจกรรมที่กระทำร่วมกันในการดำเนินการจัดงานก็ต้องการประสานงานการแบ่งหน้าที่ในการดำเนินงาน

3. เกิดกระบวนการเรียนรู้ และถ่ายทอดประสบการณ์แก่คนรุ่นหลัง ในการสืบสานงานของชุมชนโดยงานมีการจัดสืบต่อกันมายาวนาน

4. เกิดทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะผู้นำด้านต่างๆ มีความหลากหลายในชุมชนทั้งผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เป็นแกนนำ

5. เครือข่ายความร่วมมือทั้งชุมชน องค์กรชุมชนเกิดการเรียนรู้ร่วมกัน

6. สิทธิและอำนาจต่อรองทางการเมือง

7. เกิดการยอมรับจากสังคมภายนอก ซึ่งแสดงถึงสถานภาพหรือศักยภาพของชุมชนจนเป็นที่ยอมรับจากภายนอกงานกินเข้าคำเป็นที่รู้จักในจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดใกล้เคียง



ภาพที่ 1 องค์ประกอบที่สะท้อนจากนาฏกรรมที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนอำเภอสูงเนิน

3.3 แนวทางในการพัฒนาชุมชนเข้มแข็งของอำเภอสูงเนิน

การศึกษาแนวทางการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งมีประเด็นหลักอยู่ 3 ประการ ซึ่งเป็นการวิจัยของกรมพัฒนาชุมชน (2550)

1) สถานะพื้นฐานของชุมชน พื้นฐานของอำเภอสูงเนินเป็นอำเภอที่มีประวัติความเป็นมา นาฏกรรมในประเพณี กินเข้าคำได้นำเสนอเรื่องราวความเป็นมาของอำเภอและวิถีชีวิตผ่านเรื่องเล่าในการแสดง โดยการรักษาและนำเสนอภูมิปัญญาท้องถิ่นในทุกๆด้าน อำเภอสูงเนินนั้นจากการศึกษานั้นพบว่าผู้นำทั้งตามธรรมชาติ และในหน้าที่นั้นสามารถสร้างศรัทธาให้กับคนในชุมชน และสนับสนุนการประสานงานภายในชุมชนในการทำงาน มีทรัพยากรที่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีพ การดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม มีการเลือกสรรวัฒนธรรม การปรับและรับในสิ่งที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของชุมชน นาฏกรรมในประเพณีกินเข้าคำผู้วิจัยได้พบว่านอกจากฉากเรื่องเล่าในการแสดงที่แสดงออกถึงภูมิหลังของอำเภอสูงเนิน แล้วยังมีชุดการแสดงที่สำคัญที่สร้างสรรค์ขึ้นมาเพื่อแสดงในงานกินเข้าคำ คือ การแสดงระบำศรีจินาสะและเพลงเมืองโบราณ ที่เป็นเอกลักษณ์ของงานประเพณีกินเข้าคำ ที่ได้รับการถ่ายทอดทำมาจากครูและรุ่นพี่ต่อกันมาถือเป็นการวัฒนธรรมที่สืบทอดในชุมชน

2) กระบวนการชุมชน การจัดการแสดงนาฏกรรมนั้นต้องมีการวางแผนงานร่วมกันของคนในชุมชน จนเกิดเครือข่ายชุมชน โดยแบ่งเป็น ภาครัฐ ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ท้องถิ่นเอกชน กลุ่มปราชญ์/แกนนำชุมชนมีบทบาทร่วมกันในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อชุมชน เป็นการจัดองค์กรให้เกิดความร่วมมือของคนในชุมชน โดยประชาชนหรือชุมชนพัฒนาขีดความสามารถของตนในการจัดการการรักษาสถาปัตยกรรมของชุมชนซึ่งก็คือการสร้างงานนาฏกรรมที่ส่งเสริมการท่องเที่ยว และส่งเสริมวัฒนธรรมของชุมชน ทำให้ประชาชนรวมตัวกันอย่างเหนียวแน่น ด้วยความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันและรักท้องถิ่นสร้างจิตสำนึกที่ดีของชุมชนและจิตวิญญาณชุมชน เพื่อช่วยการแก้ไขปัญหาของชุมชนพัฒนาชุมชนร่วมกันให้มีความเข้มแข็งต่อไป

3)พลังชุมชน ผลลัพธ์ที่จากการจัดแสดงนาฏกรรมในประเพณีกินเขาค่ำ ที่สำคัญที่สุดทำให้คนในชุมชนรู้สึกมีความสุข กับการมีส่วนร่วมในงานปลูกจิตสำนึกด้านคุณธรรม จริยธรรม สร้างค่านิยมรักถิ่น ครอบครัวยุบอุ่นพฤติกรรม การดำรงชีวิตแบบพออยู่พอกินบนพื้นฐานวัฒนธรรมที่ดีงามแก่เด็กและเยาวชนและสังคมไทย และทั้งร่วมกันดูแลฟื้นฟู ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหลักจากกิจกรรมแล้วการติดตามประเมินผลของชุมชน และจัดทำตัวชี้วัดความ เข้มแข็งของชุมชนในมิติต่างๆ เช่น ตัวชี้วัดความสุขของชุมชน ทั้งความสุขภายในจิตใจ เช่น การเข้าถึงหลักศาสนา ความ ภาคภูมิใจในท้องถิ่น ก็เป็นสำคัญในการพัฒนาความเป็นชุมชนเข้มแข็งของอำเภอสูงเนิน นาฏกรรมในประเพณีกินเขาค่ำ นั้น ประกอบด้วยผู้นำ คนในชุมชน เกิดการทำงานร่วมกันคือการแสดงสิ่งที่เกิดขึ้นจึงเป็นพลังชุมชนอย่างแท้จริง

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเรื่อง นาฏกรรมในประเพณีกินเขาค่ำ ที่ส่งเสริมการพัฒนาชุมชน เข้มแข็ง ของอำเภอสูงเนินจังหวัดนครราชสีมา ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย พบว่า

นาฏกรรมในงานประเพณีกินเขาค่ำเกิดขึ้นโดยการสนับสนุนของผู้นำชุมชนในท้องถิ่นและหัวหน้าส่วนราชการที่ อยากรจะพัฒนาอำเภอสูงเนินให้เป็นที่รู้จัก และยังได้รับความร่วมมือของหน่วยงานต่างๆ สถานศึกษา ประชาชนใน ชุมชนในการจัดงานและการแสดง นาฏกรรมในงานประเพณีกินเขาค่ำนั้นสามารถแบ่งเป็น ยุคเริ่มต้น ยุคพัฒนา และยุคสืบทอด การแสดงประกอบด้วย นาฏศิลป์ไทย นาฏศิลป์พื้นเมือง และการแสดงประกอบเพลง โดยมีทั้งที่แสดง เป็นชุดการแสดงเดี่ยวและแสดงประกอบอยู่ใน แสง สี เสียง การแสดงแสงเสียงนั้นเป็นนาฏกรรมกลางแจ้งโดยใช้ผู้แสดง เป็นหลักในการดำเนินเรื่องราว ในรูปแบบการแสดงเชิงสารคดีประวัติศาสตร์ ผสานกับเทคนิคแสงเสียง

สภาพความเข้มแข็งทางการเมือง สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจของสูงเนินพบว่า ชุมชนมี ระบบความสัมพันธ์อันเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน ให้ความสำเร็จได้ ตาม เป้าหมาย มีความเป็นเครือญาติที่แน่นแฟ้น มีความ เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทั้งด้าน การทำงาน ร่วมกันในระบบกลุ่มและเครือข่าย รวมถึงการ ที่ชุมชนได้ร่วมกันสร้างจิตสำนึกที่ดีมีการบริหารจัดการ ทรัพยากรธรรมชาติใช้ภูมิปัญญาให้ท้องถิ่นให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่า ร่วมมือ กันในการอนุรักษ์ พื้นฟู บำรุงรักษา ให้คง อยู่คู่กับชุมชน สอดคล้องกับสมบูรณธรรมลังกา(2556) ที่พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความเข้มแข็งของชุมชนมีปัจจัยสำคัญคือ กระบวนการเรียนรู้ของชุมชนระบบเครือข่ายระบบความสัมพันธ์ในชุมชนและภูมิปัญญาท้องถิ่น

การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ปรากฏในการจัดงานประเพณีกินเขาค่ำนั้น มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการสำคัญในการพัฒนาชุมชน ที่เสริมสร้างความเป็นชุมชนเข้มแข็งพึ่งพาตนเองได้ หลักสำคัญในการ ที่จะทำให้ชุมชนเข้มแข็งคือ การเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติคือความสำคัญในการสร้างความสำเร็จทุกอย่าง พื้นฐานใน การพัฒนาประเทศจะเป็นไปอย่างยั่งยืนต้องเริ่มจากการใช้จุดแข็งในสังคม ดังเช่นในพื้นที่ชุมชนอำเภอสูงเนินก็คือ ทุน ทางโบราณสถานแหล่งท่องเที่ยวเชิงประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชนซึ่งเป็นทุนที่สำคัญใน การสร้างความเข้มแข็งในมิติต่างๆซึ่งในนาฏกรรมประเพณีกินเขาค่ำ นั้น สภาพความเข้มแข็งมีความสอดคล้องกับ แนวความคิดของ นภาพรณ์ หะวานนท์และคณะ (2550) ที่ได้แบ่งความเข้มแข็งของชุมชน ไว้ 4 ด้านคือ ด้าน การเมือง ด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านเศรษฐกิจ

การแสดงในงานประเพณีกินเขาค่ำ เป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดกระบวนการ การพัฒนาชุมชน โดยการบริหาร จัดการชุมชนที่มีกลไกการขับเคลื่อนการพัฒนาทั้งองค์กรอันมีองค์ประกอบ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาสังคม โดยท้องถิ่น เป็นองค์กรหลัก และประชาสังคมเป็นผู้รับประโยชน์ที่สุขสมบูรณ์ เกิดเป็นผู้แสดงและผู้สนับสนุน อีกทั้งมี

การสร้างเครือข่ายการเรียนรู้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาของพระมหาประกาศิต สิริเมโธ (2547) ที่ว่าการมีกิจกรรมเป็นเครือข่ายชุมชนและการมีส่วนร่วมที่ดีของประชาชนส่งผลต่อการพัฒนาชุมชนในด้านต่างๆทั้งนี้การมีส่วนร่วมของคนภายในชุมชนที่ปรากฏในการจัดงานประเพณีกินเขาคำนั้น เป็นสิ่งสำคัญที่เสริมสร้างความเป็นชุมชนเข้มแข็งพึ่งพาตนเองได้ เพราะเป็นการเริ่มจากคนข้างใน สอดคล้องกับยุวัฒน์วุฒิเมธี.(2526) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่าหลักสำคัญในการที่จะทำให้ชุมชนเข้มแข็งคือ การเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติเพื่อเป็นการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน การเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งของอำเภอสูงเนินนั้นมีแนวคิด 3 ประเด็นหลัก คือ การมีสถานะพื้นฐานชุมชนที่ดี การมีกระบวนการชุมชน จนเกิดเป็นพลังชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวความคิดการพัฒนาชุมชนของนิรันดร์ จงวุฒิเศียร (2550) คือ

1.สถานะพื้นฐานของชุมชน คือมีการดำรงรักษามิปัญญาท้องถิ่น โดยมีชาวบ้าน ผู้นำชุมชน ภาครัฐ และสนับสนุนประสานงานภายในชุมชนระหว่างชุมชนและสังคมภายนอกได้ มีการประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้เพียงพอต่อการยังชีพทั้งระดับบุคคลและชุมชน มีทรัพยากรที่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีพ การดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม มีการเลือกสรรวัฒนธรรม การปรับและรับในสิ่งที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของชุมชน มีการแก้ปัญหาร่วมกัน

2.กระบวนการชุมชน เป็นการกระทำต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องสัมพันธ์กัน การเรียนรู้ร่วมกัน แก้ปัญหาร่วมกัน ซึ่งก็คือ งานประเพณีกินเขาคำ ที่เป็นงานประจำปีของอำเภอสูงเนิน โดยเฉพาะนาฏกรรมที่เป็นจุดเด่นของงานต้องผ่านการทำงานที่เป็นกระบวนการ

3.พลังชุมชนกล่าวคือเป็นพลังอำนาจที่เกิดจากการกระทำร่วมกันของมนุษย์พลังชุมชนที่เข้มแข็งทรงพลังอำนาจจึงเกิดจากสถานะพื้นฐานของชุมชนที่มั่นคง มีรากฐานทุนที่ดี และกระบวนการชุมชนที่ต่อเนื่อง เกิดเป็นปรากฏการณ์ที่ส่งผลให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง

สรุปผลการวิจัย

สรุปได้ว่านาฏกรรมในงานประเพณีกินเขาคำ เป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดกระบวนการ การพัฒนาชุมชน โดยการบริหารจัดการชุมชนที่มีกลไกการขับเคลื่อนการพัฒนาทั้งองค์กร ทั้งนี้การมีส่วนร่วมของคนภายในชุมชนที่ปรากฏในการจัดงานประเพณีกินเขาคำนั้น เป็นสิ่งสำคัญที่เสริมสร้างความเป็นชุมชนเข้มแข็งพึ่งพาตนเองได้ เพราะเป็นการเริ่มจากคนในชุมชน หลักสำคัญในการที่จะทำให้ชุมชนเข้มแข็งคือ การเรียนรู้ร่วมกันในการปฏิบัติความสำคัญในการสร้างความสำเร็จทุกอย่าง พื้นฐานในการพัฒนาประเทศจะเป็นไปอย่างยั่งยืน ต้องเริ่มจากการใช้จุดแข็งในสังคม ดังเช่นในพื้นที่ชุมชนอำเภอสูงเนินก็คือ ทุนทางโบราณสถานแหล่งท่องเที่ยวเชิงประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมชุมชน ที่จะเสริมสร้างสร้างความเข้มแข็งของชุมชนทั้ง 4 ด้านคือ ด้านการเมือง ด้านสังคมและวัฒนธรรม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านเศรษฐกิจ

จากการวิจัยพบว่าการพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งของอำเภอสูงเนินนั้นมีแนวคิด 3 ประเด็นหลัก คือ 1.สถานะพื้นฐานของชุมชน คือมีการดำรงรักษามิปัญญาท้องถิ่น โดยมีชาวบ้าน ผู้นำชุมชน ภาครัฐ และสนับสนุนประสานงานภายในชุมชนระหว่างชุมชนและสังคมภายนอกได้ มีการประกอบอาชีพที่ก่อให้เกิดรายได้เพียงพอต่อการยังชีพทั้งระดับบุคคลและชุมชน มีทรัพยากรที่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีพ การดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม มีการเลือกสรรวัฒนธรรม การปรับและรับในสิ่งที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของชุมชน มีการแก้ปัญหาร่วมกัน 2.กระบวนการชุมชน เป็นการกระทำต่างๆที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องสัมพันธ์กัน การเรียนรู้ร่วมกัน แก้ปัญหาร่วมกัน ซึ่งก็คือ งานประเพณีกินเขาคำ ที่เป็นงานประจำปีของอำเภอสูงเนิน โดยเฉพาะนาฏกรรมที่เป็นจุดเด่นของงาน ต้องผ่านการทำงานที่เป็นกระบวนการ 3.พลังชุมชนกล่าวคือเป็นพลังอำนาจที่เกิดจากการกระทำร่วมกันของมนุษย์พลังชุมชนที่เข้มแข็งทรงพลังอำนาจจึงเกิดจากสถานะพื้นฐานของ

ชุมชนที่มั่นคง มีรากฐานทุนที่ดี และกระบวนการชุมชนที่ต่อเนื่อง เกิดเป็นปรากฏการณ์ที่ส่งผลให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็ง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ต่อสังคม

1.1 หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เอกชน ควรมีการสนับสนุน เผยแพร่ ให้ความรู้ในเรื่องชุมชนเข้มแข็งลงสู่ภาคประชาชน โดยเฉพาะการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น ทรัพยากรในชุมชนหรือสังคมนั้นให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตความเป็นอยู่ของคนในสังคมนั้นๆ เพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักและเห็นคุณค่าในภูมิปัญญาท้องถิ่นของตน

1.2 ผลที่ได้จากการวิจัยนอกจากจะเกิดประโยชน์ต่อชุมชนแล้ว ยังเกิดประโยชน์ต่อโรงเรียนที่อยู่ในพื้นที่อำเภอสูงเนิน ที่จัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับนาฏศิลป์ไทยและพื้นบ้าน ฝึกฝนนักเรียนเพื่อสามารถร่วมทำการแสดงในการแสดงแสงและเสียงประจำปีได้

1.3 คนในชุมชนควรมีการวางแผนปรับกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับสภาวะการเปลี่ยนแปลงของสังคม วัฒนธรรม การเมือง เศรษฐกิจและทรัพยากร เพื่อสืบสานประเพณีอันดีงาม และพัฒนาชุมชนเข้มแข็งต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนาฏกรรมในประเพณีกินเขาค่ำ ที่ส่งเสริมการพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง ของอำเภอสูงเนิน จังหวัดนครราชสีมาผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

2.1 เมื่อทราบผลในรูปแบบความต้องการของชุมชนแล้ว หน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องต้องนำไปสู่การปฏิบัติงานเพื่อจะได้นำรูปแบบการแสดงนั้นมาใช้ได้จริง และแก้ปัญหาได้จริง

2.2 ควรศึกษาแนวทางการทำให้นาฏกรรมในประเพณีกินเขาค่ำมีการจัดการแสดงอย่างยั่งยืน และมีความมั่นคงต่อไปในอนาคต

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาอย่างสูงจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษมา เทพรักษ์ กรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.อนุกุล โรชนสุขสมบูรณ์ ประธานคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.ณรงค์ชัย ปัญญกรัตต์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คันสนีย์ จะสุวรรณ์ คณะกรรมการในการสอบวิทยานิพนธ์ คณะผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือที่กรุณาให้คำปรึกษาและคำแนะนำ ตลอดจนปรับปรุงแก้ไข ขอขอบพระคุณบุคลากรภาครัฐผู้นำชุมชน ผู้นำชุมชน ปราชญ์ชาวบ้าน ชาวบ้านในชุมชนเยาเวชน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวม ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, สำนักงาน (2560). แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

ฉบับที่ 12 (ร่าง).กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์พัฒนาหลักสูตร.

นภาพรณ หะวานนท์ และคณะ (2550). ทฤษฎีฐานรากในเรื่องความเข้มแข็งของชุมชน.กรุงเทพฯ : สำนักงานกองทุน

สนับสนุนการวิจัย (สกว)

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2550). แนวคิดแนวทางการพัฒนาชุมชน, กระทรวงมหาดไทยกรุงเทพฯ.

บำรุง บุญปัญญา (2549). 3 ทศวรรษ แนวคิดวัฒนธรรมชุมชน. สุรินทร์ : โครงการหนังสือดอกต้อป่า.

พระมหาประกาศิตสิริเมโธ (ฐิตปัสสทธิกร.(2547) ศึกษาเรื่องพัฒนาหมู่บ้านเศรษฐกิจพอเพียงของชุมชน

บ้านคลองใหม่อำเภอสามพราณจังหวัดนครปฐม.วิทยานิพนธ์ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชา

การพัฒนาสังคม,มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

ยุวัฒน์วุฒิเมธี.(2526).หลักการพัฒนาชุมชนและหลักการพัฒนาชนบท. กรุงเทพมหานคร : ไทยอนุเคราะห์,

ราชบัณฑิตยสถาน.(2546).พจนานุกรมฉบับบัณฑิตยสถานพ.ศ. 2542, กรุงเทพมหานคร : นานมีบุ๊คส์.

สุนิตดา ชูสวัสดิ์.(2555).ภูมิปัญญาชาวบ้านต่อการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนบ้านโหละหาร อำเภอบ้านนา

จังหวัดพัทลุง.ทุนอุดหนุนการวิจัย.รัฐศาสตร์,มหาวิทยาลัยหาดใหญ่.

สมบุญธรรมลังกา(2556).ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนโดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นเป็นฐาน

ในจังหวัดเชียงราย.วารสารศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร, ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 เมษายน – มิถุนายน.

58-66.

สุนทร เม้งไธสง(ผู้ให้สัมภาษณ์). สนธิยา สันทรนัย (ผู้สัมภาษณ์). เมื่อวันที่11 กุมภาพันธ์ 2560

การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่าย โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม
อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี
Development of schizophrenia management system network
in Thung Si Udom Hospital, Thung Si Udom District
Ubon Ratchathani Province

น้ำผึ้ง โนรีรัตน์¹นิรุวรรณ เทิร์นโบล^{2*}อดิศร วงศ์คงเดช³

Namphueng Noreerat¹Niruwat Turnbull^{2*}Adisorn Wongkongdech³

^{1,2,3} คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

¹Graduate School, Mahasarakham University

^{2,3} Faculty of Public Health, Mahasarakham University

*Corresponding author; E-mail: 61051480002@msu.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่าย โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 52 คน ผู้ดูแล 86 คน และผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจำนวน 25 คน ประกอบด้วยกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว จำนวน 10 คน กลุ่มญาติเครือข่ายจำนวน 11 คน และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจำนวน 4 คน เก็บ ข้อมูลเชิงปริมาณ กลุ่มผู้ป่วย แบบประเมินอาการทางจิต (PASS 8) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา กลุ่มผู้ดูแล แบบ ประเมินระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท และระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และ แบบสนทนากลุ่ม ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเก็บข้อมูล เชิงคุณภาพด้วยการสนทนากลุ่ม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการบันทึก จากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) กระบวนการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท มี 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ (Preliminary phase) 1) การศึกษาบริบทพื้นที่และวิเคราะห์ปัญหา 2) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล อาการทางจิต ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท และระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Action phase) ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Plan) โดยประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดิน ยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM) 2) การดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ (Action) 3) ขึ้นสังเกตผล (Observation) ติดตามระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 4) จัดเวทีสะท้อนผล (Reflection) และติดตามผลการดำเนินงานของการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท ระยะที่ 3 ระยะประเมินผล (Evaluation phase) ได้แก่ การประเมินอาการทางจิต อัตราการขาดนัดขาดยา ระดับการมีส่วนร่วม ของญาติเครือข่าย ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีภาวะความเครียดในการดำเนิน ชีวิต ส่วนใหญ่ยังใช้ชีวิตตามปกติ และพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ป่วย 6-10 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่ เดินทางมาโดยรถส่วนตัว กลุ่มอาการทางจิตมีอาการอยู่ในระดับน้อย ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาหลังก่อน

การพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง และหลังพัฒนาอยู่ในระดับสูง 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 51-60 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสมีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีอาชีพส่วนใหญ่เป็นอาชีพเกษตรกรกรรม และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 1,000 บาทระยะเวลาดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี มีระดับคะแนนความรู้และระดับค่าเฉลี่ยของทัศนคติและการดูแลเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการ เกิดระบบการจัดการจัดการผู้ป่วยจิตเภท รูปแบบเฉพาะของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม คือ TSECC Care ประกอบด้วย ทีมที่เข้าใจตระหนักและช่วยเหลือแก้ไขอย่างยั่งยืน (TEAM) การมีระบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการ (SERVICE) การมีความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกและความยากลำบากของผู้อื่น (EMPATHY) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการรักษา (ENVIRONMENT) เครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง (COMMUNITY) ความต่อเนื่อง (CONTINUITY) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการศึกษาครั้งนี้คือ การมีระบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการ และได้รับการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย และมาจากพื้นฐานความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งการออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการแก้ไขปัญหา อันจะนำไปสู่ความต่อเนื่องและยั่งยืน

คำสำคัญ : จิตเภท, ระบบการจัดการเครือข่าย

ABSTRACT

This action research aims to investigate the development of schizophrenia management system network in Thung Si Udom Hospital, Thung Si Udom District Ubon Ratchathani Province. The population was 52 schizophrenia patients, 86 relative caregivers and 25 who were involved with schizophrenia patient's administration, which consisted of 5 schizophrenia patients, 5 family caregivers, 4 healthcare professionals, and 11 stakeholders from local community. The data were analyzed by frequency distribution, percentage, average, standard deviation, and content analysis with qualitative data. There was 3 phases methodology involved: 1st Phase, the Preliminary phase which included problem analysis of the area context and the personal factors for the schizophrenia patients including mental symptoms, patient knowledge, patient's attitude towards schizophrenic care. 2nd Phase, Action, which consisted of the Plan (P) by applying the Strategic Route Map (SRM) as a tool using group discussion. The Action (A) were followed the plan including (a) the training program for caregivers and local authorities to increase the potential of schizophrenic patient care, and (b) The observation (O) and follow-up on knowledge and attitude towards schizophrenic patients care. The reflection (R) reporting the results from O and follow up the . 3rd Phase, which included the evaluation of mental symptoms, such as lacked of medical appointment, the stakeholder participation, level of knowledge and attitude toward schizophrenic patients care. The results revealed that 1) most patients were male, having stress from daily life, living with normal life, has felt down for schizophrenia for 6-10 years, following the medical appointment from the hospital and traveled to the hospital by care, they were also found the mind of schizophrenia symptom as well as

taking the medicine in the moderate level before attending the program and high level after participating the program. 2) Most relative caregivers were female age between 51-60 years, income less than 1,000 per month, gaining the knowledge from moderate level to high level after attending the program and their attitude was enhanced to high level. The finding indicated that to conduct the schizophrenic patients required to follow the TSECC Care, consists of a team that understands, recognizes, and helps to solve sustainably (TEAM), having a service system that meets the needs (SERVICE), the ability to understand the feelings, and difficulties of others (EMPATHY) environment, that is conducive to healing (ENVIRONMENT), strong community networks (COMMUNITY), continuity (CONTINUITY). Factors of success in this study are having a service system that meets the needs, supported by network partners, based on correct knowledge and understanding the design of activities that are appropriate and consistent with the problem resolution which will lead to continuity and sustainability..

Keywords:Scizophrenia,management system network

บทนำ

โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง ความผิดปกติทางความคิดและการรับรู้ที่มีอารมณ์ไม่เหมาะสม โดยระดับความรู้สึกตัวและสติปัญญามักยังปกติอยู่ โดยข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกในปี 2561ระบุว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมากกว่า 21 ล้านคนทั่วโลก (World Health Organization, 2018)และยังเป็น 1 ใน 10 อันดับแรกของความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ในการจัดอันดับจากปีสุขภาพะที่สูญเสียจากการตายก่อนวัยและความบกพร่องทางสุขภาพทั่วโลก (Murray et al., 2012) จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต ปี 2560 ผู้ป่วยโรคจิตเภท พบมากเป็นอันดับ 1 ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวช (กรมสุขภาพจิต,2560) สำหรับผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเอง คือ ทำให้เกิดการเสื่อมถอย ความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม รวมไปถึงความสามารถในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติหน้าที่กิจวัตรประจำวัน ซึ่งต้องพึ่งพาครอบครัว ชุมชน และสังคม (Chien, Leung, Yeung, & Wong, 2013; Sadock et al., 2015) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความรู้สึกรับผิดชอบต่อสังคมให้เกิดการปกปิดอาการเจ็บป่วย รวมไปถึงการได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากคนปกติก็ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทห่างเหิน แยกตัว ไม่กล้าพูดคุยกับผู้อื่น (ผ่องศรี ดวงแก้ว, 2553) และส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยที่ทำให้ครอบครัวของป่วยโรคจิตเภทรู้สึกผิด เสียใจ รวมไปถึงความวิตกกังวล และอาย และอาจพบพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อครอบครัวอีกด้วย (ปัญญา ทองทัพ และ กฤติยา แสงเจริญ, 2556) ส่วนผลกระทบต่อชุมชนพบจากการบกพร่องในความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคม การทำงานและสัมพันธ์กับผู้อื่น ในชุมชน(หล่อตระกูล & สุนิษฐ์, 2555)bllograp (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2555; Shives, 2005) เนื่องจากต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและไม่เฉพาะเพียงค่าใช้จ่ายในการรักษาเท่านั้น การที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถทำงานหรือมีสมรรถภาพในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ปกติหรือมีรายได้เท่าที่ควรนั้นเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพและเศรษฐกิจ (Knapp, 1997; Salize, McCabe, & Bullenkamp, 2009) โดยถือเป็นภาระทางเศรษฐกิจ (economic burden)

จากการดำเนินงานคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี พบปัญหาคือ ผู้ป่วยจิตเภทขาดนัดส่งผลให้รับยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจากข้อมูล ปีงบประมาณ 2561 และปี 2562 มีจำนวนผู้ป่วยขาดนัดทั้งสิ้น 41 และ 35 คน และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเกิดการป่วยซ้ำและกลับมารักษาจำนวน 7 และ 5 ราย ตามลำดับ และมี 1 รายที่อาการกำเริบและฆ่าตัวตาย อีกทั้ง มี 5 รายที่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา (คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม, 2561) ทั้งนี้พบปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาไม่ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่อยากรับประทานยาเนื่องจากมีประสบการณ์ที่ไม่ดีเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยา และเกิดความเบื่อหน่ายต่อการรักษา ในด้านผู้ดูแล พบผู้ป่วยจิตเภทบางรายอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่ไม่ได้อยู่ดูแลเป็นประจำทุกวัน จึงเป็นปัญหาในการกำกับการรับประทานยาในแต่ละวันและเป็นข้อจำกัดในการเดินทางไปรับยาที่โรงพยาบาล ในด้านระบบการดำเนินการบริหารจัดการในคลินิกจิตเวช พบระบบการส่งจ่ายยาที่คลาดเคลื่อน การจ่ายยาที่ยังขาดการทวนสอบความรู้ความเข้าใจ ความร่วมมือในการใช้ยาที่ครอบคลุม ระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่าย โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ไม่เกิดการป่วยซ้ำ สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเป็นปกติสุข ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่าย โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท โดยดำเนินการตามขั้นตอนหรือวงจร P-A-O-R spiral Cycle ได้แก่ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกตผล (Observation) และขั้นสะท้อนผล (Reflection) โดยมีการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการเป็นการเก็บข้อมูลบริบทสภาพปัญหา ระยะที่ 2 การดำเนินการตามขั้นตอนวงจร P-A-O-R spiral Cycle ระยะที่ 3 เป็นระยะรวบรวมและการประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้แบ่งตามระยะการดำเนินการดังนี้
ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ (Phase 1: Preliminary)

จากจำนวนประชากรผู้ป่วยจิตเภท ในเขตเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 154 คน (ยกเว้นผู้ป่วยวินิจัยคลาดเคลื่อน เสียชีวิต ไม่ได้อยู่ในพื้นที่รับผิดชอบ)การคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970 อ้างใน อธิรุณี เอกะกุล, 2543) มีดังนี้

$$n = \frac{x^2 N p (1 - p)}{e^2 (N - 1) + x^2 p (1 - p)}$$

$$= \frac{(3.841)(154)(0.5)(1-0.5)}{(0.05)^2(154-1)+(3.148)(0.5)(1-0.5)}$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 110.13 .คน เท่ากับ 112 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) เป็นการสุ่มตัวอย่างโดยแบ่งประชากรออกเป็นแต่ละตำบล ทั้งหมด 5 ตำบล คัดสรรส่วน 1:1.5 และในกลุ่มผู้ดูแลจะอ้างอิงจำนวนตามกลุ่มผู้ป่วยโดยไม่จำเพาะเจาะจงว่าเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่คู่กันจากการเก็บข้อมูลได้ ผู้ป่วยทั้งหมด 52 คน นอกเหนือจากนั้นคือ ถูกส่งตัวไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่น ขาดนัดเกินกว่า 3 เดือน ไม่ยินยอมเปิดเผยตัว ทำงานต่างจังหวัดหรือไม่เป็นหลักแหล่ง และมีอาการทางจิตระดับสูงไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ผู้ดูแลผู้ป่วยกับข้อมูลได้ 86 ที่ นอกเหนือจากนี้คือ ผู้ป่วยอาศัยอยู่คนเดียวไม่มีผู้ดูแล และไม่สะดวกมาให้ข้อมูล

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Phase 2: Action)

ประชากรระยะนี้ผู้วิจัยได้จำแนกออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วย กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เครือข่าย โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ซึ่งมีจำนวน 10 คน (กมลวรรณ สีเชียงสา ,2561)(ชลินดา จันทรัมย์,2560)กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วย กลุ่มตัวแทนภาคีเครือข่ายในชุมชนที่เกี่ยวข้องด้านพัฒนาระบบ การจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี โดยการเจาะจงเลือก (Purposive Sampling) จำนวน 11 คน ประกอบด้วย ตัวแทน อสม ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กลุ่มที่ 3 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 4 คน ประกอบด้วยแพทย์ประจำโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม เภสัชกรประจำคลินิกสุขภาพจิต พยาบาลประจำคลินิกสุขภาพจิต พยาบาลโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ระยะที่ 3 ระยะการรวบรวมและประเมินผล (Phase 3: Evaluation)

ระยะที่ประเมินผลหลังการดำเนินการ โดยการสัมภาษณ์ประชากรในกลุ่มเดียวกับ ระยะที่ 1 (Phase 1)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การบันทึกการประชุม (Record) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation)

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ 1.แบบสัมภาษณ์ ผู้ศึกษาได้จำแนกแบบสัมภาษณ์ออกเป็น 2 ชุด ได้แก่ ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทส่วนที่ 1 ใช้ถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (PASS 8) ส่วนที่ 3 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท (MMAS-8)ชุดที่ 2 แบบสัมภาษณ์สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะทางประชากร ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่วนที่ 3 แบบประเมินทัศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ส่วนที่ 4 แบบประเมินการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2.แบบประเมินการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาระบบการจัดการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทางคุณลักษณะของประชากร และเปรียบเทียบความแตกต่าง ก่อนและหลังการดำเนินงาน ในส่วนของระดับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทและความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ผลด้วยการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละของจำนวน ผู้ป่วยจิตเภทตามระดับคะแนนและระดับความรู้ ตามลำดับ ส่วนทัศนคติที่มี

ต่อผู้ป่วยจิตเภทและ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยใช้สถิติเชิงพรรณนาเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ รายงานบันทึกการประชุม ผลการสนทนากลุ่มและการสังเกตแบบมีส่วนร่วมมาตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วน แยกเป็นหมวดหมู่ตามประเด็นปัญหา พิจารณาจัดกลุ่มข้อมูลที่เป็นคำพูดของผู้ให้ข้อมูล แล้วทำการวิเคราะห์ ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (Validity) การวิเคราะห์ความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างแบบสัมภาษณ์ความสอดคล้องของเนื้อหาเท่ากับ 0.67 และความสอดคล้องตามโครงสร้างเท่ากับ 0.77 ตรวจสอบหาค่าความเที่ยง (Reliability) ทำการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) ทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มภาคีเครือข่ายกลุ่มละ 30 คน ในพื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลน้ำขุ่น อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี และหาค่าความเที่ยง แบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหาค่าความเที่ยงด้วยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.77 ส่วนการวัดทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หาค่าความเที่ยงด้วยโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ 0.80 และ 0.70 ตามลำดับ

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการ (Phase1: Preliminary) ได้แก่ศึกษาบริบทพื้นที่ ได้แก่ วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยการเก็บรวบรวมบริบทข้อมูลทุติยภูมิ/ปัจจัยนำเข้า/บริบทชุมชน/ประชากร/สภาพปัญหาทั่วไป ข้อมูลทุติยภูมิที่เกี่ยวข้องจากฐานข้อมูลเวชระเบียนบริบทชุมชน ปัจจัยนำเข้า สภาพปัญหาทั่วไป บริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล บริบทปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล

อำเภอรุ่งศรีอุดม ตั้งอยู่ทางด้านทิศใต้ ห่างจากจังหวัดอุบลราชธานี ประมาณ 75 กิโลเมตร สถานพยาบาลโรงพยาบาลตั้งอยู่ในตัวอำเภอรุ่งศรีอุดม ประชาชนเข้ามาใช้บริการได้สะดวก หากมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหลัก

บริบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลจิตเภทกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 41-50 ปี มีสถานภาพโสด การศึกษาส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท ส่วนใหญ่มีฐานะทางการเงินมีพอกินพอใช้ ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดา มารดา ระยะเวลาที่ป่วย 6-10 ปี มีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง คือความเครียดในการดำเนินชีวิต พบว่าส่วนใหญ่มีลักษณะอาการโดยรวมคือใช้ชีวิตตามปกติโดยไม่มีความผิดปกติ สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษาส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาที่ ร.พ. รุ่งศรีอุดม ส่วนใหญ่มีความต่อเนื่องในการรักษา คือพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เดินทางมารักษาโดยรถส่วนตัว ระยะทางมาส่วนใหญ่ระยะทางน้อยกว่า 5 กิโลเมตร ระยะเวลาที่ใช้ น้อยกว่า 10 นาที ค่าใช้จ่ายในการเดินทางพบว่าส่วนใหญ่มีค่าใช้จ่าย 31-50 บาท ส่วนประวัติสุขภาพพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีประวัติสุขภาพดี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีประวัติดื่มสุรา ระดับอาการทางจิต ส่วนใหญ่มีอาการทางจิตอยู่ในระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีความร่วมมือในการรับประทานยาและพฤติกรรม การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับปานกลาง

บริบทและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลจิตเภทกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 51-60 ปี สถานภาพส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ด้านอาชีพ พบว่ามีอาชีพเกษตรกร มีรายได้

เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 1,000 บาท มีฐานะทางการเงินมีพอกินพอใช้ และอาศัยอยู่กับบิดา มารดา เป็นส่วนใหญ่ ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย 6-10 ปีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง ทักษะติดต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายด้าน อยู่ในระดับค่อนข้างมาก ได้แก่ ทักษะติดต่อการรักษา มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 3.27 รองลงมาคือ ทักษะติดต่อตัวผู้ป่วย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.68 ตามลำดับระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายด้าน อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.11 โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการรักษา มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดเท่ากับ 2.55 รองลงมาคือ ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตัวเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 ด้านสังคม มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.22 ด้านอารมณ์และจิตใจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.21 ด้านเศรษฐกิจ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.61 และด้านความเป็นอยู่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.46 ตามลำดับ

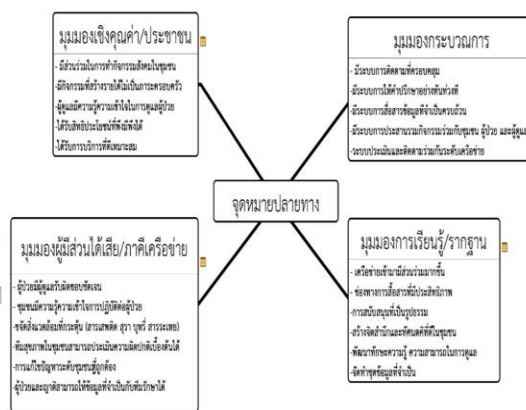
ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (Phase 2: Action)

1. ขั้นวางแผน (Planning)ได้แก่คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย/แต่งตั้งคณะทำงาน ผู้วิจัยทำการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)จัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับประชากรผู้เข้าร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม เพื่อร่วมกันวางแผนในการจัดทำแผนปฏิบัติการ โดยใช้แนวทางการแก้ไขปัญหาโดยการประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (Strategic Route Map : SRM)

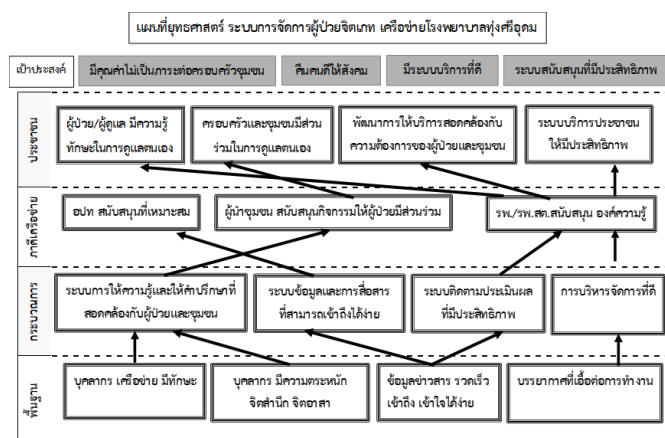
ภาพประกอบการประเมินสถานการณ์



ภาพประกอบการกำหนดจุดหมายปลายทาง



ภาพประกอบแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์



2. ขั้นปฏิบัติ (Action) 1)โครงการอบรมเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท2)โครงการอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้นำชุมชน3)โครงการจัดการระบบบริการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม

3. ขั้นร่วมสังเกตผล (Observation)ร่วมกันสังเกตผลในทุกกิจกรรม ทุกขั้นตอนตั้งแต่ก่อนดำเนินการระหว่างดำเนินการและหลังการดำเนินการ

4. ขั้นสะท้อนกลับ (Reflection)จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน โดยผู้วิจัยจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ระยะที่ 3 ระยะการรวบรวมข้อมูลและประเมินผล (Phase 3 : Evaluation)

ผลประเมินกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท

1. ประเมินระดับอาการทางจิต จำนวน 8 ข้อ (PASS 8)พบว่าอาการทางจิตหลังจากการดำเนินการผู้ป่วยกลุ่มอาการทางจิตน้อย มีร้อยละที่มากขึ้นจาก 92.3 เป็น 98.2 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท (MMAS-8) พบมีระดับความร่วมมือที่มากขึ้น จากร้อยละ 21.1 เป็นร้อยละ 75 และอัตราการขาดนัดขาดยาลดลง จาก 24.68 เป็น 5.69 และ 12.02 เป็น 6.92 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 ตารางเปรียบเทียบระดับอาการทางจิตผู้ป่วย ก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับอาการทางจิต	ก่อน		หลัง	
	จำนวน(N=52)	ร้อยละ	จำนวน(N=52)	ร้อยละ
น้อย (คะแนนรวม 8-16 คะแนน)	48	92.3	51	98.1
ปานกลาง (คะแนนรวม 17-30 คะแนน)	4	7.7	1	1.9
รุนแรง (คะแนนรวม 31 คะแนนขึ้นไป)	0	0	0	0
รวม	52	100	52	100

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและอัตราการขาดนัดขาดยา ก่อนและหลังดำเนินการ

ระดับความร่วมมือในการรับประทานยา	ก่อน		หลัง	
	จำนวน(N=52)	ร้อยละ	จำนวน(N=52)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 6 คะแนน)	8	15.4	5	9.6
ระดับปานกลาง (คะแนนรวม 6-7.8 คะแนน)	33	63.5	8	15.4
ระดับสูง (คะแนนรวม 8 คะแนนขึ้นไป)	11	21.2	39	75.0
รวม	52	100	52	100
ผลการขาดนัดขาดยา	ก่อน		หลัง	
และอาการกำเริบ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยขาดนัด	39	24.68	9	5.69
ผู้ป่วยขาดยา	19	12.02	10	6.32
ผู้ป่วยอาการกำเริบ	22	13.92	15	9.49

ผลการประเมินกลุ่มผู้ดูแล

2. ประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Knowledge) ทศนคติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท (Attitude) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Practical) โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ในกลุ่มประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทพบว่าหลังจากดำเนินการกลุ่มผู้ดูแลมีความรู้ระดับที่ดีที่มีร้อยละที่เพิ่มมากขึ้น คือจากร้อยละ 15.1 เป็น 90.7 ด้านทัศนคติของกลุ่มผู้ดูแลภาพรวมเพิ่มจากระดับค่อนข้างมากเป็นระดับมากที่สุด ด้านระดับการดูแลผู้ป่วยของกลุ่มผู้ดูแล โดยภาพรวมไม่เปลี่ยนแปลงจะเปลี่ยนแปลงในด้านสังคม อารมณ์และจิตใจซึ่งเพิ่มจากระดับปานกลาง เป็นระดับมาก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับความรู้การดูแลกลุ่มผู้ดูแล ก่อนและหลังการดำเนินการ

ระดับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ก่อน		หลัง	
	จำนวน(N=86)	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดี (มากกว่าหรือเท่ากับ 16 คะแนน)	13	15.1	78	90.7
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง (12 – 15 คะแนน)	58	67.4	8	9.3
ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับน้อย (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 คะแนน)	15	17.4	0	0
รวม	86	100	86	100

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยของและการดูแลกลุ่มผู้ดูแล รายด้าน ก่อนและหลังดำเนินการ

ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล	ก่อน จำนวน (N=86)			หลัง จำนวน (N=86)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ทัศนคติต่อตัวผู้ป่วย	2.68	0.36	ค่อนข้างมาก	2.82	0.38	ค่อนข้างมาก
ทัศนคติต่อการรักษา	3.27	0.34	มากที่สุด	3.61	0.30	มากที่สุด
ภาพรวม	3.04	0.27	ค่อนข้างมาก	3.29	0.26	มากที่สุด
ระดับระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ก่อน จำนวน (N=86)			หลัง จำนวน (N=86)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านความเป็นอยู่	1.41	0.44	น้อย	1.26	0.49	น้อย

ระดับทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท	ก่อน จำนวน (N=86)			หลัง จำนวน (N=86)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านเศรษฐกิจ	1.61	0.44	น้อย	1.46	0.50	น้อย
ด้านสังคม	2.22	0.52	ปานกลาง	2.48	0.69	มาก
ด้านอารมณ์และจิตใจ	2.21	0.42	ปานกลาง	2.58	0.51	มาก
ด้านการรักษา	2.55	0.55	มาก	2.71	0.59	มาก
ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตัวเอง	2.53	0.34	มาก	2.77	0.39	มาก
ภาพรวม	2.11	0.22	ปานกลาง	2.21	0.25	ปานกลาง

ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่า การมีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท ในระดับมาก ซึ่ง คะแนนเฉลี่ย ที่มากที่สุดได้แก่ การมีส่วนร่วมในการพิจารณาให้ความเห็นชอบแผนการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการกำหนดวิธีการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายและเป็นรูปธรรม การมีส่วนร่วมในการสำรวจข้อมูลสภาพปัญหาความต้องการร่วมกัน ตามลำดับ ส่วนระดับคะแนนเฉลี่ยที่น้อยที่สุด ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณและทรัพยากรต่าง ๆ ในการจัดกิจกรรม/โครงการ การมีส่วนร่วมในการจัดสรรงบประมาณ

และทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานจัดการ ตามลำดับ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท TSECC Care ที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้ 1. ทำงานเป็นทีม (TEAM) การทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทีมดูแลในชุมชน ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ทำงานเชื่อมโยงในการแก้ไขปัญหาและหาทางออกร่วมกัน 2. ระบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการ (SERVICE) 3. ความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกและความลำบากของคนอื่น (EMPATHY) 4. สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการรักษา (ENVIRONMENT) 5. เครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง (COMMUNITY) 6. ความต่อเนื่อง (CONTINUITY) ความต่อเนื่องและยั่งยืนในการ

ดำเนินการ



อภิปรายผลการวิจัย

บริบทระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้อง 1.ระดับระบบ/นโยบาย พบว่า การเข้าถึงบริการยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีผู้ดูแล การจัดระบบบริการที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการ ตลอดจนการติดตามเชื่อมโยงไปสู่ชุมชน 2.ระดับชุมชนและเครือข่าย พบว่า ยังขาดความรู้ทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย บทบาทหน้าที่ในการแก้ไขปัญหาหรือการมีส่วนร่วมในการสร้างสิ่งแวดล้อมที่แก้ไขปัญหาอย่างไม่ชัดเจน 3.ญาติ/ผู้ดูแล พบว่ายังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคไม่ชัดเจน ไม่สามารถแยกอาการทางลบทางบวกได้แน่ชัด การรับรู้ภาระและความเครียดที่ยังมีรวมไปถึงเศรษฐกิจและความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วย 4.ผู้ป่วย พบว่ายังมีความรู้ความเข้าใจและยังมีปัญหาการยอมรับตนเอง ปัญหาการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง รวมไปถึงปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการดูแล

อย่างต่อเนื่องและมีโอกาสเกิดการกำเริบที่จะต้องกลับไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากทฤษฎีเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภทของ มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์ (2555) กล่าวว่า การรักษาด้วยยาถือว่าเป็นหัวใจของการรักษาผู้ป่วยจิตเภทนอกจากจะควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดการกำเริบหรือป่วยซ้ำของโรคได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่กลับมากำเริบหรือป่วยซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่เนื่องมาจากปัญหาการขาดยา และจากแนวคิดทฤษฎีในเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น น้ำทิพย์ สงวนบุญญพงษ์, สายใจ พัวพันธ์ (2560) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคพว่การขาดนัดการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อายุมีความสัมพันธ์ด้านลบกับการขาดนัดการรักษา สถานภาพสมรส รายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย ระยะเวลาที่ป่วย และเหตุผลของการขาดนัด มีความสัมพันธ์ด้านบวกกับการขาดนัดการรักษา

การที่ได้จากขั้นวางแผนสามารถจำแนกได้เป็น 3 โครงการ ได้แก่ โครงการอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งหลังการอบรม พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีคะแนนของระดับความรู้ ทักษะคิด การดูแล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้น เนื่องจากกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและกลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความเข้าใจถึงบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจาก แนวคิด ทฤษฎีเรื่องผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้เนื่องจาก แนวคิด ทฤษฎีเรื่องผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท (รัตนา พันจุย, 2555 อ้างอิงจาก Horowitz & Reinhard, 1995) กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวหรือผู้ดูแลที่บ้าน คือ สมาชิกในครอบครัวมีความสำคัญอย่างมากในการช่วยเหลือผู้ป่วย แบ่งเป็น ผู้ดูแลหลัก (Primary Caregiver) หมายถึงผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยในกิจวัตรประจำวัน การจัดเตรียมให้ผู้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ และผู้ดูแลรอง (Secondary Caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นๆที่อยู่ในเครือข่ายการดูแล มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้กระทำการดูแลต่อผู้ป่วยโดยตรง ดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่า สอดคล้องกับงานวิจัยของ เกษมมาศ อยู่ถื่น (2561) ศึกษาความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาตามนัดครั้งแรกหลังการจำหน่ายของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าเหตุผลของการไม่มาตามนัด คือ 1) ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา 2) การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 3) ขาดการสนับสนุนทางจากครอบครัว ต่อมา โครงการอบรมให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้นำชุมชน พบว่าผู้นำมีความกังวลในผู้ป่วยที่ญาติพี่น้องเสียชีวิตไปหมดแล้ว ไม่มีผู้ดูแล การตอบสนองต่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ การมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องต่อผู้ป่วย รวมไปถึงการมีสถานะแวดล้อมในบางชุมชนส่วนใหญ่ที่ไม่เอื้อต่อผู้ป่วย เสนอให้ทางหน่วยงานทางสาธารณสุขตรวจสอบกรณีผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับตนเองและไม่ยอมเข้ารับการรักษา ภายหลังจากการประชุม พบ 2 ชุมชนที่หากิจกรรมให้ผู้ป่วย เช่น ให้มีบำเพ็ญประโยชน์โดยการกวาดลานวัด ให้ทำความสะอาดบริเวณอื่นๆของชุมชนที่เหมาะสมโดยมีผลตอบแทนเล็กน้อย เป็นต้น ซึ่งแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลโดยเครือข่ายในชุมชน งานวิจัยของ ศรีนรัตน์ จันทพิมพ์ (2561) ศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา ผลการศึกษาพบ 5 ประเด็นคือ 1. ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทตามมุมมองของชุมชนหมายถึงคือ คนเครียด โรคที่เกี่ยวกับสมอง คนบ้า คนด้อยโอกาส ถูกไสยศาสตร์ และผิดหวังจากการปฏิบัติธรรม 2. วิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมี วิถีของผู้พึ่งพา วิถีผู้อยู่เพียงลำพัง วิถีผู้ขาดสิทธิและโอกาส และวิถีของคนยากจน 3. ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท 4. รูปแบบการดูแลของชุมชน สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบครัวคลุมเครือ

ด้านสุขภาพและมิติทางสังคม ได้แก่ 1) การช่วยเหลือดูแล 2) การจัดบริการเพื่อให้การดูแล 3) การเสริมสร้างความรู้ 4) การพัฒนาศักยภาพ และ 5) การจัดสวัสดิการและการสนับสนุนบริการอื่นๆ และ 5. ปัจจัยเงื่อนไขในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน และโครงการจัดการระบบบริการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายอำเภอทุ่งศรีอุดม เพื่อออกแบบการให้บริการสอดคล้องกับความต้องการผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชน ตั้งแต่การรับเข้ารักษา การให้คำปรึกษา การประเมินและแก้ไขปัญหา ตลอดจนการประสานงานกับ รพ.สต.ในพื้นที่ในการติดตามผู้ป่วยสอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพบุลย์ ตลเชลิม ยุทธนา (2557) ศึกษาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสุววิถีชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ พบว่า รูปแบบที่ทำการศึกษามีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สามารถสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย การออกแบบระบบการรับยาที่เอื้อให้ชุมชนเข้าถึงง่ายและชุมชนร่วมกำกับการใช้ยาของผู้ป่วย พัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิกเชื่อมโยงจากตติยภูมิถึงชุมชน เอื้อให้เกิดการตัดสินใจร่วมระหว่างชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขอย่างทันทั่วถึง

ผลการประเมินการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม แบ่งการประเมินตามผลลัพธ์ ดังนี้ 1. การประเมินระดับอาการทางจิต เปรียบเป็นระยะก่อนการดำเนินการพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการทางจิตดีขึ้นโดยหลังการดำเนินการ 2. ผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Knowledge) ทักษะการที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท (Attitude) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Practical) โดยการใช้แบบสัมภาษณ์ในกลุ่มประชากรผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า หลังการดำเนินการกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระดับดีขึ้น และทัศนคติต่อผู้ป่วย อยู่ในระดับมากที่สุด ทักษะต่อการรักษา อยู่ในระดับมากที่สุด ผลการศึกษา พบว่า ทักษะต่อผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.29 ค่าเฉลี่ยมากที่สุด ทักษะต่อการรักษา ด้านการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลด้านความเป็นอยู่ ผลการศึกษาพบว่าระดับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท อยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.21 โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยมากที่สุดไปหาน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตัวเอง รองลงมาคือ ด้านการรักษา ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคม ด้านเศรษฐกิจ และด้านความเป็นอยู่ ด้านความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือในการรับประทานยาและพฤติกรรมรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอยู่ในระดับสูงมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ผลของอัตราการขาดยาขาดนัดของผู้ป่วยจิตเภท มีการขาดนัดขาดยาและอาการกำเริบลดลง ผลการประเมินการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้แบบประเมินระดับการมีส่วนร่วม ผลระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย พบว่าการมีส่วนร่วมในการให้ความร่วมมือในการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท ในระดับมากที่สุดทั้งนี้จากการดำเนินงาน การให้ความรู้รายบุคคลในสิ่งที่มีความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน และการมีคณะทำงานดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีกลุ่มภาคีเครือข่ายและกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่คอยให้ความช่วยเหลือและร่วมให้การดูแลทำให้ผู้ดูแลเกิดมีกำลังใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป และผลต่อกลุ่มภาคีเครือข่าย พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่ายในชุมชนมีความรู้ ทักษะในการดูแลและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในเบื้องต้นได้ มีส่วนร่วมในการดูแล ทั้งการติดตามเยี่ยมบ้าน รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข อีกทั้งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีกำลังใจที่จะรับการรักษาต่อไปจากผลของกระบวนการที่ได้ผลลัพธ์เช่นนี้ ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาริบทโดยใช้เทคนิคมุมมองรอบด้านให้ครอบคลุม และเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญและเกี่ยวข้องต่าง ๆ นำมาวิเคราะห์สาเหตุของ

ปัญหา ทำให้ได้ทราบปัญหาที่แท้จริง นำไปสู่การวางแผนแก้ไขที่ตรงจุด โดยเชิญผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่มีศักยภาพในชุมชน เข้าร่วมกระบวนการ เพื่อวางแผนออกแบบกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

สรุปผลการศึกษา

สรุปผลการศึกษานี้ พบว่า เพื่อการศึกษากระบวนการพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยจิตเภท เครือข่าย โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีการดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 ระยะก่อนการดำเนินการเป็นการเก็บข้อมูลบริบทสภาพปัญหา ระยะที่ 2 การดำเนินการตามขั้นตอนหรือวงจร P-A-O-R spiral Cycle ได้แก่ ขั้นวางแผน (Planning) โดยการประยุกต์ใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นแนวทางในการประเมินสถานการณ์ กำหนดจุดมุ่งหมาย จัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ และแผนปฏิบัติการ ขั้นปฏิบัติ (Action) มี 3 โครงการ 1) ให้เพิ่มศักยภาพผู้ดูแล 2) ให้ความรู้กลุ่มผู้นำชุมชน 3) จัดระบบการให้บริการคลินิกสุขภาพจิต ขั้นสังเกตผล (Observation) และขั้นสะท้อนผล (Reflection) ถอดบทเรียน ระยะที่ 3 เป็นระยะรวบรวมและการประเมินผล ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ส่วนใหญ่มีภาวะความเครียดในการดำเนินชีวิต ส่วนใหญ่ยังใช้ชีวิตตามปกติ และพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ป่วย 6-10 ปี ผู้ป่วยส่วนใหญ่เดินทางมาโดยรถส่วนตัว กลุ่มอาการทางจิตมีอาการอยู่ในระดับน้อย ระดับความร่วมมือในการรับประทานยาหลังก่อนการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง และหลังพัฒนาอยู่ในระดับสูง 2) กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุ 51-60 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในสถานภาพสมรสมีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีอาชีพส่วนใหญ่เป็นอาชีพเกษตรกรกรรม และส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 1,000 บาทระยะเวลาดูแลผู้ป่วย 6-10 ปี มีระดับคะแนนความรู้และระดับค่าเฉลี่ยของทัศนคติและการดูแลเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินการ เกิดระบบการพัฒนาการจัดการผู้ป่วยจิตเภท รูปแบบเฉพาะของเครือข่ายโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม คือ TSECC Care ประกอบด้วย คือ ทีมที่เข้าใจตระหนักและช่วยเหลือแก้ไขอย่างยั่งยืน (TEAM) การมีระบบบริการที่สอดคล้องกับความต้องการ (SERVICE) การมีความสามารถในการเข้าใจความรู้สึกและความยากลำบากของผู้อื่น (EMPATHY) สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการรักษา (ENVIRONMENT) เครือข่ายชุมชนเข้มแข็ง (COMMUNITY) ความต่อเนื่อง (CONTINUITY)

เอกสารอ้างอิง

รัชตะ รัชตะนาวิน. โครงการแบ่งปันความสุขผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกจำกัดพฤติกรรมสู่ชีวิตใหม่ในชุมชน. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข; 2557, หน้า 22-25.

เจษฎา โชคดำรงสุข. กรมสุขภาพจิตแนะวิธีดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิต. นนทบุรี : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, กรมสุขภาพจิต ; 2557, หน้า 24-32.

กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2559.

Retrieved from http://www.dmh.go.th/ebook/files/รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต_ปี2559.pdf

- กรมสุขภาพจิต ชวนสังคมฟังเสียงสะท้อนผู้ป่วยจิตเภท เปิดใจ ยอมรับ ให้โอกาส และกำลังใจ. (2560). ข่าวสารจากกรมสุขภาพจิต, 1. Retrieved from <http://www.forums.dmh.go.th/index.php?topic=138987.0>
- กรมสุขภาพจิต.คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ(ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข),2559
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ, และ สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2554). การสนับสนุน ทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. Srinagrind Medecal Journal, 26, หน้า186-189.
- นันทวัช สิทธิรักษ์, กมลเนตร วรรณเสวท, กมลพร วรรณฤทธิ์, ปณต ผู้กฤตยาคามิ, สุพร อภินันทเวช, และพนม เกตุมาน. DSM-5 (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2558, หน้า 47-52.
- เบญญาภา พันตาคม. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลวังเหนือ จังหวัดลำปาง สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2554, หน้า 62-75.
- ประวิทย์ พันภู. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวสำหรับผู้ป่วยจิตเภท รพ. ปางศิลาทอง จ. กำแพงเพชร. วารสารสวนปรุง, 2560, หน้า 147-161.
- มานิช หล่อตระกูล, และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี พิมพ์ครั้งที่ 3, กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. 2555, หน้า 45-48.
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกนันทน์. ตาราโรคจิตเภท พิมพ์ครั้งที่ 1, สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ,2552, หน้า 36-45.
- วารุณี ทับแสง. ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์ สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย,มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2554, หน้า 104-105.
- สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล,2557, หน้า 112-13.
- แคลปแลนและนอร์ตัน สมพงษ์ สุวรรณสุจริตกุล แปลและเรียบเรียง,แผนที่ยุทธศาสตร์.นำอักษรการพิมพ์.2547, หน้า 62-75.
- สุทธิพงษ์ วสุโสภณ.การพัฒนากระบวนการบริหารการเปลี่ยนแปลงสู่เมืองไทยแข็งแรง. สไลด์ประกอบการสอน, 2548, หน้า 24-35.

วิรุณศิริ อารยวงศ์, อติศร วงศ์คงเดช, จิรพันธุ์ วิบูลย์วงศ์. เส้นทางสู่ความสำเร็จ การสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รพ.สต.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.โรง
พิมพ์องค์การทหารผ่านศึก กรุงเทพฯ. 2533, หน้า 46-55.

แผนที่ยุทธศาสตร์.กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ,อมร นนทสุต วิรุณศิริ อารย
วงศ์ ประพันธ์ศักดิ์ รักษาไชยวรรณ.อะไร อย่างไรคือแผนที่ยุทธศาสตร์กับการสร้างและใช้แผนที่
ยุทธศาสตร์. เรดิเอชั่น. 2549, หน้า 102-104.

Kaplan, Robert F., and Norton, David P. Strategy Map: Converting Intangible Assets into Tangible
Outcomes. Boston: Harvard Business School Press, 2004, pp. 39-45.

Bastian, H., Glasziou, P., & Chalmes, I. (2010). Seventy-five trials and eleven systematic reviews a
day: how will we ever keep up?. PLoS MED, 7(9), 1-6.

Coring, D. J., & Cook, J. V. (2007). Use of qualitative method to explore the quality of life
construct from a consumer perspective. Psychiatr Serv, 58, 1-5.

Chong, H. Y., Teoh, S. L., Chiawu, D. B., Kotirum, S., Chiou, C. F., & Chaiyakunapruk, N. (2016).
Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. Neuropsychiatric
Disease and Treatment, 12, 357-373.

Chisholm, D., Gureje, O., Saldivia, S., Calderón, M. V., Wickremasinghe, R., Mendis, N., Cost-
effectiveness of different clinical intervention for reducing the burden of
schizophrenia in Spain. Acta Psychiatr Scand, 114(432), pp. 29-38, 87

Gomersall, J. S., Jadotte, Y. T., Xue, Y., Lockwood, S., Riddle, D., & Preda, A. (2015).

Conducting systematic reviews of economic evaluations. International Journal of Evidence-Based
Healthcare, pp. 170-178.

การศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะในโรงเรียนแบบบูรณาการในการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วมผ่านวิถีชุมชนท้องถิ่น

Study on Health Promotion in Schools with Integrated Learning Participatory Via the Local Community

มณฑิชา รักศิลป์^{1*}, รัชณี จูมจี¹, จารุพร ดวงศรี², ญาณิฐา แพงประโคน²

Monthicha Raksilp^{1*}, Ratchanee Joomjee¹, Jaruporn Duangsri², Yanitha Pangprakhon²

¹ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

²อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

*Corresponding author; E-mail : monthicha.r@ubru.ac.th

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานในการสร้างเสริมสุขภาวะในโรงเรียนแบบบูรณาการในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านวิถีชุมชนท้องถิ่น 2) เพื่อศึกษาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะในโรงเรียนแบบบูรณาการในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านวิถีชุมชนท้องถิ่น ขอบเขตที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โรงเรียนที่อยู่ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 1 โดยเป็นโรงเรียนขนาดกลางและมีบริบทที่อยู่ในชุมชนกึ่งเมือง และมีความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัยได้ จำนวน 17 โรงเรียน กลุ่มตัวอย่างได้มาอย่างเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียนและครูหรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานที่งานอนามัยโรงเรียน รวมเป็น จำนวน 34 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ที่ให้ข้อมูลหลักจำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ แบบสอบถามบริบท สภาพที่พึงประสงค์ สุขภาวะของนักเรียนในโรงเรียน ความต้องการการ และแนวทางการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมของชุมชน และแบบสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า 1) ด้านสภาพปัจจุบัน มีการดำเนินการส่งเสริมสุขภาวะในโรงเรียนโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้เรียนเป็นสุข รองลงมาคือ โรงเรียนเป็นสุข 2) ด้านความประสงค์ในการดำเนินการด้านการส่งเสริมสุขภาวะในโรงเรียน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้เรียนเป็นสุข รองลงมาคือ โรงเรียนเป็นสุข 3) ด้านความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ 4) ด้านแนวทางการดำเนินงานกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาวะในโรงเรียนแบบบูรณาการในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านวิถีชุมชนท้องถิ่นในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 1 มีประกอบ 5 ด้าน คือคือ 1) ผู้เรียนเป็นสุข 2) โรงเรียนเป็นสุข 3) สภาพแวดล้อมเป็นสุข 4)) ครอบครัวเป็นสุข 5) ชุมชนเป็นสุข

ข้อเสนอแนะ โรงเรียนควรส่งเสริมแนวทางดำเนินงานโรงเรียนสุขภาวะ โดยเฉพาะองค์ประกอบ ตัวบ่งชี้ ขั้นตอนและวิธีการประเมิน แล้วนำผลการประเมินมาพัฒนาปรับปรุงและแก้ไขพัฒนาโรงเรียนต่อไป

คำสำคัญ: สร้างเสริมสุขภาวะ,โรงเรียน, บูรณาการในการเรียนรู้ ,ส่วนร่วม , วิถีชุมชนท้องถิ่น

ABSTRACT

The purpose of this research were 1) to study the basic information on health promotion in integrated schools through participatory learning through the local community, 2) to study the approaches to promote health in an integrated school. Participation in learning through the local community The scope of research is The school is under the Office of Ubon Ratchathani Primary Education Service Area 1, which is a medium-sized school and has a context in a semi-urban community. and interested in participating in the research at 17 schools. The sample group was obtained specifically, consisting of 34 school administrators and teachers or school health personnel, and in-depth interviews with key informants. of 10 people. The tools used in the research were Context query desirable condition the health of students in school need and guidelines for community-based health promotion activities and an in-depth interview The quantitative data were analyzed by statistical distribution of frequency, percentage, mean and qualitative data by content analysis.

The results of the study found that 1) the present condition, the teachers' overall school health promotion activities were at a high level. The side with the highest mean is The students were happy, followed by the happy school. 2) The wished to carry out work on health promotion in schools. Overall, at the highest level The side with the highest mean is The students were happy, followed by the happy school. 3) The need for activities to promote well-being with participation in the community in the overall average was at a high level. The highest average was the participation and support of people in the community to participate in the activities according to the plans/projects. 4). The Guidelines for the development of activities To promote health in integrated schools through participatory learning through the local community under the Office of Ubon Ratchathani Elementary Education Service Area 1, consisting of 5 aspects: 1) happy learners; 2) Happy school 3) Happy environment 4)) Happy family 5) Happy community.

Keywords: Health Promotion , Schools , Integrated Learning , Participatory , Local Community

บทนำ

จากสถานการณ์ของประเทศไทยในปัจจุบันพบ ว่าความสามารถในการแข่งขันของประเทศและ คุณภาพเด็กและเยาวชนไทยมีแนวโน้มลดน้อยลง ต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเกิดจากความล้มเหลวของ ระบบการศึกษาไทย จากปัญหานี้หลายภาคส่วน ได้เห็นความสำคัญในการพัฒนาเด็กและเยาวชน ของประเทศโดยร่วมดำ เนินการผ่าน “โรงเรียน” ซึ่งถือเป็นยุทธศาสตร์ที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การพัฒนาคุณภาพคน ถือเป็นความสำคัญลำดับสูงในทิศทางการ พัฒนาประเทศไทย โดยเฉพาะในขณะที่สังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่าง รวดเร็วจึงจำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพคนในทุกมิติ เพื่อให้เกิดความสมดุล เกิดความเพียบพร้อมทั้งด้านคุณธรรม และความรู้ ซึ่งจะนำไปสู่การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผลอย่างรอบคอบและระมัดระวังอันจะเป็นภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี การปฏิรูปการศึกษาในทศวรรษที่สองและการประกาศจุดเน้นของทางกระทรวงศึกษาธิการได้เน้นการแก้ไขปัญหาของเด็กและเยาวชนที่มีความเสี่ยงโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมของครอบครัว และมีโรงเรียนเป็นฐานตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ โดยอาศัยชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Health Promotion) มีการส่งเสริมสุขภาพชุมชน ในสองด้าน คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และการเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เชื่อมโยงไปสู่การพัฒนาครอบครัว การปรับเปลี่ยนเงื่อนไขความเป็นอยู่ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญเพื่อให้เกิดการพัฒนาแบบองค์รวมขึ้นในพื้นที่โรงเรียน การดั่งนั้น ดำเนินงานการศึกษา โดยให้ชุมชนท้องถิ่นเข้ามา มีส่วนร่วมในการจัดการศึกษา ซึ่งเป็นวิถีแห่งการ เรียนรู้ชุมชนท้องถิ่น ใช้วิถีการดำเนินชีวิตของชุมชน เป็นตัวกำกับดูแลเยาวชน เพื่อให้บรรลุคุณลักษณะที่กระทรวงศึกษาธิการกำหนดไว้การสร้างเสริมโรงเรียนสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้นักเรียนมีสุขภาพที่ดี การปฏิรูปกระบวนการเรียนรู้โดยเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ (การจัดการเรียนการสอน : 2561) เป็นการเรียนการสอนแบบบูรณาการ ใช้หลักการ 3อ ซึ่งประกอบด้วย ออกกำลังกายที่เหมาะสม อาหารที่มีประโยชน์ อากาศสิ่งแวดล้อมที่ดี เพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้แก่นักเรียน เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การเรียนรู้ผ่านวิถีชุมชน ในด้านสิ่งแวดล้อม สังคม/ชุมชน และปราชญ์ชาวบ้านอุบลราชธานี มีโรงเรียนอยู่ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 1 ทั้งหมด 241 โรงเรียน (กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี : 2561) โดยมีโรงเรียนขนาดกลางและมีบริบทที่อยู่ในชุมชนกึ่งเมือง 17 โรงเรียนที่พบว่า เป็นโรงเรียนที่อยู่ในชุมชน มีการปรับตัวจากชนบทเป็น ชุมชนกึ่งเมืองซึ่งมีแนวโน้มในการการเผชิญปัญหาสุขภาพค่อนข้างสูง เนื่องจากสังคมภายนอกมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงบริบทในชุมชน โดยชุมชนครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพรวมถึงด้านการศึกษาเนื่องจากมีภาระงาน เด็กส่วนหนึ่งอยู่กับปู่ย่าตายายผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถให้ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพและทักษะการใช้ชีวิตในโลกสมัยใหม่ซึ่งไม่ตอบโจทยบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคม การเข้าไปศึกษาชุมชนด้านต่างๆ ทั้งกายภาพ ชีวภาพ ความเป็นอยู่ ระบบวิถีคิด การทำงาน ความสัมพันธ์ในด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคมวัฒนธรรม ตลอดจนปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชนและนำมาปรับและวางแผน เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนตามบริบทชุมชนและบริบทที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคม

ผู้วิจัยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าวควรมีการศึกษาข้อมูลพื้นฐานความต้องการในการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนแบบบูรณาการในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านวิถีชุมชนท้องถิ่น ที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ เพื่อแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพแบบบูรณาการในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านวิถีชุมชนท้องถิ่น

เพื่อจะได้กำหนดแนวทางและการวางแผนในชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนและส่งเสริมสุขภาพที่ดีให้นักเรียน เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม การเรียนรู้ผ่านวิถีชุมชน ในด้านสิ่งแวดล้อม สังคม/ชุมชน สร้างและหนุนเสริมให้เกิดความร่วมมือและความรับผิดชอบร่วมกัน การช่วยเหลือเกื้อกูลกันและกัน ประหยัด คุ่มค่าและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อเด็กและเยาวชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน สภาพปัจจุบัน ความประสงค์ ความต้องการ ในการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนแบบบูรณาการในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านวิถีชุมชนท้องถิ่น
- 2) เพื่อศึกษาแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนแบบบูรณาการในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านวิถีชุมชนท้องถิ่น

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา(Descriptive study) ขอบเขตพื้นที่การวิจัยขอบเขตที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ โรงเรียนที่อยู่ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 1 โดยเป็นโรงเรียนขนาดกลางและมีบริบทที่อยู่ในชุมชนกึ่งเมือง และมีความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัยได้ จำนวน 17 โรงเรียน

ขอบเขตพื้นที่ ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ โรงเรียนที่อยู่ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 1 จำนวน 17 โรงเรียน เลือกพื้นที่กลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นโรงเรียนขนาดกลางและมีบริบทที่อยู่ในชุมชนกึ่งเมือง และมีความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัยได้ จำนวน 17 โรงเรียน

กลุ่มตัวอย่าง ได้มาอย่างเฉพาะเจาะจง ได้แก่ ผู้บริหารโรงเรียนและครูหรือบุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่งานอนามัยโรงเรียน รวมเป็น จำนวน 34 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 10 คน

เครื่องมือ ที่ใช้ได้แก่แบบสอบถามบริบท สภาพปัจจุบัน สภาพที่พึงประสงค์สุขภาพของนักเรียนในโรงเรียน ความต้องการการ และแนวทางการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบมีส่วนร่วมของชุมชน สร้างแบบสอบถามความต้องการ เป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale)

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย (Mean) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation; S.D.)
2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นข้อมูลที่ได้จากการใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก นำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล จัดหมวดหมู่ตามประเด็น ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรง (Validity) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พิจารณาความถูกต้อง ความตรงตามเนื้อหา ความชัดเจนของภาษา และประเมินค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามและวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.00

2. หาความเชื่อมั่น (Reliability) และปรับปรุงข้อคำถามนำแบบสอบถามที่ผ่านความเห็นชอบจากผู้เชี่ยวชาญ และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้ว ไป ทดสอบ (Try out) กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในพื้นที่ใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.78

จริยธรรมในการวิจัย

ได้รับการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยได้ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ใบรับรอง HE 632045 โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) มีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกเป็น เพศชาย ร้อยละ 35.30 เพศหญิง ร้อยละ 64.70 มีอายุ 45-54 ปี มากที่สุด ร้อยละ 47.05 รองลงมาคือ อายุ 35 – 44 ปี ร้อยละ 29.41 การศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 52.94 รองลงมาคือระดับปริญญาโท ร้อยละ 47.05 ประสบการณ์สอน มากที่สุดมากกว่า 20 ปี ร้อยละ 49.98 รองลงมาคือ 16-20 ปี ร้อยละ 29.40 ระดับการศึกษาที่สอน มากที่สุด ประถมศึกษาปีที่ 3 และ 5 ร้อยละ 23.52 รองลงมาคือ ประถมศึกษาปีที่ 2 และ 4 ร้อยละ 17.64 กลุ่มสาระการเรียนรู้ที่สอน มากที่สุด กลุ่มสุขศึกษาและพลศึกษา ร้อยละ 35.29 รองลงมาคือ สังคมศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม ร้อยละ 26.47

2. ผลการสำรวจสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาวะในโรงเรียนขยายโอกาสขนาดกลางที่อยู่ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 1 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.17$) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้เรียนเป็นสุข ($\bar{X} = 4.11$) รองลงมาคือ โรงเรียนเป็นสุข และชุมชนเป็นสุข มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ($\bar{X} = 4.09$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดมี 2 ด้านมีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ สภาพแวดล้อมเป็นสุขและครอบครัวเป็นสุข ($\bar{X} = 4.02$)

3. ผลการสำรวจสภาพที่พึงประสงค์ของการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาวะในโรงเรียนขยายโอกาสขนาดกลางที่อยู่ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 1 โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.60$) และ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้เรียนเป็นสุข ($\bar{X} = 4.73$) รองลงมาคือ โรงเรียนเป็นสุข และชุมชนเป็นสุข มีค่าเฉลี่ย

เท่ากัน ($\bar{X} = 4.61$) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดมี 2 ด้านมีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ สภาพแวดล้อมเป็นสุขและครอบครัวเป็นสุข ($\bar{X} = 4.53$)

4. ด้านความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ปัญหา 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่าความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวมมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.19$) โดยค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ ($\bar{X} = 4.35$)

5. ด้านแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาวะในโรงเรียนแบบบูรณาการในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านวิถีชุมชนท้องถิ่นในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 1 มีประกอบ 5 ด้าน คือคือ 1) ผู้เรียนเป็นสุข 2) โรงเรียนเป็นสุข 3) สภาพแวดล้อมเป็นสุข 4) ครอบครัวเป็นสุข 5) ชุมชนเป็นสุข ผลการวิเคราะห์แบบสอบถามความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาแนวทางการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาวะในโรงเรียนแบบบูรณาการในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านวิถีชุมชนท้องถิ่น ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผล ดังนี้

1.ด้านการการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน บริบทของชุมชน โรงเรียนขอเขตพื้นที่ ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ โรงเรียนที่อยู่ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 1 จำนวน 241 โรงเรียนเลือกพื้นที่กลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นโรงเรียนขนาดกลาง และมีความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัยได้ จำนวน 17 โรงเรียน ในการสร้างเสริมสุขภาวะในโรงเรียน โดยองค์ประกอบของโรงเรียนสุขภาวะ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ผู้เรียนเป็นสุข องค์ประกอบที่ 2 ด้านโรงเรียนเป็นสุข องค์ประกอบที่ 3 ด้านสภาพแวดล้อมเป็นสุข องค์ประกอบที่ 4 ด้านครอบครัวเป็นสุข องค์ประกอบที่ 5 ด้านชุมชนเป็นสุข ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ มูลนิธิสถาบันวิจัยระบบการศึกษา (2554: เว็บไซต์) ได้กล่าวว่า องค์ประกอบของโรงเรียนสุขภาวะมี 5 องค์ประกอบ คือ 1. ด้านผู้เรียนเป็นสุข 2. ด้านโรงเรียนเป็นสุข 3. ด้านสภาพแวดล้อมเป็นสุข 4. ด้านครอบครัวเป็นสุข และ 5. ด้านชุมชนเป็นสุข ทั้ง 5 องค์ประกอบมีความเกี่ยวเนื่องและส่งผลต่อกันกล่าวคือ โรงเรียนสุขภาวะนั้นต้องมีเป้าหมายเพื่อสร้างเสริมให้ “ผู้เรียนเป็นสุข” โดยการปรับสภาพลดปัจจัยเสี่ยง จัดโครงสร้างและระบบต่าง ๆ ให้โรงเรียน สภาพแวดล้อม ครอบครัว และชุมชนเป็นพื้นที่ปลอดภัย และส่งเสริมสุขภาวะของผู้เรียนทั้งด้านกาย ใจ สังคม และปัญญา

2.ด้านผลการศึกษาสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาวะในโรงเรียน ผลการวิเคราะห์พบว่า สภาพปัจจุบันของการดำเนินงานการสร้างเสริมสุขภาวะในโรงเรียนขยายโอกาสขนาดกลางที่อยู่ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 1 โดยรวมอยู่ในระดับมาก และ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้เรียนเป็นสุข รองลงมาคือ โรงเรียนเป็นสุข และชุมชนเป็นสุข มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดมี 2 ด้านมีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ สภาพแวดล้อมเป็นสุขและครอบครัวเป็นสุข สอดคล้องกับงานวิจัยของ รณภทร กตน์วงศ์กร (2557: 89) ได้ศึกษาผล

การพัฒนาทักษะชีวิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบางจาก สำนักงานเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โดยรวมมีความสามารถในการใช้ทักษะชีวิตอยู่ในระดับดี ที่ปรากฏผลดังกล่าวอาจเนื่องมาจาก โรงเรียนได้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะของผู้เรียนทั้งด้านกาย ใจ สังคม และปัญญาโดยตลอด

3. ด้านผลการศึกษาสภาพที่พึงประสงค์ของการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาวะในโรงเรียน ผลการวิเคราะห์แบบสอบถามสภาพที่พึงประสงค์ของการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาวะในโรงเรียน พบว่า สภาพที่พึงประสงค์ของการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาวะในโรงเรียนขยายโอกาสขนาดกลางที่อยู่ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 1 โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้าน โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้เรียนเป็นสุข รองลงมาคือ โรงเรียนเป็นสุข และชุมชนเป็นสุข มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดมี 2 ด้านมีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ สภาพแวดล้อมเป็นสุขและครอบครัวเป็นสุข สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัวไทย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (2553: 222) ได้ศึกษาเรื่องการศึกษาและพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างหลักประกันความมั่นคงของครอบครัว พบว่า การที่จะทำให้ชีวิตครอบครัวมีความมั่นคงนั้น ต้องมีองค์ประกอบที่จะช่วยสนับสนุนให้เกิดความสมดุลจากด้านอื่นๆ ด้วย ได้แก่การที่สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพที่ดีมีการศึกษาที่สามารถนำไปประกอบอาชีพที่มั่นคงได้ รวมทั้งมีรายได้เพียงพอเพียงที่จะสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างไม่ขัดสน และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี มีชุมชนที่พึ่งพาอาศัยกันได้ ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน ก็จะทำให้ครอบครัวมีความสุข อันจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีได้เช่นกัน

4.ด้านความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมของชุมชนประกอบด้วย 4 ด้าน คือ

1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ปัญหา 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผน 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่าความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวมมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก โดยค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ สอดคล้องกับงานวิจัยของ นิลภา จิระรัตนวรรณะ, สุนันท์ วรรณะอมร, ศรีสุตา รัชมีพงศ์ (2561: 365-381) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพเป็นแนวคิดที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการปฏิบัติในระดับพื้นที่ ครั้งนี้สะท้อนการจัดการ ๒ ลักษณะ ได้แก่ ๑) การสร้างเสริมสุขภาพ ผ่านกิจกรรมหรือศักยภาพของชุมชน เป็นธรรมชาติของวิถีการดำเนินชีวิตในสังคมของแต่ละกลุ่มคนที่ สะท้อนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนนำไปใช้สร้างเสริมสุขภาพตามกิจกรรมต่าง ๆ ๒) การสร้างเสริมสุขภาพแต่ละกลุ่มวัย โดยการดำเนินการขององค์กรหลักในพื้นที่โดยชุมชนมีการดูแลกันเอง ร่วมคิด ร่วมวางแผน กับหน่วยงานหลักในพื้นที่สร้างกระบวนการตัดสินใจ การทำงานระหว่างองค์กร

5. ด้านแนวทางการดำเนินงานกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาวะในโรงเรียนแบบบูรณาการในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านวิถีชุมชนท้องถิ่นในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 1 มีประกอบ 5 ด้าน คือคือ 1)ผู้เรียนเป็นสุข 2)โรงเรียนเป็นสุข 3)สภาพแวดล้อมเป็นสุข 4)) ครอบครัวเป็นสุข 5) ชุมชนเป็นสุข ผลการวิเคราะห์แบบสอบถามความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา 2) การมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ปัญหา 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผน 4)) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล พบว่าความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะ

แบบมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวมมีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับงานวิจัยของ ฅณญรัตน์ ทัฒนา (2555: 5-6) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของโรงเรียน ผู้ปกครอง และชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพผู้เรียนของสถานศึกษาสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 1พบว่า ชุมชนควรประพฤติตนเป็นแบบอย่างที่ดียกย่องเชิดชูเกียรติกัน สนับสนุนส่งเสริมการเป็นผู้นำ ผู้ตามที่ดี ทำงานเป็นทีม

สรุปผลการวิจัย

1)ด้านการการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน บริบทของชุมชน โรงเรียนขอเขตพื้นที่ ที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยได้แก่ โรงเรียนที่อยู่ในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 1จำนวน 241 โรงเรียนเลือกพื้นที่กลุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นโรงเรียนขนาดกลาง และมีความสนใจในการเข้าร่วมงานวิจัยได้ จำนวน 17 โรงเรียน ในการสร้างเสริมสุขภาวะในโรงเรียน โดยองค์ประกอบของโรงเรียนสุขภาวะ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ องค์ประกอบที่ 1 ผู้เรียนเป็นสุข องค์ประกอบที่ 2 ด้านโรงเรียนเป็นสุข องค์ประกอบที่ 3 ด้านสภาพแวดล้อมเป็นสุข องค์ประกอบที่ 4 ด้านครอบครัวเป็นสุข องค์ประกอบที่ 5 ด้านชุมชนเป็นสุข

2) ด้านผลการศึกษาสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาวะในโรงเรียน มีการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาวะในโรงเรียนโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้เรียนเป็นสุข รองลงมาคือ โรงเรียนเป็นสุข และชุมชนเป็นสุข มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดมี 2 ด้านมีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ สภาพแวดล้อมเป็นสุขและครอบครัวเป็นสุข

3) ด้านผลการศึกษาสภาพที่พึงประสงค์ของการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาวะในโรงเรียน โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ผู้เรียนเป็นสุข รองลงมาคือ โรงเรียนเป็นสุข และชุมชนเป็นสุข มีค่าเฉลี่ยเท่ากัน ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยสุดมี 2 ด้านมีค่าเฉลี่ยเท่ากันคือ สภาพแวดล้อมเป็นสุขและครอบครัวเป็นสุข

4) ด้านความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดยค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ การมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ

5)ด้านแนวทางการดำเนินงานกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาวะในโรงเรียนแบบบูรณาการในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านวิถีชุมชนท้องถิ่นในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 1มีประกอบ 5 ด้าน คือคือ 1)ผู้เรียนเป็นสุข 2)โรงเรียนเป็นสุข 3)สภาพแวดล้อมเป็นสุข 4)) ครอบครัวเป็นสุข 5) ชุมชนเป็นสุข

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาวะในโรงเรียนแบบบูรณาการในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านวิถีชุมชนท้องถิ่น ผู้ศึกษามีข้อเสนอแนะดังนี้

1.โรงเรียนควรศึกษาแนวทางดำเนินงานโรงเรียนสุขภาวะให้เข้าใจ โดยเฉพาะองค์ประกอบตัวบ่งชี้ ขั้นตอนและวิธีการประเมิน แล้วทำการประเมินสุขภาวะโรงเรียนอย่างสม่ำเสมอ แล้วนำผลการประเมินมาพัฒนาปรับปรุงและแก้ไขกระบวนการบริหารงานของโรงเรียน

2.องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดอุบลราชธานี ควรสนับสนุนให้โรงเรียนในสังกัดนำแนวทางการดำเนินงาน

ไปใช้ โดยเน้นการส่งเสริมผู้เรียนเป็นสุข โรงเรียนเป็นสุข สภาพแวดล้อมเป็นสุข ครอบครัวเป็นสุข ชุมชนเป็นสุข เพื่อพัฒนาการบริหารงานของโรงเรียน

3. ควรศึกษารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะของนักเรียนในโรงเรียนแบบบูรณาการในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านวิถีชุมชนท้องถิ่น

4. สถานศึกษาควรมีแนวทางในการส่งเสริมงบประมาณที่ชัดเจน ทั้งนี้เพื่อนำนโยบายที่กำหนดไว้ไปสู่การปฏิบัติจริง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะประชากร จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=34)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	12	35.30
หญิง	22	64.70
2. อายุ		
น้อยกว่า 25 ปี	0	0
25 – 34 ปี	4	11.76
35 – 44 ปี	10	29.41
45 – 54 ปี	16	47.05
55 – 60 ปี	3	8.82

3. วุฒิการศึกษา

ปริญญาตรี	18	52.94
ปริญญาโท	16	47.05
ปริญญาเอก	0	0

4. ประสบการณ์สอน

1-5 ปี	0	0
6-10 ปี	2	5.88
11-15 ปี	5	14.70
16-20 ปี	10	29.40
มากกว่า 20 ปี	17	49.98

5. ระดับการศึกษาที่สอน

ประถมศึกษาปีที่ 1	4	11.76
ประถมศึกษาปีที่ 2	6	17.64
ประถมศึกษาปีที่ 3	8	23.52
ประถมศึกษาปีที่ 4	6	17.64
ประถมศึกษาปีที่ 5	8	23.52
ประถมศึกษาปีที่ 6	2	5.88

ตารางที่ 2 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพปัจจุบันของการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน

การส่งเสริมสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	แปล ความ	ลำดับ ที่
1. ผู้เรียนเป็นสุข : นักเรียนมากกว่าร้อยละ 80 ในโรงเรียนของท่าน ได้รับการส่งเสริมให้มีคุณลักษณะที่ดี ในด้านร่างกาย จิตใจ ทักษะชีวิต ความเป็นพลเมืองดี และมีความรักในการเรียนรู้	4.11	0.88	มาก	1
2. โรงเรียนเป็นสุข : โรงเรียนของท่านมีระบบการบริหารจัดการที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพของนักเรียน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	4.09	0.72	มาก	2
3. สภาพแวดล้อมเป็นสุข : โรงเรียนของท่านมีการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย ปลอดภัยจากมลพิษ เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพนักเรียนตามรายการที่กำหนดให้	4.02	0.71	มาก	3

4. ครอบครัวยเป็นสุข :โรงเรียนของท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับ ผู้ปกครองของนักเรียน	4.02	0.71	มาก	3
5. ชุมชนเป็นสุข:โรงเรียนของท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีบุคคล และ องค์กรในชุมชน เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของ นักเรียน	4.09	0.72	มาก	2
รวม	4.17	0.82	มาก	

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสภาพที่พึงประสงค์ของการดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาวะในโรงเรียน

การส่งเสริมสุขภาวะ	$\bar{X}$	S.D.	แปล ความ	ลำดับที่
1. ผู้เรียนเป็นสุข : นักเรียนมากกว่าร้อยละ 80 ในโรงเรียนของท่าน ได้รับการส่งเสริมให้มีคุณลักษณะที่ดี ในด้านร่างกาย จิตใจ ทักษะ ชีวิต ความเป็นพลเมืองดี และมีความรักในการเรียนรู้	4.73	0.44	มากที่สุด	1
2. โรงเรียนเป็นสุข : โรงเรียนของท่านมีระบบการบริหารจัดการที่ เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะของนักเรียน โดยใช้ กระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน	4.61	0.60	มากที่สุด	2
3. สภาพแวดล้อมเป็นสุข :โรงเรียนของท่านมีการจัดสภาพแวดล้อม ที่ปลอดภัย ปลอดภัย ปลอดภัย เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะนักเรียน ตามรายการที่กำหนดให้	4.52	0.61	มากที่สุด	3
4. ครอบครัวยเป็นสุข :โรงเรียนของท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีกับ ผู้ปกครองของนักเรียน	4.52	0.61	มากที่สุด	3

5. ชุมชนเป็นสุข:โรงเรียนของท่านมีความสัมพันธ์ที่ดีบุคคล และองค์กรในชุมชน เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะของนักเรียน	4.61	0.60	มากที่สุด	2
รวม	4.60	0.57	มากที่สุด	

ตารางที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ความต้องการการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะแบบมีส่วนร่วมของชุมชน

การมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาวะ	$\bar{X}$	S.D.	แปลความ	ลำดับที่
การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา				
1. การแสดงความคิดเห็นและให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ	4.04	0.49	มาก	7
2. การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ	4.01	0.49	มาก	8
การมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ปัญหา				
1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาแนวทางและเสนอวิธีการในการแก้ปัญหาของชุมชนที่ส่งผลต่อสุขภาวะ	4.22	0.58	มาก	3
2. การมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน/โครงการในการแก้ปัญหาของชุมชนที่ส่งผลต่อสุขภาวะ	4.20	0.57	มาก	4
การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามแผน				
1. การมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการของชุมชน	4.34	0.57	มาก	2
2. การมีส่วนร่วมสนับสนุนให้ประชาชนในชุมชน เข้าร่วมกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการ	4.35	0.56	มาก	1
การมีส่วนร่วมในการประเมินผล				
1. การมีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลการประเมินผลภายหลังดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาวะในโรงเรียนและชุมชน	4.19	0.58	มาก	5
2. การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดผลสำเร็จ ในการทำกิจกรรมตามแผนงาน/โครงการสร้างเสริมสุขภาวะในโรงเรียนและชุมชน	4.19	0.58	มาก	5
3. การมีส่วนร่วมในการนำข้อมูลจากการประเมินผลไปใช้ปรับปรุงการสร้างเสริมสุขภาวะในโรงเรียนและชุมชน	4.18	0.59	มาก	6
ภาพรวม	4.19	0.56	มาก	

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยเรื่อง การศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพในโรงเรียนแบบบูรณาการในการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมผ่านวิถีชุมชนท้องถิ่น ครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้รับการสนับสนุนทุนการวิจัยโดย กองทุนวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (ววน.) จาก สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (สกสว.) ประจำปีงบประมาณ 2563 คณะผู้วิจัยยังได้รับความอนุเคราะห์เป็นอย่างดี จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี และยังได้รับความร่วมมือของหน่วยงานในพื้นที่ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการโรงเรียน สาธารณสุขอำเภอ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และผู้นำชุมชน ประชาชนในพื้นที่ และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ช่วยประสานงาน อำนวยความสะดวก คณะผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูงที่ท่านให้คำแนะนำ และช่วยเหลือทุกอย่างตลอดเวลาที่ทำการศึกษาสารวจข้อมูล จนทำให้งานวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย,กระทรวงสาธารณสุข.พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ. สืบค้น เมื่อ 14 พฤศจิกายน 2562
จาก https://www.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=659
- กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี.ประเด็นการป้องกันโรคอ้วน. สืบค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2561,จาก <http://www.phoubon.in.th/meeting/meeting.html>
- การจัดการเรียนการสอน.การจัดการเรียนการสอนแบบเน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ. สืบค้นเมื่อ 20 ตุลาคม 2561,จาก <http://childcenter-edu.blogspot.com/2009/11/blog-post.html>
- ณิธิยุรัตน์ ทัพพา. (2557). การมีส่วนร่วมของโรงเรียน ผู้ปกครอง และชุมชน เพื่อยกระดับคุณภาพผู้เรียนของสถานศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาขอนแก่น เขต 1.วิทยานิพนธ์ กศ.ม.ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยระบบการศึกษา, คู่มือการประเมินตนเองโรงเรียนสุภาพะ (2554), สืบค้นเมื่อ 19 พฤศจิกายน 2561,จาก <http://www.ires.or.th/wp> .
- รณภทร กตน์วงศ์. (2557). ผลการพัฒนาทักษะชีวิตของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนบางจาก (โกลประเสริฐอุทิศ) สำนักงานเขตภาษีเจริญกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ศศ.บ.:มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศูนย์วิจัยและพัฒนาครอบครัวไทย มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. (2553) การศึกษาและพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างหลักประกันความมั่นคงของครอบครัว. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์:กรุงเทพฯ.
- นิลภา จิระรัตนวรรณ, สุคนธ์ วรรณะอมร, ศรีสุตา รัศมีพงศ์ (2561)ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารมหาจุฬาลงกรณ ปีที่ ๖ ฉบับพิเศษ 2561: 365-381

- Chatkhup, S., et al. (2001). **Happiness Learning: Neurotransmitters in relation with happiness and learning**. Bangkok: Skybook. [in Thai]
- Deeduen, P. (2011). **An application of folk wisdom to educational management of teachers in elementary schools under Pathumthani educational service area office 1**. Master's thesis, Faculty of Education, Pathumthani University. [in Thai]
- World Health Organization. **Milestones in Health Promotion: Statements from global conferences; 2009**.
- Pender, N.J. et al. **Health promotion in nursing practice**. 4th ed. New Jersey: Upper Saddle River, 2006: 112
- Pender NJ, Murdaugh CL, & Parsons MA. **Health Promotion In Nurse Practice (6th ed.)**. The United States of America: Pearson Education LTD; 2011.
- Lee TW, Ko IS, Lee KJ. **Health promotion behaviors and quality of life among community- dwelling elderly in Korea : A cross-sectional survey**. *Int J Nurs Stud* 2006; 43(3): 293-300.