



วารสารสุขภาพภาคประชาชน

Primary Health Care Division Journal

ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2562

ISSN : 1905-2782



จับตา

โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เสริมบุรุษที่ก่อเกิดท้องคร่าชิน กับแนวทางการขับเคลื่อน 6 เดือนหลัง

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข



วารสารสุขภาพภาคประชาชน

Primary Health Care Division Journal

ปีที่ 14 ฉบับที่ 3 ประจำเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2562 ISSN : 1905-2782

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ณัฐวุฒิ ประเสริฐสิริพงศ์
นายแพทย์ภานุวัฒน์ ปานเกตุ
นายแพทย์ประภาส จิตตาศิรินุวัตร
ทันตแพทย์อำคม ประดิษฐสุวรรณ
นายชาติชาย สุวรรณนิตย์

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
(ด้านพัฒนาสุขภาพภาคประชาชน)

นายแพทย์อัศวพล คุรุศาสตร์

ผู้อำนวยการกลุ่มแผนงาน

บรรณาธิการ

นายนัดถะวุฒิ ภิรมย์ไทย

ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

กองบรรณาธิการและคณะกรรมการกลั่นกรองบทความวิชาการ และงานวิจัย ประธานภาคประชาชน

นายนัดถะวุฒิ ภิรมย์ไทย

ผู้อำนวยการกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

คณะกรรมการ

นายแพทย์วัชระ เอี่ยมรัศมีกุล
รศ. นพรัตน์ รุ่งอุทัยศิริ
นายธิปไตย โสถถาวรณ
นางสาวไพลิน แสงกระจ่าง
นางวิณาพร สำอางศรี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
ผู้ทรงคุณวุฒิ
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคใต้
จังหวัดนครศรีธรรมราช

นายนิตินันท์ พันทวี
นางสาวชุตินา สัจกุล
นายวิชิต พุ่มจันทร์
นางจิรวรรณ หัสโรค์

สำนักบริหาร
ผู้เชี่ยวชาญด้านสื่อ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

คณะกรรมการและเลขานุการ

นางสาวสุชาติพิทย์ จันทักษ์

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

นางสาวณัฐธิดา ดำรงไทย
นายเชษฐา ผาผาง
นางสาวรติ สงวนรัตน์
นายอำพล มุ่งคิด
นางญาณินิษา ก้อนทองดี
นางสาวอภินัน ดือระ

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน

บทบรรณาธิการ

สาเหตุของการเสียชีวิตของคนไทยจำนวนกว่า 400,000 รายต่อปีมาจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และจากผลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ล่าสุด ปี พ.ศ. 2560 พบประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่ ร้อยละ 19.1 จากจำนวนผู้สูบบุหรี่ถึง 10.7 ล้านคน และอัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชน ในช่วงปี 10 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ นายแพทย์สุขุม กาญจนพิมาย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวในการประชุมวิชาการบุหรี่กับสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 18 เรื่อง “Tobacco and Lung Health” ว่า สถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศไทยที่ตั้งเป้าหมายลดอัตราการบริโภคยาสูบลงอย่างน้อย ร้อยละ 30 ในปี 2568 ตามเป้าหมายการลดการตายจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (The 9 global targets for NCD : 2025) และเพื่อบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนในอีก 15 ปีข้างหน้า (2559 - 2573) ตามกรอบอนุสัญญาควบคุมยาสูบขององค์การอนามัยโลก (WHO FCTC) นำไปสู่การปฏิบัติตามเป้าหมายสูงสุด 3 ประการ คือ การลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ การลดปริมาณการสูบบุหรี่ต่อคน และการทำให้สิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน โดยได้ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนงานสร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบของประเทศ ยุทธศาสตร์ที่ 1 ตามแผนยุทธศาสตร์การควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่สอง พ.ศ. 2559 - 2562 เพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ เน้นในกลุ่มเยาวชน เนื่องจากมีเยาวชนไทยประมาณ 2 ถึง 3 แสนคน เป็นผู้ติดบุหรี่หน้าใหม่ ทดแทนผู้สูบบุหรี่แล้วเสียชีวิตหรือเลิกสูบไป ซึ่งในอนาคตจะส่งผลให้มีผู้เจ็บป่วยผู้เสียชีวิตจากโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และกระทบภาคเศรษฐกิจและสังคมเพิ่มขึ้น

ทั้งนี้ สิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง คือการพัฒนาการสร้างโครงสร้างพื้นฐานด้านข้อมูลข่าวสารงานวิจัยด้านการควบคุมยาสูบ การประเมินผล และการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการควบคุมยาสูบ รวมถึงการสร้างและพัฒนานักวิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ ซึ่งจะนำไปสู่การลดอัตราการสูบบุหรี่และสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้

การประชุมดังกล่าว จัดโดยกระทรวงสาธารณสุข ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ และภาคีเครือข่าย อาทิ สำนักงานองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สมาพันธ์เครือข่ายวิชาชีพสุขภาพเพื่อคนไทยปลอดบุหรี่ มูลนิธิธรรมาภิบาลเพื่อการไม่สูบบุหรี่ เมื่อวันที่ 20 มิถุนายน 2562 ณ โรงแรมเซ็นทรา บาย เซ็นทารา กรุงเทพมหานคร

กองบรรณาธิการ

สารบัญ

- 03** เรื่องจากปก
จับตา โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ
กับแนวทางการขับเคลื่อน 6 เดือนหลัง
- 06** บทความ
- 06** *๗* แนวทางบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิผล
ในการจัดงานศาสนพิธี
(วิมล เสาะแสง)
- 15** วิจัย
- 15** *๗* การพัฒนาความแตกฉาน ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันการ
การพลัดตกหกล้มของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ
จังหวัดนครนายก ปีงบประมาณ 2560
(ยุภาพร หอมจันทร์, วรรณสตรี รัตนลัมภ์)
- 23** *๗* การพัฒนามาตรการเสริมสร้างประสิทธิภาพมาตรฐาน
สถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน
(สุภาพร วงษานุกิษย์)
- 32** *๗* การติดเชื้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด Ventriculoperitoneal Shunt
ในโรงพยาบาลมหाराชนครศรีธรรมราช
(เอก เปียงแก้ว)
- 40** *๗* การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปรางค์กู่
จังหวัดศรีสะเกษ
(มยุรี สิมมะโรง, อำนวยชัย ดวงตะวัน, ยุพยงค์ พาหา)

จับตา โครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ กับแนวทางการขับเคลื่อน 6 เดือนหลัง



การขับเคลื่อนโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เทิดไท้องค์ราชัน ภายใต้ความร่วมมือจากหลายภาคส่วน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้นำชุมชน เริ่มต้นทำตัวเป็นต้นแบบ “ไม่สูบบุหรี่” เพื่อเป็นตัวอย่างที่ดีให้แก่ประชาชน และให้ค้นหา ชักชวนผู้สูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการฯ ซึ่งจะสิ้นสุดระยะเวลาของโครงการฯ ในวันที่ 31 ธันวาคม 2562 นี้ คณะกรรมการขับเคลื่อนโครงการฯ

ได้มีการจัดประชุมเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2562 ณ ห้องประชุม Video Conference

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยมี ศาสตราจารย์คลินิก เกียรติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานฯ

ผลการดำเนินงาน 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ จากข้อมูลรายงานการชักชวนคนเข้าร่วมโครงการฯ ในฐานข้อมูล HDC ในระบบ 43 แพ้ม (Special PP) ณ วันที่ 15 พฤษภาคม 2562 มีผู้เข้าร่วมโครงการฯ จำนวนทั้งสิ้น 2,991,364 คน คิดเป็น ร้อยละ 99.71 เมื่อเทียบกับเป้าหมาย 3 ล้านคน ในจำนวนนี้มีผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ (6 เดือนขึ้นไป) จำนวน 119,746 คน คิดเป็น ร้อยละ 4.00 เมื่อเทียบกับผู้เข้าร่วมโครงการฯ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นว่าในเขตสุขภาพที่ 7 และ 12 มีผลงานค่อนข้างโดดเด่น ซึ่งมีความเป็นไปได้ว่า อสม. สามารถชักชวนคนสูบบุหรี่เข้าร่วมโครงการฯ ได้มากกว่า 3 คน (เป้าหมาย อสม. ชวนคนเลิกบุหรี่อย่างน้อย 3 คน) ทั้งนี้ แต่ละหน่วยงานที่เป็นกรมวิชาการได้ดำเนินการใน

บทบาทของตนเอง อาทิ กรมการแพทย์ให้การสนับสนุน พัฒนาระบบการบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่ในสถานพยาบาล กรมควบคุมโรคสนับสนุนการบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่ใน



โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และโรงพยาบาลต่างๆ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรในเรื่องการบำบัดผู้สูบบุหรี่ รวมทั้งระบบการรายงานบนฐานข้อมูล (Special PP) กรมสุขภาพจิตสนับสนุนระบบบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้มอบหมายให้ อสม. ให้การแนะนำช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่แก่ผู้ที่สมัครเข้าร่วมโครงการฯ ติดตามผล และรายงานในรูปแบบ อสม.1 ทุกเดือน

อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบข้อจำกัดอยู่ 2 เรื่องหลัก คือ จุดจัดการระดับจังหวัด ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นมีผู้ปฏิบัติงานอยู่ในระดับพื้นที่ทุกจังหวัด แต่ดำเนินงานเฉพาะในบทบาทของตนเอง ทำให้ขาดความเข้มแข็งในการขับเคลื่อนงาน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพจึงเสนอให้มีจุดจัดการระดับจังหวัด โดยมีรองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด (ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน : ผชช. ว.) เป็นประธานคณะกรรมการในการขับเคลื่อน และสนับสนุนให้เกิดจุดปฏิบัติการระดับอำเภอ/พื้นที่ต่อไป ขณะที่จุดจัดการระดับจังหวัดต้องมีการดำเนินงานใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1. จัดทำแผนบูรณาการในการให้การบำบัด รักษา ฟันฟู และติดตามผู้สูบบุหรี่ฯ 2. หน่วยบริการทุกระดับจัดระบบบริการบำบัดรักษา ฟันฟูให้กับผู้สูบบุหรี่ 3. หน่วยบริการทุกระดับรายงานผู้เข้าร่วมโครงการฯ และเลิกสูบบุหรี่ได้ 6 เดือน และ 4. ติดตามผลการเลิกสูบบุหรี่อย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม

ทั้งนี้ มาตรการในการดำเนินการบำบัดรักษาผู้สูบบุหรี่ จะมี 7 พหุผล. เป็นด้านแรกในการรับคนจาก อสม. ให้คำแนะนำ สอบถาม แนะนำ ประเมิน ช่วยเหลือ บำบัดรักษา ติดตามอาการ ส่วนการบำบัดในชุมชนมี 2 ส่วนคือ อสม. ให้คำแนะนำ ติดตามจนเลิกได้ และการเลิกด้วยตนเองโดยวิธีการ “หักดิบ” หรือตัวช่วยอื่นๆ เช่น การงดงดจุกๆ การใช้สมุนไพรต่างๆ เป็นต้น ถ้ายังเลิกไม่ได้ต้องมีการแนะนำหรือส่งต่อไปยังสถานบริการเพื่อรับการบำบัดที่เข้มข้นขึ้น เช่น การให้คำปรึกษาแบบสั้นๆ (Brief Intervention) การให้คำแนะนำแบบเข้มข้น (Intensive Counseling) การให้ยาเพื่อการบำบัดรักษา (Tobacco cessation medication) เป็นต้น

ทางด้านนายแพทย์วิวัฒน์ ใจจนพิทยากร ผู้อำนวยการศูนย์นโยบายและการจัดการสุขภาพ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวแสดงความเห็นต่อโครงการนี้ว่า เป็นการสร้างประวัติศาสตร์ให้กับประเทศไทยในเรื่องการไม่สูบบุหรี่ จึงควรถือโอกาสนี้ใช้พลังทางสังคมด้วยการประกาศรายชื่อผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ในชุมชน เพื่อชื่นชมผู้ที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จและไม่กลับไปสูบอีก และควรเพิ่มการคัดกรองในคลินิก NCD เนื่องจากมีผู้ป่วยถึง 2.5 ล้านคนที่มีบางส่วนในจำนวนนี้สูบบุหรี่ และควรส่งต่อไปให้กับ อสม. ดูแล เยี่ยมเยียนให้คำแนะนำผู้ป่วยในการเลิกสูบบุหรี่ นอกจากนี้ ผู้ที่ใช้ช่องทางสื่อสารผ่านสายด่วนเลิกบุหรี่ 1600 โทรฟรี ก็จะได้รับบริการจากมืออาชีพ

พัฒนาบุคลากรช่วยคนเลิกบุหรี่

นายแพทย์ชยันต์ สิทธิบุศย์ ผู้อำนวยการสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค ได้นำเสนอบทบาทและผลการดำเนินงาน รวมถึงแผนการดำเนินงานในระยะต่อไปของโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ ที่เกี่ยวข้องกับสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค ที่ขับเคลื่อนตามมาตรการ/แนวทางแผนยุทธศาสตร์ควบคุมยาสูบแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 - 2562 สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่ 3 ช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบ ประกอบด้วย 3 มาตรการ ได้แก่ 1. เสริมพลังชุมชนและเครือข่ายเพื่อการบำบัดผู้เสพยาสูบ 2. พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีต่างๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) โรงพยาบาลทุกระดับให้สามารถให้คำปรึกษาการเลิกบุหรี่ / ส่งต่อ และการบันทึกข้อมูลในระบบ 43 แฟ้ม รวมถึงการสนับสนุน/อบรม

อสม. ในการคัดกรองและทำให้คำแนะนำการเลิกบุหรี่ในชุมชนภายใต้โครงการจังหวัดปลอดบุหรี่ รวมถึงมีบริการแนะนำและช่วยคนเลิกบุหรี่เชิงรุกโดย อสม. ที่ผ่านการอบรม และ 3. พัฒนาคุณภาพระบบบริการเลิกยาสูบและสายด่วนเลิกบุหรี่

สานต่อโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ

การประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนโครงการ 3 ล้าน 3 ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทยฯ ในครั้งนี้ที่ประชุมมีมติหลัก 3 เรื่อง ได้แก่ 1. การมอบหมายให้สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผลักดันให้เกิดจุดจัดการระดับจังหวัด โดยมีผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านเวชกรรมป้องกัน (ผชช.ว.) เป็นผู้ขับเคลื่อนหลัก และให้บูรณาการหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น งาน NCD งานบุหรื งานสุขภาพภาคประชาชน งานสุขศึกษา งานสุขภาพจิต และอื่นๆ โดยมีหนังสือสั่งการและแจ้งแนวทางการบำบัดผู้สูบบุหรี่ในสถานบริการ/การเชื่อมโยงคลินิกฟ้าใสที่มีอยู่ 570 แห่ง การส่งต่อเพื่อให้เลิกบุหรี่ได้ ไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด รวมทั้งประเด็นการติดตามการตรวจราชการผ่านกลไกผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข 2. มอบหมายกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับกรมควบคุมโรค ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อดูแลระบบการรายงานข้อมูลที่ต้องการ เพื่อการวางแผนและติดตามที่มีประสิทธิภาพ 3. มอบหมายกรมควบคุมโรคผลักดันให้ยาที่ใช้บำบัดผู้สูบบุหรี่ (Bupropion SR/varenicline/nortriptyline) เป็นยาในบัญชียาหลัก ...■



แนวทางบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการจัดงานศาสนพิธี

Management guidelines to enhance work effectiveness in the religious ceremony

วิมล เสาะแสง*

บทนำ (Introduction)

สังคมไทยถือว่าศาสนามีความสำคัญต่อวิถีการดำเนินชีวิตของสังคม จนกลายเป็นวัฒนธรรมประเพณีที่มีผลต่อความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความศรัทธาของประชาชนพลเมืองของสังคมดั่งนั้น ศาสนาจึงถือเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจในการประพฤติปฏิบัติ เพื่อให้ประชาชนพลเมืองได้ใช้หลักธรรมทางศาสนาที่ตนนับถือมาเป็นเครื่องมือในการประพฤติปฏิบัติตน เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาจิตใจของตนเอง ครอบครัว สังคม ชุมชน และประเทศชาติ ให้มีความมั่นคงและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุขและเกิดความสมานฉันท์ ดั่งนั้น ศาสนาทุกศาสนาจึงจำเป็นต้องมีพิธีกรรมทางศาสนาเป็นเครื่องมือในการให้ศาสนิกชนของตน ใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่มีลักษณะเป็นรูปธรรมร่วมกันปราชญ์ทั้งหลายจึงได้ให้ความสำคัญของศาสนพิธีไว้ว่า “เป็นดังเปลือกของต้นไม้ ซึ่งทำหน้าที่ห่อหุ้มแก่นของต้นไม้ คือ เนื้อแท้อันเป็นสาระสำคัญของศาสนาไว้” ซึ่งเมื่อกกล่าวให้ถูกต้องก็สามารถกล่าวได้ว่าศาสนพิธี และศาสนธรรมของศาสนาทั้งสองส่วนนี้ย่อมมีความสำคัญเสมอกันต้องอาศัยซึ่งกันและกัน เพราะหากไม่มีศาสนธรรมอันเป็นแก่นแท้ของศาสนา ศาสนพิธีก็คงจะอยู่ได้ไม่นาน หรือหากมีเฉพาะศาสนธรรมอันเป็นแก่นแท้ของศาสนา แต่ไม่มีศาสนพิธีแก่นแท้ของศาสนาก็ย่อมอยู่ได้ไม่นานเช่นกัน¹

สอดคล้องกับประกาศยุทธรศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580)² และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12³ ได้มีนโยบายส่งเสริมการเกิดทุนสถาบันชาติ ศาสนา พระมหากษัตริย์ และการสืบสานศาสนพิธี ซึ่งถือเป็นพิธีกรรมทางศาสนาของแต่ละศาสนาที่มีพิธีกรรมที่แตกต่างกันไปตามความเชื่อได้ยึดถือปฏิบัติพิธีกรรมในโอกาสต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเกิด การตายการแต่งงาน การทำบุญ และบางพิธีกรรมเป็นความเชื่อของท้องถิ่น ซึ่งแต่ละศาสนามีพิธีกรรมที่นำหลักธรรมคำสอนของศาสนาไปสู่การปฏิบัติที่แตกต่างกันไปตามความเชื่อและศาสนิกชนของแต่ละศาสนาได้ยึดถือปฏิบัติพิธีกรรมในโอกาสต่างๆ ตามความเชื่อและศรัทธาดั้งเดิมของท้องถิ่น มาแต่โบราณ และบางพิธีกรรมเป็นความเชื่อของท้องถิ่นที่ไม่ควรนำความเชื่อต่างศาสนิกหรือต่างภูมิภาคไปปะปนจนเกิดความผิดเพี้ยน

ศาสนพิธีหรือพิธีกรรมของพระพุทธศาสนาเป็นสิ่งที่ช่วยหล่อเลี้ยงศาสนธรรมอันเป็นแก่นแท้ของพระพุทธศาสนาไว้ ดั่งนั้น การกระทำศาสนพิธีหรือพิธีกรรมต่างๆ ในทางพระพุทธศาสนา ควรที่จะต้องมีคำแนะนำ และให้ผู้ร่วมพิธีได้ศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับพิธีต่างๆ ให้ถ่องแท้ตามหลักการทางพิธีกรรมของพระพุทธศาสนา เพื่อผู้ปฏิบัติจะได้นำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องตามจุดมุ่งหมายในศาสนพิธีนั้นๆ เนื่องจากศาสนพิธี

* นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

จัดเป็นวัฒนธรรมและจารีตประเพณีของชาติที่มีการสืบสานกันมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน ซึ่งการปฏิบัติศาสนพิธีจะต้องทำให้มีความเป็นระเบียบเรียบร้อย สวยงาม เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เพื่อก่อให้เกิดความเลื่อมใสศรัทธาในการดำเนินกิจกรรมด้านพิธีกรรมของศาสนพิธี ซึ่งถือเป็นสิ่งสำคัญของพุทธศาสนิกชนผู้ทำหน้าที่เป็นผู้นำในการปฏิบัติงานศาสนพิธีจะต้องมีความรู้ความสามารถและความเข้าใจอย่างถูกต้อง เนื่องจากศาสนพิธีเป็นการสร้างระเบียบแบบแผนแบบอย่างที่ดีปฏิบัติในศาสนานั้นๆ ตามหลักการความเชื่อในศาสนาที่ตนนับถือ เมื่อนำมาใช้ในทางพระพุทธศาสนาย่อมหมายถึง ระเบียบ แบบแผน และแบบอย่างที่ดีปฏิบัติในพระพุทธศาสนา ซึ่งบางท่านเรียกว่า **“พุทธศาสนพิธี”** เพื่อให้การนำหลักกรรมทางศาสนาไปพัฒนาคุณภาพคนและสังคมไทย ให้บรรลุผลสัมฤทธิ์^{4,5}

กลุ่มพิธีการและกิจกรรมพิเศษ กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับมอบหมายในการปฏิบัติหน้าที่ในการจัดงานศาสนพิธี จึงน้อมนำกระแสพระราชดำริ **“ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง”** ของพระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร และน้อมนำกระแสพระราชดำริ **“ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตน เป็นที่สอง ประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์ เป็นกิจที่หนึ่ง ลาภทรัพย์และเกียรติยศ จะตกแก่ท่านเอง ถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์”** ของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก พร้อมนำนโยบายรัฐบาลในการศึกษาและเรียนรู้ การทะนุบำรุงศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม มาเป็นแนวทางในการดำเนินงานรวบรวมองค์ความรู้และจัดทำแนวทางบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดงานศาสนพิธี ตามแผนการดำเนินงานของกลุ่มพิธีการและกิจกรรมพิเศษ และ **“ส่งเสริมคุณธรรมที่มีประสิทธิภาพและมุ่งผลสัมฤทธิ์”** รวมทั้งเพื่อเพิ่มความรู้เรื่องพิธีกรรม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณีต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงานต่อไป และสามารถนำความรู้ ความเข้าใจในเรื่องศาสนพิธีและพิธีกรรม และเผยแพร่แก่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรเครือข่าย และประชาชนทั่วไป เพื่อเป็นการร่วมกันอนุรักษ์และสืบทอดพิธีกรรมและประเพณีท้องถิ่นอันดีงามต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อรวบรวมองค์ความรู้เรื่องการบริหารจัดการงานศาสนพิธี
2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคที่เกิดจากกระบวนการจัดงานศาสนพิธี
3. เพื่อพัฒนารูปแบบแนวทางการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดงานศาสนพิธี
4. เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้แก่ข้าราชการ เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจภายนอก

กระทรวงสาธารณสุข

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานศาสนพิธีได้รับทราบการเตรียมการ แนวทาง ขั้นตอน และปฏิบัติงานศาสนพิธีได้เรียบร้อย ถูกต้อง ตามประเพณี เป็นไปในแนวทางเดียวกันให้บรรลุตามวัตถุประสงค์
2. เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจแก่ข้าราชการ เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจภายนอกกระทรวงสาธารณสุขได้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้องตามแบบแผนโบราณประเพณี

3. เพื่ออนุรักษ์รักษาวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี เรื่องศาสนพิธีและพิธีกรรมทางศาสนาไปเผยแพร่แก่หน่วยงานภาคเอกชน องค์กรเครือข่าย และประชาชนทั่วไป เพื่อเป็นการร่วมกัน เสริมสร้างความเข้าใจ และสร้างความสมานฉันท์ระหว่างศาสนิกชนสืบไป
4. เพื่อเป็นสิ่งชักนำให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ กระทรวงสาธารณสุข พุทธศาสนิกชน เว้นจากการทำชั่ว ทำความดีมีจิตใจผ่องใส

สภาพปัญหา อุปสรรคและวิธีการแก้ไขปัญหาจากแต่ละภารกิจ

จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมาพบประเด็นปัญหาจากการดำเนินงานศาสนพิธี มีดังนี้

1. ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานศาสนพิธี ส่วนมากไม่มีความรู้และประสบการณ์เรื่องศาสนพิธี ที่ถูกต้อง ทำให้การปฏิบัติศาสนพิธีมีความรู้ความเข้าใจคลุมเครือเกิดการลังเลสับสน ไม่มั่นใจแนวทางการปฏิบัติ พิธีกรรม ก่อให้เกิดการผิดพลาดในที่สุด
2. ปัจจุบันการปฏิบัติศาสนพิธีของหน่วยงานระดับกรม กอง สำนัก ยังมีรูปแบบไม่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน
3. ข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานศาสนพิธีได้รับมอบหมายในเวลาที่ยุ่งขันชิด และมีเวลาเตรียมงานจำกัดทำให้มีการวางแผนบริหารจัดการเตรียมการน้อย
4. อุปสรรคในการปฏิบัติงานศาสนพิธีมีจำนวนน้อย และไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ บางครั้งต้องมาดัดแปลงให้เหมาะสมกับงานพิธีเพื่อความสะดวก
5. ข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานศาสนพิธีมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอบางครั้งเจ้าหน้าที่ท่านเดียว ต้องปฏิบัติในหลายหน้าที่ในเวลาต่อเนื่องกันแต่คนละจุด และระยะทางห่างกัน จำเป็นต้องเดินเร็วๆ ทำให้ภาพที่เห็นไม่เหมาะสม
6. สถานที่ในการจัดศาสนพิธีคับแคบ ถ้ามีผู้มาร่วมงานศาสนพิธีเป็นจำนวนมาก ทำให้ที่นั่งสำหรับผู้ร่วมพิธีไม่เพียงพอ
7. บางครั้งมีงานที่สำคัญและเร่งด่วน โดยการจัดงานในวัน เวลา เดียวกัน จำเป็นต้องจัดทำหนังสือแจ้งเวียนเปลี่ยนแปลงใหม่ในเวลาที่ยุ่งขัน
8. ขาดการสร้างแรงจูงใจและสิ่งตอบแทนแก่บุคคลที่เป็นตัวแทนไปร่วมงานศาสนพิธี และบุคลากร ที่ได้มีการทุ่มเทการทำงาน

ปัญหาดังกล่าว จึงดำเนินการรวบรวมองค์ความรู้เรื่องการบริหารจัดการงานศาสนพิธีจากหนังสือ คู่มือ และแนวทางการปฏิบัติต่างๆ^{1,4,5,6,7,8,9,10} เพื่อพัฒนาแนวทางการบริหารจัดการ และเพิ่มประสิทธิผลในการจัดงานศาสนพิธี รวมทั้งเป็นแนวทางให้ผู้ปฏิบัติงานศาสนพิธีได้รับทราบการเตรียมการ แนวทาง ขั้นตอน และปฏิบัติงานได้เรียบร้อย ถูกต้อง เป็นไปในแนวทางเดียวกันให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

ความรู้เรื่องประเภทของศาสนพิธีทางพระพุทธศาสนา

1. **กุศลพิธี** คือ พิธีกรรมที่เนื่องด้วยการอบรมความดีงามทางพระพุทธศาสนาเฉพาะ ตัวบุคคล เช่น การแสดงตนเป็นพุทธมามกะ การเวียนเทียนในวันสำคัญทางพระพุทธศาสนาการรักษาศีลต่างๆ

2. **บุญพิธี** คือ พิธีทำบุญ เป็นประเพณีในครอบครัว ในสังคม เกี่ยวเนื่องกับการดำเนินชีวิต เช่น พิธีทำบุญงานมงคล พิธีทำบุญงานอวมงคล

3. **ทานพิธี** คือ พิธีถวายทานต่างๆ เช่น การถวายปาฏิโมคคิกทาน การถวายสังฆทาน หรือ การถวายผ้ากฐิน ผ้าป่า ผ้าอาบน้ำฝน และอื่นๆ

4. **ปกิณกพิธี** คือ พิธีเบ็ดเตล็ด เป็นมารยาทและวิธีปฏิบัติศาสนพิธี เช่น วิธีตั้งโต๊ะหมู่บูชา และจัดอาสนะสงฆ์ วิธีวงด้ายสายสิญจน์ วิธีจุดธูปเทียน วิธีแสดงความเคารพพระสงฆ์ วิธีประเคนของพระสงฆ์ วิธีทอดผ้าบังสุกุล วิธีทำหนังสืออาราธนาและใบปลิวอาราธนา วิธีอาราธนาศีล อาราธนา พระปริตร อาราธนาธรรม วิธีกรวดน้ำ

งานพระราชพิธี

เป็นงานที่พระมหากษัตริย์ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จัดขึ้นเป็นประจำปี เช่น พระราชพิธีฉัตรมงคล พระราชพิธีเฉลิมพระชนมพรรษา พระราชพิธีสงกรานต์ พระราชพิธีฉัตรมงคล หรืองานที่ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้จัดขึ้นเป็นกรณีพิเศษเช่น พระราชพิธีอภิเษกสมรส พระราชพิธีสมโภชเดือนและขึ้นพระอู่

งานพระราชกุศล

เป็นงานที่พระมหากษัตริย์ทรงบำเพ็ญพระราชกุศล ซึ่งงานพระราชกุศลบางงานต่อเนื่องกับงานพระราชพิธี เช่น งานพระราชกุศลมาฆบูชา งานพระราชกุศลวิสาขบูชา งานพระราชกุศล อุปสมบทนาครหลวงงานพระราชกุศล วันปิยมหาราช งานพระราชกุศลทักษิณานุปทานพระบรมอัฐิ สมเด็จพระบรมราชูปถัมภ์งานพระราชกุศล ทรงบาตร

งานรัฐพิธี

เป็นงานพิธีที่รัฐบาลหรือทางราชการจัดขึ้นเป็นประจำปี โดยกราบทูลเชิญพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเสด็จฯ ไปทรงเป็นประธานประกอบพิธี เช่น รัฐพิธีที่ระลึกวันจักรี รัฐพิธีฉลอง วันพระราชทานรัฐธรรมนูญ ซึ่งปัจจุบันทรงรับเข้าเป็นงานพระราชพิธี

งานราษฎร์พิธี

เป็นงานทำบุญตามประเพณีนิยมที่ราษฎรจัดขึ้นเพื่อความ เป็นสิริมงคลแก่ตนเองและ ชุมชน หรือเป็นการทำบุญเพื่ออุทิศผลให้แก่ผู้ที่ล่วงลับไปแล้วในโอกาสต่างๆ ซึ่งเป็นการจัดตามความศรัทธาและความเชื่อที่ถือปฏิบัติสืบทอดกันมาตามท้องถิ่นหรือชุมชนนั้นๆ

องค์ประกอบของพิธี

1. **พิธีกรรม** คือ การกระทำที่เป็นวิธีการเพื่อให้ได้รับผลสำเร็จและนำไปสู่ผลที่ต้องการ อันเป็นเครื่องน้อมนำศรัทธาที่จะพาเข้าสู่เป้าหมายตามวัตถุประสงค์ของผู้ที่จัดกิจกรรมนั้นๆ และ สามารถน้อมนำให้ผู้ศรัทธาเข้าถึงธรรมที่สูงขึ้น

2. **พิธีกร คือ** ขั้นตอนของพิธีที่กำหนดไว้ตามลำดับตั้งแต่เริ่มต้นพิธีจนจบพิธี เพื่อให้การจัดกิจกรรมในพิธีนั้นๆ เป็นไปด้วยความถูกต้อง เรียบร้อย และสวยงาม อันนำมาซึ่งความศรัทธา และความเชื่อในการจัดกิจกรรมร่วมกัน ทั้งในส่วนตัวที่เข้าร่วมพิธีและผู้ทีพบเห็น

3. **พิธีกร คือ** ผู้ดำเนินรายการประกอบพิธีกรรมนั้นๆ ให้เป็นไปตามขั้นตอนที่ได้กำหนดไว้ โดยทำหน้าที่รับผิดชอบในด้านพิธีการ ประสาน ควบคุม และกำกับพิธีการต่างๆ ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยตามกำหนดการ ในกรณีที่เป็นพิธีกรรมทางศาสนา จะเรียกว่า **“ศาสนพิธีกร”** ซึ่งหมายถึง ผู้ทำหน้าที่ควบคุมและปฏิบัติศาสนพิธีให้ถูกต้องตามพิธีกรรมทางศาสนา ตลอดจน ประสานงาน เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมในพิธีนั้นๆ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

คุณสมบัติของศาสนพิธีกร

- 1) มีความรู้ ความสามารถ ในการปฏิบัติศาสนพิธี
- 2) มีไหวพริบ ปฏิภาณ ตัดสินใจ และแก้ไขข้อขัดข้องได้รวดเร็วและเรียบร้อย
- 3) มีความแม่นยำละเอียด รอบคอบ ในศาสนพิธี
- 4) แต่งกายและปฏิบัติตนให้เหมาะสมตามกาลเทศะ มีมารยาทเรียบร้อย
- 5) สามารถประสานงานควบคุม กำกับพิธีการได้ดี

การเตรียมการของศาสนพิธี

เมื่อมีการปรึกษาหารือและมีข้อตกลงกันเป็นที่เรียบร้อยแล้วแล้วในการจัดพิธีเนื่องในโอกาสต่างๆ นั้น ผู้ที่ได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ในการเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมจะต้องมีการเตรียมการ ดังนี้

1. การเตรียมสถานที่
2. การเตรียมอุปกรณ์
3. การเตรียมบุคลากร
4. การเตรียมกำหนดการ
5. การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ

การเตรียมสถานที่

กิจกรรมแรกๆ ที่ผู้ดำเนินกิจกรรมควรคำนึงถึงคือการเตรียมสถานที่ควรคำนึงถึงความเหมาะสมของสถานที่งานที่จะจัดเป็นงานพิธีใดงานมงคลหรืองานอวมงคลสถานที่นั้นมีความเหมาะสมกับการจัดพิธีหรือไม่เพียงใด ซึ่งจะได้มีการวางแผนในการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับสถานที่โดยมีหลักการพิจารณา ดังนี้

1. ความเหมาะสมของสถานที่ในการจัดพิธี
2. มีความกว้างขวางเพียงพอกับการรองรับผู้ร่วมพิธี
3. สะอาดสะอึกปลอดภัย
4. ไม่มีเสียงรบกวน

การเตรียมอุปกรณ์

การเตรียมอุปกรณ์ เป็นสิ่งจำเป็นของพิธีต่างๆ ซึ่งผู้ทำหน้าที่ศาสนพิธีกรควรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพิธีการหรือพิธีกรรมต่างๆ เช่น วัตถุประสงค์ของการจัดศาสนพิธีเป็นงานมงคล งานอวมงคล หรือการจัดงานมงคล และงานอวมงคลพร้อมกัน ซึ่งแต่ละงานจะต้องใช้อุปกรณ์ในการประกอบพิธีที่แตกต่างกัน เช่น งานมงคลสมรส งานวางศิลาฤกษ์ เป็นต้น

อุปกรณ์หลักที่ใช้ในงานศาสนพิธี

- 1) โต๊ะหมู่บูชา พระพุทธรูป แท่นกราบพรม
- 2) แจกันดอกไม้ หรือพานพุ่ม
- 3) กระจ่างรูป เจึงเทียน
- 4) รูป เทียน บูชาพระเทียชนวน
- 5) ที่กรวดน้ำ
- 6) สำลี กรรไกร เชื้อชนวน (น้ำมันเบนซินผสมกับเทียนขี้ผึ้งแท้)
- 7) โบปวารณา และจตุปัจจัยไทยธรรม
- 8) เครื่องขยายเสียงพร้อมอุปกรณ์
- 9) เครื่องรับรองพระสงฆ์ เช่น น้ำร้อน น้ำเย็น อาสน์สงฆ์หรือพรมนั่ง เสื่อ หมอนพิงกระดาศกระโดน ผ้าเช็ดมือ

การเตรียมบุคลากร

การเตรียมบุคลากร เป็นการแสดงถึงความพร้อมของผู้จัดงานพิธีต่างๆ เพื่อความสะดวกในการติดต่อประสานงาน เป็นการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในแต่ละส่วนของผู้ปฏิบัติงาน สามารถตรวจสอบได้ว่านิมนต์พระสงฆ์ หรือยัง นิมนต์จำนวนเท่าใด ใครเป็นประธาน ใครรับภารกิจส่วนใดใครเป็นพิธีกร ใครทำหน้าที่ศาสนพิธีกร เป็นต้น สามารถตรวจสอบจุดบกพร่องของงานได้ด้วย

พระสงฆ์ การนิมนต์พระสงฆ์ ควรเขียนเป็นหนังสือ หรือภาษาทางราชการ เรียกว่า “การวางฎีกานิมนต์พระสงฆ์” เพื่อถวายพระสงฆ์ไว้เป็นหลักฐาน ซึ่งประกอบด้วยข้อความสำคัญเพื่อให้พระสงฆ์ทราบว่า นิมนต์งานพิธีใด วัน เวลา และสถานที่ในการประกอบพิธีอยู่ที่ไหนควรแจ้งให้ชัดเจน สำหรับจำนวนพระสงฆ์ในแต่ละพิธี ไม่ได้กำหนดจำนวนมากไว้เท่าใดแต่มีกำหนดจำนวนข้างน้อยไว้ คือ ไม่ต่ำกว่า 5 รูป 7 รูป 9 รูป และ 10 รูป เพื่อจะได้ครบองค์คณะสงฆ์ ส่วนงานพระราชพิธี หรือพิธีของทางราชการนิมนต์พระสงฆ์ 10 รูป ทั้งงานมงคลและงานอวมงคล แต่ถ้าหากเป็นพิธีบำเพ็ญกุศลสวดพระอภิธรรมศพประจำคืนนั้น นิมนต์พระสงฆ์สวดพระอภิธรรม จำนวน 4 รูป

การเตรียมกำหนดการ

กำหนดการ คือ เอกสารที่จัดทำขึ้นเพื่อบอกลักษณะของงาน เป็นต้นว่างานอะไรใครเป็นประธานสถานที่ วัน เวลาในการจัดงาน ลำดับขั้นตอนของงาน การแต่งกาย เพื่อให้ผู้ที่ร่วมในพิธีฯ มีความเข้าใจตรงกันและทราบขั้นตอนของพิธี

การมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ

การปฏิบัติงานศาสนพิธีให้เรียบร้อย ถูกต้อง เป็นไปในแนวทางเดียวกันให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ จำเป็นต้องมีการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ

แนวทางการพัฒนาเพื่อความยั่งยืน

แนวทางการบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดงานศาสนพิธี มีความสำคัญและจำเป็น เนื่องจากต้องเกี่ยวข้องกับสถาบันศาสนาและพระมหากษัตริย์ จึงสมควรพัฒนาเพื่อความยั่งยืน ดังนี้

1. จัดทำแนวทางการบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดงานศาสนพิธีเพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ และผู้ที่เกี่ยวข้องได้ถือปฏิบัติอย่างถูกต้อง เหมาะสม และสมพระเกียรติ
2. จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการให้แก่ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ ผู้สนใจ เรื่องศาสนพิธีสม่ำเสมอ เพื่อพัฒนาผู้ปฏิบัติงานให้มีความพร้อมและเพิ่มพูนประสบการณ์ในการปฏิบัติงานได้รวดเร็วถูกต้อง และสมพระเกียรติ
3. จัดทำแผนพัฒนา เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจแก่บุคลากร เรื่องแนวทางการบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดงานศาสนพิธี
4. ให้คำปรึกษา เสนอแนะ แก้ไขปัญหา และร่วมดำเนินการให้กับหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนพร้อมสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานที่เข้มแข็ง เพื่อได้รับความร่วมมือ
5. ไปศึกษาดูงานกับหน่วยงานภายนอกเพื่อเป็นข้อมูลนำมาพัฒนาและแก้ไขการปฏิบัติงานศาสนพิธี
6. ปลุกจิตสำนึก สร้างขวัญและกำลังใจให้แก่ข้าราชการเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานศาสนพิธีเพื่อให้การปฏิบัติหน้าที่ที่ต่อเนื่อง

สรุปผล (Conclusion)

สังคมไทยถือว่าศาสนามีความสำคัญต่อวิถีการดำเนินชีวิตของสังคม จนกลายเป็นวัฒนธรรมประเพณีที่มีผลต่อความรู้สึกนึกคิด ความเชื่อ ความศรัทธาของประชาชนพลเมืองของสังคมดั่งนั้น ศาสนาจึงถือเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจในการประพฤติปฏิบัติ เพื่อให้ประชาชนพลเมืองได้ใช้หลักธรรมทางศาสนาที่ตนนับถือ มาเป็นเครื่องมือในการประพฤติปฏิบัติตน เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการพัฒนาจิตใจของตนเอง ครอบครัว สังคม ชุมชน และประเทศชาติ ให้มีความมั่นคงและอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และเกิดความสมานฉันท์ ซึ่งกลุ่มพิธีการและกิจกรรมพิเศษ กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้รับมอบหมายในการปฏิบัติหน้าที่ในการจัดงานศาสนพิธี จึงเห็นสมควรจัดทำแนวทางการบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดงานศาสนพิธีเพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ และผู้ที่เกี่ยวข้องได้ถือปฏิบัติอย่างถูกต้อง เหมาะสม และสมพระเกียรติโดยการดำเนินงานของกลุ่มพิธีการและกิจกรรมพิเศษ กองกลาง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้น้อมนำกระแสพระราชดำรัส “ปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง” ของพระบาทสมเด็จพระมหาภูมิพลอดุลยเดชมหาราช บรมนาถบพิตร และน้อมนำกระแสพระราชดำรัส “ขอให้ถือประโยชน์ส่วนตน เป็นที่สองประโยชน์ของเพื่อนมนุษย์ เป็นกิจที่หนึ่งลภการุญและเกียรติยศ จะตกแก่ท่านเองถ้าท่านทรงธรรมะแห่งอาชีพไว้ให้บริสุทธิ์” ของสมเด็จพระมหิตลาธิเบศร อดุลยเดชวิกรม พระบรมราชชนก พร้อมนำนโยบายรัฐบาลในการศึกษาและเรียนรู้ การทะนุบำรุงศาสนา ศิลปะและวัฒนธรรม มาเป็น

แนวทางจัดทำแผนการดำเนินงานของกลุ่มพิธีการและกิจกรรมพิเศษ เพื่อ “ส่งเสริมคุณธรรมที่มีประสิทธิภาพ และมุ่งผลสัมฤทธิ์” และเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงานต่อไปซึ่งจากการปฏิบัติงานศาสนพิธีพบว่าในการดำเนินงานยังมีสิ่งจูงใจในการปฏิบัติงานน้อยในการบรรลุวัตถุประสงค์ของการจัดโครงการ/งาน/กิจกรรมพบว่า กิจกรรมส่วนมากบรรลุตามวัตถุประสงค์ โดยสาเหตุที่ทำให้ไม่บรรลุวัตถุประสงค์เนื่องจาก บุคลากรกลุ่มพิธีการ และกิจกรรมพิเศษมีจำนวนน้อยและมีภารกิจที่ต้องปฏิบัติในเวลาเดียวกันหลายงานและเร่งด่วน ทำให้เกิดการปฏิบัติหน้าที่ไม่ต่อเนื่อง หรือบางครั้งได้รับมอบหมายในเวลาที่ยุติกัน และมีความเตรียมงานจำกัดสภาพ ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ไขปัญหามาจากแต่ละภารกิจพบปัญหา ดังนี้ 1) ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานศาสนพิธี ส่วนมากขาดความรู้และประสบการณ์ที่ถูกต้อง 2) การปฏิบัติศาสนพิธีของหน่วยงานระดับกรม กอง สำนัก ยังมีรูปแบบไม่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกัน 3) ข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานได้รับมอบหมาย ในเวลาที่ยุติกัน และมีความเตรียมงานจำกัด 4) อุปสรรคในการปฏิบัติงานศาสนพิธีมีจำนวนน้อย และไม่ตรงกับวัตถุประสงค์ 5) ข้าราชการ และเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานศาสนพิธีมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอ 6) สถานที่ ในการจัดศาสนพิธีคับแคบ 7) มีงานที่สำคัญและเร่งด่วนในวัน เวลา เดียวกัน 8) ขาดการสร้างแรงจูงใจและ สิ่งตอบแทนแก่บุคลากรโดยมีแนวทางการพัฒนาเพื่อความยั่งยืน ดังนี้ 1) จัดทำแนวทางการบริหารจัดการ เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพในการจัดงานศาสนพิธี 2) จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการเรื่อง งานศาสนพิธีให้แก่บุคลากรอย่าง สม่ำเสมอ 3) จัดทำแผนพัฒนา เพื่อเสริมสร้างความรู้ให้แก่บุคลากร 4) ให้คำปรึกษา เสนอแนะ แก้ไขปัญหา และร่วมดำเนินการให้กับหน่วยงานที่ขอรับการสนับสนุนพร้อมสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานที่เข้มแข็ง 5) ศึกษาดูงาน กับหน่วยงานภายนอก 6) สร้างจิตสำนึก สร้างขวัญและกำลังใจให้แก่บุคลากร

ข้อเสนอแนะ (Suggestion)

1. เห็นสมควรจัดทำแนวทางการบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิผลในการจัดงานศาสนพิธี เพื่อเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการ เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขและผู้สนใจ ทั้งในส่วนกลางและส่วนภูมิภาคทั่วประเทศ และผู้สนใจได้ถือปฏิบัติอย่างถูกต้อง เหมาะสม และสมพระเกียรติ
2. สมควรให้มีการจัดการอบรมให้แก่ข้าราชการ เจ้าหน้าที่ ผู้สนใจ เรื่องศาสนพิธีเพื่อให้ทราบถึงขั้นตอน แนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง เหมาะสม และสมพระเกียรติ

กิตติกรรมประกาศ

ผลงานการศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยความเอื้อเฟื้อข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และความร่วมมือต่างๆ ของหลายท่านซึ่งให้การสนับสนุน ผู้จัดทำขอขอบพระคุณ นายชวลิต ศิริภิมมย์ ที่ปรึกษารมการศาสนา นายไอศิ ราษฎร์เรือง นักวิชาการศาสนาชำนาญการพิเศษ นายสมควร บุญมี นักวิชาการศาสนาชำนาญการ นายสัญญา เจริญพร นักจัดการงานในพระองค์ชำนาญการ กองพระราชพิธี สำนักพระราชวัง นางอรชุดา บุรณปริชา อดีตผู้อำนวยการกองกลาง นางวิไลลักษณ์ เลิศสมบุรณ์ อดีตหัวหน้าสำนักงานรัฐมนตรี และ นางสุทธิมา หุ่นดี ผู้อำนวยการกองกลาง และนางสิริพร สมชื่อ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ ที่ให้คำแนะนำ เสนอแนะ ข้อมูล ความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ปรับปรุงเนื้อหาและให้ข้อมูลที่ครบถ้วน ทำให้ การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี สุดท้ายนี้ คุณค่าอันมีค่าจากผลงานฉบับนี้ขอมอบเป็นเครื่องบูชาพระคุณ บิดา มารดา และคณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง (References)

1. ชวลิต ศิริภรณ์, โอสถี ราษฎร์เรือง. **คู่มือการปฏิบัติศาสนพิธีเบื้องต้นกรมการศาสนากระทรวงวัฒนธรรม**. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด ; 2556.
2. **ยุทธศาสตร์ชาติ** (พ.ศ. 2561 - 2580). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 135 ตอนที่ 82 ก หน้า 1 - 71 [ออนไลน์]. 13 ตุลาคม 2561. แหล่งข้อมูล : http://www.ratchakittha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/A/082/T_0001.PDF. [สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2561].
3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12** (พ.ศ. 2560-2564). 2560. แหล่งข้อมูล : https://www.nesdb.go.th/ewt_dl_line.php?nid=6422. [สืบค้นเมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2561].
4. กรมการศาสนา กระทรวงวัฒนธรรม. **แนวทางการดำเนินงานศาสนพิธี**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด ; 2551.
5. ปริญญา จันทเจริญ. **เอกสารคู่มือขั้นตอนและวิธีการจัดพิธีการ พิธีกรรม ตามขนบธรรมเนียมประเพณี ด้านทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรมของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์**. 2560. แหล่งข้อมูล : <http://artculture.nsr.ac.th/artculture/files/%E0%B8%84%E0.pdf>. [สืบค้นเมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2561].
6. กรมการศาสนา กระทรวงวัฒนธรรม. **คู่มือปฏิบัติศาสนพิธี**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด ; 2554.
7. ทรวงวิทย์ เจริญธนภาพ. **คู่มือการจัดงานพิธีการ**. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ : 2554.
8. สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. **คู่มือปฏิบัติงานกระบวนการจัดบุคลากรไปร่วมงานพระราชพิธี งานรัฐพิธี งานศาสนพิธีและกิจกรรมต่างๆ**. สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี : 2552. [สืบค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2561]. แหล่งข้อมูล : <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTEROPM/DRAWER06/GENERAL/DATA0002/00002788.PDF>
9. สำนักพระราชวัง. **รวมเรื่องและข้อปฏิบัติเกี่ยวกับงานราชสำนัก**. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้วการพิมพ์ ; 2552. แหล่งข้อมูล : <http://www.gad.moi.go.th/Rachpiti.pdf>. [สืบค้นเมื่อ ธันวาคม 2561].
10. โอสถี ราษฎร์เรือง. **ศาสนพิธีกร : การสร้างและพัฒนาคู่มือการประกอบพิธีกรรมงานศพตามหลักพระพุทธศาสนา** (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ; 2554.

การพัฒนาความแตกฉานด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของประชาชนกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดนครนายก ปีงบประมาณ 2560

Development of Health Literacy to Prevent Falling of the elderly in Nakhon Nayok in Fiscal Year 2017

ยุภาพร หอมจันทร์*
วรรณสตรี รัตนลัมภ์**

บทคัดย่อ

การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตลดลง การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มด้วยกระบวนการส่งเสริมความแตกฉาน (Health literacy) ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยเปรียบเทียบความแตกฉานด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ความแตกฉานด้านการขอความช่วยเหลือ ความแตกฉานด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการลุกขึ้นและความสามารถในการทรงตัว ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจำนวน 120 คน ที่ได้รับการคัดกรองความแตกฉานด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มในระดับต่ำและปานกลาง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่สร้างขึ้นจากการค้นคว้าเอกสารและการระดมความคิดเห็นจากคณะพัฒนางานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจังหวัดนครนายก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบคัดกรองความแตกฉานด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรีปรับปรุงจากแบบคัดกรองความแตกฉานด้านสุขภาพของสถาบันวิจัย ระบบสาธารณสุข (สวรส.) การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มกับวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.87 และค่าความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองความแตกฉานด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มเท่ากับ 0.85 หลังจากนั้นวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมก่อนและหลังด้วยสถิติที่ (Paired t - test)

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกฉานด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ความแตกฉานด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการลุกขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่า ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ส่วนความแตกฉานด้านการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดการพลัดตกหกล้มและความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน ข้อเสนอแนะการใช้โปรแกรมส่งเสริมความแตกฉานด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จึงมีข้อจำกัดในปัจจุบันที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นควรชี้แจงแก่ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องให้เกิดความเข้าใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมต่อไป

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

** นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

Abstract

Falling of the elderly is a cause of lower quality of life. This action research aims to evaluate the results from using a falling prevention program to promote health literacy about falling prevention. The attributes of health literacy compared included falling prevention, asking for help, risk assessment for falling, ability to stand up, and ability to maintain body balance before and after participating in the activity. The participants were 120 the elderly who had low and medium levels of health literacy in falling prevention. The research instrument was the falling prevention program developed from documentary research and brainstorming of Long - Term Older Person Care Development Team in Nakhon Nayok province. The screening form of health literacy in falling prevention which Boromarajonani College of Nursing Nonthaburi modified from the health literacy form of Health Systems Research Institute (HSRI) was used to collect the data. The tool was developed by participatory learning group. The content validity of this program was 0.87 . The assessment tool was 0.85 By using the paired t - test to compare the results of before and after using the program, the elderly have more health literacy in three attributes at significant level, namely falling prevention, risk assessment, and ability to stand up. However, there was no significant difference in the attributes of asking for help and the ability to maintain body balance between before and after using the program. It is worth mentioning that there is one recommendation about using the falling prevention program. That is to say, it is the program that requires participation from ally network and there are certain limitations of relevant factors. Relevant parties should be informed for accurate understanding and cooperation in this measure.

บทนำ

การพลัดตกหกล้ม เป็นปัญหาสำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุ เมื่อหกล้มจะเป็นสัญญาณที่บ่งบอกถึงความรุนแรงของภาวะความเจ็บป่วยที่ซ่อนเร้น อาจนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้ จากการศึกษาระดับชาติปี 2557 พบว่า ผู้สูงอายุในประเทศไทย ร้อยละ 11.6 มีการหกล้มในระยะ 6 เดือนก่อนการสำรวจ การหกล้มส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ช่วยตัวเองไม่ได้หรือต้องพึ่งพาผู้อื่น อีกทั้งยังส่งผลต่อครอบครัว สังคมและเศรษฐกิจ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่บ้านแบ่งเป็น 3 ประการ คือ 1.) ปัจจัยภายในบุคคลเกิดจากความเสื่อมของระบบการทำงานต่างๆ ได้แก่ ระบบกระดูก ระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาท ซึ่งมีผลต่อการทรงตัวและการมองเห็น 2.) ปัจจัยภายนอกบุคคล เกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อม เช่น ทางเดินต่างระดับ พื้นลื่น พื้นขรุขระ หรือมีสิ่งกีดขวางตามชั้นบันได ไม่มีราวจับยึดบันได และแสงสว่างไม่เพียงพอ และ 3.) ปัจจัยส่งเสริม เช่น มีประวัติเคยหกล้ม การใช้ยาที่มีผลทำให้เกิดอาการง่วงซึม (ยาวลักษณ์ คุณขวัญ และคณะ, 2561) จากการศึกษาความแตกต่างด้านสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่าสุขภาพที่ดีต้องมาจากความสามารถในการเข้าใจพิจารณาและแสวงหาข้อมูลเพื่อใช้ในการตัดสินใจดูแลสุขภาพตนเอง (อภิญา อินทรัตน์, 2557)

จังหวัดนครนายกเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว ในปี 2560 มีผู้สูงอายุ จำนวน 42,190 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.63 เมื่อจำแนกตามความสามารถในการปฏิบัติตัวด้วยกิจวัตรประจำวัน (ADL) พบกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 92.01 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 7.06 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.03 เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มติดเตียงพบว่า ร้อยละ 37 มีสาเหตุจากการพลัดตกหกล้ม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก, 2560)จากรายงานผลการสำรวจคัดกรองความแตกต่างด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จังหวัดนครนายก ปี 2560โดยกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก พบอุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุ ร้อยละ 25.3 พบการบาดเจ็บเล็กน้อยไม่ต้องรักษา ร้อยละ 42.6 และเคยมีประวัติการหกล้มในรอบ 6 เดือนก่อนการสำรวจ ร้อยละ 12.3 การสำรวจโรคประจำตัวพบว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 51.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 30.6 ไขมันในเส้นเลือด ร้อยละ 26.8 โรคหัวใจ ร้อยละ 12.6 นอกจากนี้พบว่ามีภาวะข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 21.6 ปัสสาวะเล็ด ร้อยละ 8.3 มีความผิดปกติทางสายตา ได้แก่ ตาต้อกระจก ร้อยละ 2.0 ตาต้อเนื้อ ร้อยละ 0.8 ตามลำดับ จากความจำเป็นดังกล่าว ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุผ่านกระบวนการส่งเสริมความแตกต่างและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้ครอบคลุมปัจจัยเสี่ยงด้านต่างๆ เพื่อมุ่งให้เกิดประสิทธิภาพในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในจังหวัดนครนายกต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อคัดกรองความแตกต่างด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุจังหวัดนครนายก
2. เพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมความแตกต่างด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุจังหวัดนครนายก

ขอบเขตการวิจัย

ทำการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยประเมินจาก Barthel ADL index ได้มากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป ในตำบลนาร่อง ได้แก่ ตำบลศรีจุฬา อำเภอเมืองนครนายก ตำบลเกาะหวาย อำเภอปากพลีตำบลบ้านพริก อำเภอบ้านนา และ ตำบลศิระกระบือ อำเภอองครักษ์ ระหว่างเดือนมิถุนายน - กันยายน 2560

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อประเมินผลการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม โดยเปรียบเทียบความแตกต่างด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้ม ความแตกต่างด้านการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดการพลัดตกหกล้มความสามารถในการลุกยืน และความสามารถในการทรงตัวก่อนและหลังการใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง โดยประเมินจาก Barthel ADL index ได้มากกว่า 12 คะแนนขึ้นไป ในตำบลศรีจุฬา อำเภอเมืองนครนายก ตำบลเกาะหวาย

อำเภอปากพลี ตำบลบ้านพริก อำเภอบ้านนา และ ตำบลศิระชะกระบือ อำเภอองครักษ์ จำนวน 400 คน ทำการคัดกรองความแตกฉานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม ได้รับแบบคัดกรองกลับคืนมา จำนวน 399 คน เมื่อนำมาวิเคราะห์ให้ผลความแตกฉานด้านการพลัดตกหกล้มสามารถแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ใช้การแบ่งระดับแบบอิงเกณฑ์ตามแนวคิดของบลูม (Bloom, 1971) คือ ช่วงคะแนน ร้อยละ 80 - 100 ของคะแนนเต็ม จัดอยู่ในระดับดี ช่วงคะแนนร้อยละ 60 - 79 ของคะแนนเต็ม จัดอยู่ในระดับปานกลาง ช่วงคะแนนร้อยละ 0 - 59 ของคะแนนเต็ม จัดอยู่ในระดับต่ำ นำกลุ่มที่มีความแตกฉานระดับต่ำและปานกลาง จำนวน 225 คน มาคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะนำไปเข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้เกณฑ์คัดเลือกที่กำหนดดังนี้ 1.) สามารถอ่านออกเขียนได้ 2.) หูไม่ตึง 3.) สมัยครใจเข้าร่วมการวิจัยได้จำนวน 127 คน และใช้เกณฑ์การคัดออกดังนี้ 1.) มีอาการป่วยเฉียบพลัน 2.) ได้รับอันตรายหรือมีอาการบาดเจ็บที่ไม่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมตามโปรแกรม 3.) มีการย้ายที่อยู่หรือเสียชีวิตในช่วงที่ทำการศึกษา ในระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมมีผู้สูงอายุย้ายที่อยู่และเสียชีวิตทำให้เหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 120 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งได้จากการค้นคว้าเอกสารวิชาการสาระสำคัญประกอบด้วย 1.) การให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม 2.) การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ประกอบด้วย ทำการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ จากคู่มือ “ยากันล้ม” ของ สสส. และ อ.เจริญ กระบวนรัตน์ ทำฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วย “ยางยืด...ยืดชีวิต” และทำฝึกการทรงตัว/การรับรู้ข้อต่อด้วยไทเก๊กและตาราง 9 ช่อง 3.) การปรับปรุงแก้ไขปัจจัยภายนอกและภายในที่อาจเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้ม

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบคัดกรองความแตกฉานด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้วิจัยใช้แบบคัดกรองที่สร้างขึ้นโดยทีมวิจัยของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนนทบุรีปรับปรุงจากแบบคัดกรองความแตกฉานด้านสุขภาพของ สวรส. ประกอบด้วย 1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากแหล่งข้อมูลหลากหลายต่างๆ 2. การประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ 3. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติการดูแลสุขภาพ 4. ความรับผิดชอบของตนต่อสุขภาพ 5. การรักษาสีทึบขึ้นพื้นฐานด้านสุขภาพ 6. การเข้าถึงการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ 7. การสื่อสารที่มีคุณภาพกับทีมสุขภาพ 8. การใช้แหล่งประโยชน์ชุมชน/คนใกล้ชิดในการดูแลสุขภาพ 9. ครอบครัว/คนใกล้ชิดสนับสนุนการดูแลสุขภาพ 10. การนำความรู้สู่การปฏิบัติ ได้แก่ 10.1 การใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ 10.2 การจัดการความเครียด 10.3 การเคลื่อนไหวออกแรงเพื่อสุขภาพ 10.4 การเข้าถึงอาหารสุขภาพ 10.5 การใช้สมุนไพร/อาหารเสริมปลอดภัย 10.6 การนอนที่มีคุณภาพ 10.7 การจัดการเสียงเสียด 10.8 ความคล่องตัวในการเดินทางปลอดภัย แล้วนำมาปรับปรุงใช้ร่วมกับแบบคัดกรองที่พัฒนาจากแนวทางการประเมินความแตกฉานด้านสุขภาพที่ดัดแปลงจากแบบประเมินที่มีชื่อว่า “Morse Fall Scale” คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย 1. การมีประวัติการพลัดตกหกล้มภายใน 3 เดือนที่ผ่านมา 2. การได้รับการวินิจฉัยโรคมากกว่า 1 รายการ 3. การช่วยเหลือย้าย 4. มีการให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ 5. การเดิน/การเคลื่อนย้าย 6. สภาพจิตใจ

3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือทั้ง 2 ส่วน เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบการใช้ภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา โดยค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างเนื้อหาของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มกับวัตถุประสงค์ ได้ค่าความเที่ยงตรง

ตามเนื้อหา .87 และค่าความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองความแตกต่างด้านกรป้องกันการผลิตหกล้มเท่ากับ .85 นอกจากนี้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ตรวจสอบความเหมาะสมก่อนที่จะนำไปใช้และมีมติรับรองเรื่องนี้

4. ขั้นตอนการวิจัย

หลังจากที่ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก ผู้วิจัยดำเนินการประชุมชี้แจงผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ 10 คน โดยฝึกการใช้แบบคัดกรองและลงพื้นที่ดำเนินการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างตำบลละ 100 คน สามารถวิเคราะห์ผลการคัดกรองความแตกต่างด้านกรป้องกันการผลิตหกล้มของผู้สูงอายุได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำหลังจากนั้นนำกลุ่มที่มีความแตกต่างระดับต่ำและปานกลางเข้าร่วมโปรแกรมนาน 12 สัปดาห์ มีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เรื่องการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ปัจจัยภายในตัวบุคคล (สายตา ยาทาที่รองเท้า ฯลฯ) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ใช้วีดิทัศน์ที่ผลิตโดยคณะทำงานพัฒนาด้านการผลิตหกล้มเขตสุขภาพที่ 4 นาน 30 นาที จากนั้นสอนการออกกำลังกายด้วยท่ายืดเหยียดกล้ามเนื้อจากคู่มือยากันล้มของ สสส. และ **อ.เจริญ กระบวนรัตน์** ฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยยางยืด... ยืดชีวิต รวมทั้งฝึกการทรงตัวและการรับรู้ข้อต่อด้วยไทเก๊ก และตาราง 9 ช่อง แจกคู่มือกันล้มเพื่อฝึกที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 2 ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินผลความต่อเนื่องของการออกกำลังกายที่บ้านรวมทั้งประเมินและแก้ไขความเสี่ยงต่อการผลิตหกล้มเรื่องการใส่ยาต่างๆ ปัญหาสายตา ปัญหาการกลืนปัสสาวะ/อุจจาระ ปัญหากล้ามเนื้อและข้อต่อ

สัปดาห์ที่ 3 ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินและวางแผนปรับปรุงปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่ผลิตต่อการผลิตหกล้ม

สัปดาห์ที่ 4 - 12 ติดตามเยี่ยมบ้านทุก 2 สัปดาห์เพื่อดำเนินการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมตามแผนที่กำหนดร่วมกันระหว่างครอบครัวผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

5. การวิเคราะห์ข้อมูล: ข้อมูลทั่วไปใช้การแจกแจงความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างด้านกรป้องกันการผลิตหกล้มความแตกต่างด้านการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดการผลิตหกล้ม ความแตกต่างด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการผลิตหกล้มความสามารถในการลุกยืนและความสามารถในการทรงตัวระหว่างก่อนเข้าโปรแกรม (Pre test) และหลังเข้าโปรแกรม (Post test) ใช้สถิติ Paired t - test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุจังหวัดนครนายก (n = 399) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.9 เป็นเพศชาย ร้อยละ 37.1 อายุสูงสุด 89 ปี แบ่งเป็นวัยต้น (อายุ 60 - 69 ปี) ร้อยละ 35.3 วัยกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) ร้อยละ 55.6 และวัยปลาย (อายุ 80 ปี ขึ้นไป) ร้อยละ 9.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 83.5 ปัจจุบันไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 58.4 รายได้เฉลี่ย 4,576 บาทต่อเดือน เป็นสมาชิกชมรมฅาปนกิจหมู่บ้าน ร้อยละ 74.4 สมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 9.8 โรคประจำตัว พบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 51.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 69.4 ไชมันในเส้นเลือด ร้อยละ 26.8 โรคหัวใจ ร้อยละ 12.5 มีภาวะข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 21.6 ปัสสาวะเล็ด ร้อยละ 8.3

ตาต่อกระจก ร้อยละ 8.1 ตาต้อเนื้อ ร้อยละ 0.8 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคลื่อนไหวร่างกายได้ปกติไม่ต้องใช้อุปกรณ์ช่วย ร้อยละ 89.2 เคลื่อนไหวได้แต่ต้องมีอุปกรณ์ช่วย ร้อยละ 9.8 ผู้สูงอายุเคยพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 25.3 และจำนวนครั้งที่หกล้มน้อยกว่า 5 ครั้ง ร้อยละ 92.1 หกล้มมากกว่า 5 ครั้ง ร้อยละ 7.9 เมื่อหกล้มแล้วบาดเจ็บเล็กน้อยไม่ต้องรักษา ร้อยละ 42.6 และมีประวัติเคยหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 12.3

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างด้านสุขภาพ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนความแตกต่างด้านสุขภาพ

ในผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม (n = 120)

ความแตกต่างด้านสุขภาพ	\bar{X}	S.D.	t	p-value
ด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้ม				
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	25.33	6.91	3.25	.001***
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	27.66	3.55		
ด้านการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดการพลัดตกหกล้ม				
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	10.20	2.57	.29	.772
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	9.71	3.38		
ด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม				
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	1.75	2.12	4.10	.001***
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	2.89	2.40		
ด้านความสามารถในการลุกยืน				
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	1.5	.69	3.23	.001***
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	1.2	.84		
ด้านความสามารถในการทรงตัว				
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	23.45	44.2	.47	.637
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	21.78	53.5		

จากตาราง ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างด้านสุขภาพในผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพบ ดังนี้ ผู้สูงอายุมีค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีค่าเฉลี่ยความแตกต่างด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และมีค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการลุกยืนหลังเข้าร่วมกิจกรรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม ($x = 1.5$) ซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นกัน ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างด้านการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดการพลัดตกหกล้ม และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการทรงตัวก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมไม่แตกต่างกัน

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัยหลังเข้าร่วมโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) และผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างกันด้านการประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มหลังเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) เนื่องจากผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มและการจัดการกับสิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัยจากอุบัติเหตุ ทำให้รับทราบแนวทางที่ถูกต้องตั้งแต่สัปดาห์ที่ 1 จากนั้นได้รับการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 และ 3 สัปดาห์ละครั้ง และ 2 สัปดาห์ต่อครั้ง ในสัปดาห์ที่ 4 - 12 เพื่อประเมินและจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้ปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาของหทัยรัตน์ ห่องกระจก ได้ศึกษาอิทธิพลของความแตกต่างด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิโรงพยาบาลหนองม่วงจังหวัดลพบุรี พบว่าความแตกต่างด้านสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิได้ ด้านความสามารถในการลุกยืนหลังเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) เนื่องจาก ผู้สูงอายุได้รับความรู้เรื่องการออกกำลังกายด้วยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อและฝึกความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยยางยืด...ยืดชีวิต ไทเก๊ก และตาราง 9 ช่อง และได้รับแจกคู่มือกันล้มน้ำเพื่อฝึกที่บ้าน ครั้งละ 30 นาที อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ สอดคล้องกับภาวดี วิมลพันธุ์ ที่ใช้โปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ชุมชนแม่ข้าวต้ม อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและแนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การออกกำลังกายแบบไท้ การทบทวนแผนการรักษาโดยการใช้จ่ายการประเมินและการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น และการจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย ทำให้ระบบกล้ามเนื้อกระดูกและระบบสายตาดีขึ้น ทำให้สามารถลดจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้ส่วนความแตกต่างด้านการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดการพลัดตกหกล้ม และความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมไม่แตกต่างกัน เนื่องจากการเยี่ยมบ้านพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะไม่ค่อยใช้เท้าฝีกออกกำลังกายที่มีความยุ่งยาก เช่น ตาราง 9 ช่อง และไท้เก๊ก ทำให้การฝึกไม่เป็นไปตามหลักการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ จึงทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงไม่มากพอที่จะส่งผลต่อความสามารถในการทรงตัวอีกทั้งการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านและนอกบ้านยังไม่ได้ผลเท่าที่ควรเนื่องจากขาดความร่วมมือจากครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ข้อเสนอแนะการนำโปรแกรมส่งเสริมความแตกต่างด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มไปใช้ เนื่องจากเป็นโปรแกรมที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทำให้ข้อจำกัดในปัจจุบันที่เกี่ยวข้อง จึงควรชี้แจงแก่ภาคีเครือข่ายให้เข้าใจถึงความสำคัญของปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ และให้ความร่วมมือในการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยต่อไป

รายการอ้างอิง

- ภาวดี วิมลพันธุ์ และชนิษฐา พิศฉลาด. **ผลของโปรแกรมป้องกันการพลัดตกหกล้มต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ**. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 23 ฉบับที่ 3 กรกฎาคม - กันยายน 2557. หน้า 98 - 109.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. **การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 THE 2014 SURVEY OF THE OLDER PERSONS IN THAILAND**. กรุงเทพฯ : บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด. 2557.
- อภิญา อินทรรัตน์. **ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ**. วารสารพยาบาลกองทัพบก. ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 : กันยายน - ธันวาคม 2557.
- นัยกานต์ ห้องกระจก. **อิทธิพลของความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ**. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา ; 2559.
- กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก. **บทสรุปสำหรับผู้บริหาร : รายงานผลการสำรวจคัดกรองความรู้ด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จังหวัดนครนายกปี 2560**. เอกสารเผยแพร่. 2560.
- เยาวลักษณ์ คุ้มขวัญ, อภิรดี คำเงิน, อุษณีย์ วรรณลัย และนิพร ชัดตา. **แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้มที่บ้านในผู้สูงอายุ : บริบทของประเทศไทย Home - based Fall Prevention Guideline in Thai Contexts for Elderly People**. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 : กันยายน-ธันวาคม 2561.
- Bloom, B. S., Madaus, G. F., & Hastings, J. T., **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning**. New York: McGraw-Hill., 1971.

การพัฒนามาตรการเสริมสร้าง ประสิทธิภาพมาตรฐานสถานพยาบาล ประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

สุภาพร วงษานุศิษย์*

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาการเสริมสร้างประสิทธิภาพมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาการตรวจมาตรฐานการให้บริการในสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ที่สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่ในการบังคับใช้กฎหมาย

ผลการวิจัยพบว่า การตรวจมาตรฐานสถานพยาบาล มีความสัมพันธ์กับหลัก 12 ประการของการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานขององค์กร โดยมีเหตุผลเชิงสุขอนามัย เป็นปัจจัยสนับสนุนสำคัญของ การเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกระบวนการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 กับการบริหารจัดการเชิงระบบของสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ โดยมีหลักการธรรมาภิบาลเป็นปัจจัยสนับสนุนการบริหารจัดการเพื่อการเพิ่มประสิทธิภาพดังกล่าว และปัจจัยสำคัญของการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความเห็นต่อประสิทธิภาพของการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการกำหนดนโยบายด้านการพัฒนาการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ รวมถึงประชาชนได้รับการให้บริการที่มีคุณภาพในสถานพยาบาล คือการที่ประชาชนได้รับการคุ้มครองผู้บริโภค

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย คือ ในการพัฒนากระบวนการและนวัตกรรมตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลนั้น สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ควรพัฒนาวิธีการทำงานให้เหมาะสมและง่ายขึ้น ซึ่งอาจทำได้โดยการใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงาน พัฒนาคุณภาพการสื่อสารทั้งในองค์กรและในกระบวนการตรวจมาตรฐานสถานพยาบาลฯ ร่วมกับทบทวนและปรับปรุงกระบวนการมาตรฐาน การพัฒนาศักยภาพของพนักงานเจ้าหน้าที่ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบกิจการสถานพยาบาล การเสริมสร้างความสัมพันธ์ในระบบบริการและเสริมสร้างเครือข่ายผู้ประกอบการกิจการสถานพยาบาล การจัดการฐานข้อมูลสถานพยาบาล การใช้เทคโนโลยีทางการสื่อสารรวมทั้ง การมอบหมายให้องค์กรหรือหน่วยตรวจประเมินภายนอก เป็นหน่วยสนับสนุนการดำเนินการตามกฎหมาย

คำสำคัญ : การพัฒนาการเสริมสร้างประสิทธิภาพมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน

* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

Abstract

The Inspection of Service Quality Standards in Non-overnight Hospitalized Patients or medical clinic is a survey research aimed to provide recommendations for the development of service quality standards undertaken of the Sanatorium Act 1998 which the Bureau of Sanatorium and Art of Healing, Department of Health Service Support is a regulatory official with authority of law enforcement.

The research found that, the inspection of service quality standards in medical clinic relate to 12 principles of organizational performance enhancement. Hygiene factor is an important support to strengthen the relationship between the performance procedures of the Sanatorium Act 1998 and the system management of the bureau, in accordance with the principle of good governance as a supporting factor for the management of such efficiency. In addition, the important factors of the quality of clinic standards have a positive correlation and statistical significance with the opinion toward efficiency of quality of clinic standards. This finding support to formulating policy guidelines by Department of Health Service Support for development of service quality standards in clinic Including people receiving quality services as a consumer in a medical facility.

Recommendations from the research focus on development of procedures and innovations of inspection of service quality standards in medical clinic. The Bureau of Sanatorium and Art of Healing should develop appropriate and easier work methods which may be done by using technology in operation, improving communication quality both internal and in procedures of inspection. Together with reviewing and improving standard procedures and competency development of regulators as well as promoting participation of medical clinic providers, strengthening relationships among stakeholders in service system and enhancing the networking of healthcare providers. Sanatorium database management and the use of communication technology, including the assignment of certify bodies as support units for legal proceedings.

Keywords : development of service quality standards Non-overnight hospitalized patient.

ความสำคัญ

นโยบายรัฐบาลให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาความเดือดร้อนของประชาชน การอำนวยความสะดวกแก่ประชาชน การเพิ่มศักยภาพทางเศรษฐกิจ และการพัฒนาประเทศ ซึ่งต้องเป็นไปตามหลักการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี โดยปราศจากการทุจริตและประพฤติมิชอบในการปฏิบัติราชการ เพื่อให้การปฏิบัติราชการมีประสิทธิภาพ และสามารถขับเคลื่อนภารกิจสำคัญตามนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาลให้ประสบผลสำเร็จ รวมทั้งให้สอดคล้องกับประเด็นปฏิรูปทั้งของสภาพัฒนาการปฏิรูปแห่งชาติและ สภาพัฒนาการปฏิรูปประเทศ โดย มาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการที่ส่วนราชการและข้าราชการพลเรือนต้องดำเนินการตามธรรมเนียมปฏิบัติในความรับผิดชอบของฝ่ายบริหาร ภายใต้คำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 5/2559 มีสาระสำคัญว่าด้วยหลักการประเมินส่วนราชการ ดังนี้

1. ประเมินประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานประจำหรืองานตามหน้าที่ปกติ ได้แก่ งานตามกฎหมาย มติคณะรัฐมนตรี นโยบายของรัฐบาล
2. ประเมินประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานตามยุทธศาสตร์ นโยบาย หรือภารกิจที่มอบหมาย เป็นพิเศษแก่บางหน่วยงานหรือข้าราชการบางตำแหน่งหน้าที่ เช่น ภารกิจในการปฏิรูป การสร้างความปรองดอง การแก้ปัญหาสำคัญเฉพาะเรื่อง
3. ประเมินประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานตามพื้นที่หรือการบูรณาการการปฏิบัติงานหลายพื้นที่ หรือหลายหน่วยงานเพื่อผลสัมฤทธิ์ร่วมกัน เช่น งานที่ต้องประสานและร่วมมือระหว่างจังหวัดระหว่างกรมหรือกระทรวง และงานตามนโยบายของรัฐซึ่งภาครัฐพึงทำงานร่วมกับท้องถิ่น ภาคประชาชน หรือองค์กรสาธารณประโยชน์

จะเห็นได้ว่า มาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการดังกล่าวข้างต้น เป็นเครื่องมือที่มุ่งเน้นการประเมินผลการปฏิบัติราชการให้การประเมินมีความรัดกุมมากขึ้น เพราะมีการกำหนดหัวข้อและกรอบการประเมินที่ชัดเจน ถือเป็นความช่วยเหลือแก้ปัญหาในการทำงานของส่วนราชการ และเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของข้าราชการ ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจที่จะประยุกต์ใช้หลักการดังกล่าวมาเป็นแนวทางของการศึกษา เพื่อพัฒนาและเสริมสร้างประสิทธิภาพมาตรฐานสถานพยาบาลของสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ ซึ่งผู้วิจัยมีหน้าที่รับผิดชอบในงานประจำที่ปฏิบัติ ต่อไป

หลักการและเหตุผล

สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ เป็นส่วนราชการในสังกัดกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ที่มีพันธกิจด้านการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ ด้วยมาตรการส่งเสริม ควบคุม กำกับมาตรฐานสถานพยาบาลและบริการสุขภาพ ควบคุมไปกับการส่งเสริม พัฒนาเพื่อยกระดับคุณภาพบริการสุขภาพ ภายใต้พระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541, พระราชบัญญัติการประกอบโรคศิลปะ พ.ศ. 2542, และพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็กที่เกิดโดยอาศัยเทคโนโลยีช่วยการเจริญพันทางกรแพทย์ พ.ศ. 2558 เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสุขภาพ โดยได้รับการคุ้มครองสิทธิผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม ทั่วถึงและเป็นธรรม โดยการกระจายอำนาจให้สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพเขตทั้ง 12 เขต ได้มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพภายใต้กฎหมายหลักดังกล่าวสู่ประชาชนให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ มีประสิทธิภาพสามารถติดตามประเมินผลการได้รับการคุ้มครองของประชาชนได้อย่างทั่วถึงและเป็นระบบ โดยการประสานและดำเนินงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตพื้นที่ ที่รับผิดชอบ และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

ภายใต้กระแสการเปลี่ยนแปลงของวิถีชีวิตคนรุ่นใหม่ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและสื่อประชาสัมพันธ์ ดิจิตอลมากมาย ทำให้ความต้องการบริการสุขภาพเพิ่มมากขึ้นอย่างหลากหลาย ประชาชนต้องการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ดีโดยได้รับการคุ้มครองสิทธิ และได้รับรู้ความเป็นไปหรือมีส่วนร่วมในนโยบายสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับตน ดังนั้น ภายใต้กรอบแนวทางยุทธศาสตร์การปฏิรูประบบราชการและแนวคิดการบริหารจัดการคุณภาพภาครัฐ ผู้วิจัยตระหนักถึงความจำเป็นของการปรับปรุงประสิทธิภาพมาตรการขับเคลื่อนกระบวนการคุ้มครองผู้บริโภคด้านบริการสุขภาพ ที่นำสู่การปฏิบัติโดยเพิ่มประสิทธิภาพมาตรฐานสถานพยาบาล ให้ได้รับการพัฒนาเป็นมาตรการเชิงรุกที่สามารถจัดการปัญหาได้ทันต่อสถานการณ์ต่างๆ ทำให้ลดผลกระทบที่จะเกิดแก่ประชาชนผู้รับบริการสุขภาพ สามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์และบูรณาการระหว่างราชการบริหารส่วนกลางกับราชการบริหารส่วนภูมิภาคได้อย่างเหมาะสม มีความร่วมมือที่ดี และมุ่งไปสู่การบรรลุเป้าหมายของการคุ้มครองผู้บริโภคด้านระบบ

บริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเช่นเดียวกันทั่วประเทศ และมีการพัฒนาต่อไปได้อย่างยั่งยืน ในครั้งนี้ ผู้วิจัย จึงได้ดำเนินการศึกษา เรื่อง การพัฒนามาตรการเสริมสร้างประสิทธิภาพมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ซึ่งผู้วิจัยมีหน้าที่รับผิดชอบงานดังกล่าว เพื่อให้ได้แนวทางและข้อมูลสำคัญที่จะเป็นประโยชน์ ต่อการพัฒนาประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานประจำที่สอดคล้องตามกฎหมายและนโยบายของ รวมทั้งพัฒนาการ ของงานตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี และนโยบายประเทศไทย 4.0 รวมทั้งการปฏิบัติงานตามพื้นที่หรือ การบูรณาการการปฏิบัติงานหลายภาคส่วน เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาสังคมสุขภาวะของประเทศไทย

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนามาตรการเสริมสร้างเพิ่มประสิทธิภาพมาตรฐานสถานพยาบาลประเภท ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนของสำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ

วิธีการศึกษา

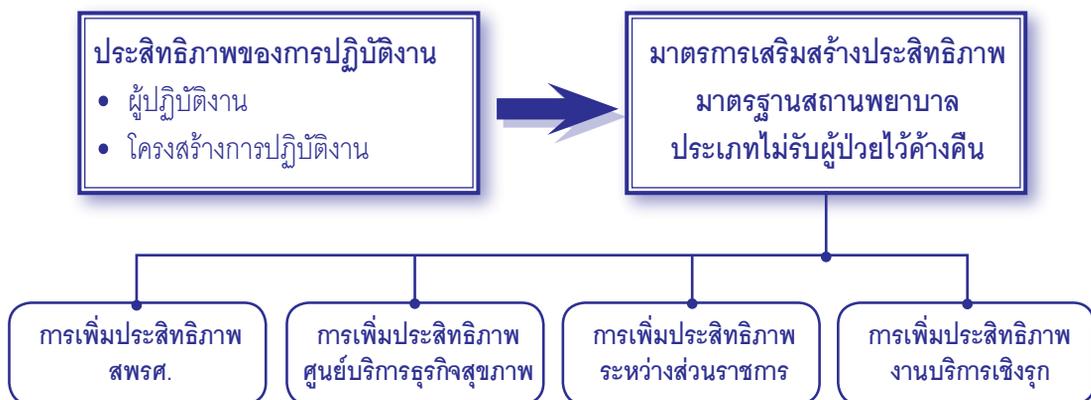
การศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศ ประกอบการสัมภาษณ์ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประกอบด้วย ผู้บริหารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 1 คน คณะกรรมการสถานพยาบาล 1 คน และคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน 7 คน รวมเป็นจำนวน 9 คน

ทฤษฎีกรอบแนวคิด

ทฤษฎีกรอบแนวคิด ประกอบด้วย

1. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความคิดเห็น
2. แนวคิดกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการบริหาร
4. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับประสิทธิภาพ
5. แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนการปฏิบัติงาน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กรอบแนวคิดการศึกษา



สรุปผลการศึกษา

สรุปผลจากการศึกษา พบว่า การทำให้เกิดประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานหรือการทำงานนั้นต้องมียุทธศาสตร์ประกอบ 2 ส่วนหลัก คือ ผู้ปฏิบัติงานกับโครงสร้างการปฏิบัติงาน

จากแนวคิดการปฏิบัติงานและการพัฒนาตนเองอยู่เสมอของผู้ปฏิบัติงานนั้น ประสิทธิภาพควรมีลักษณะดังนี้ (สมพิศ สุขแสน, 2556)

1. ความฉับไว หมายถึง การใช้เวลาได้อย่างดีที่สุด รวดเร็ว ไม่ทำงานล่าช้า เสร็จตามกำหนดเวลา หากเป็นงานบริการ ผู้รับบริการย่อมต้องการความ รวดเร็ว ดังนั้นผู้ให้บริการจะต้องสร้างวัฒนธรรมการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จจุดเดียว (One Stop Service)

2. ความถูกต้องแม่นยำ หมายถึง การผิดพลาดในงานน้อย มีความแม่นยำในกฎระเบียบ ข้อมูล ตัวเลข หรือสถิติต่างๆ ไม่เลินเล่อจนทำให้เกิดความเสียหายแก่องค์กร

3. ความรู้ หมายถึง การมีองค์ความรู้ในงานดี รู้จักศึกษาหาความรู้ในเรื่องงานที่ทำอยู่ ตลอดเวลา คนที่มีประสิทธิภาพควรแสวงหาความรู้อยู่ตลอดเวลา ทั้งการเรียนรู้ด้วยตนเอง องค์กร ผู้อื่น อินเทอร์เน็ต เป็นต้น และสามารถนำความรู้นั้นมาปรับปรุงการทำงานให้ดีขึ้น

4. ประสบการณ์ หมายถึง การรอบรู้ หรือรู้รอบด้าน จากการได้เห็น ได้สัมผัส ได้ลงมือ ปฏิบัติบ่อยๆ มิใช่มีความรู้ด้านวิชาการแต่เพียงอย่างเดียว การเป็นผู้มีประสบการณ์ในการทำงานสูง ทำงานผิดพลาดน้อย สมควรที่องค์กรจะต้องรักษาบุคคลเหล่านี้ให้อยู่กับองค์กรให้นานที่สุด เพราะ คนเหล่านี้จะทำให้องค์กรพัฒนาได้เร็ว

5. ความคิดสร้างสรรค์ หมายถึง การคิดริเริ่มสิ่งใหม่ๆ มาใช้ในองค์กร เช่น คิดระบบ การให้บริการ ที่ลดขั้นตอน การประเมินผลการปฏิบัติงานแบบใหม่ การบริหารงานแบบเชิงรุก เป็นต้น คนที่มีประสิทธิภาพจึงเป็นคนที่ชอบคิด หรือ เก่งคิด หรือมองไปข้างหน้าตลอดเวลา และมีความสุขในการทำงาน มีการพัฒนาการที่ดี และมีเทคนิคเฉพาะตัว ดังนี้

5.1 ตั้งเป้าหมายในการทำงานที่ชัดเจน กำหนดให้อยู่ในรูปของการปฏิบัติได้จริง ทั้งเป้าหมายระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว การตั้งเป้าหมายจึงเป็นการวางแผนการทำงานไว้ล่วงหน้า ซึ่งจะช่วยให้การปฏิบัติงานมีทิศทาง ผิดพลาดน้อย และตรงจุดมุ่งหมายขององค์กร

5.2 บริหารเวลา การบริหารเวลาให้เป็นจะช่วยลดความไม่เป็นระเบียบในชีวิต เพิ่มความสุขและความสำเร็จให้แก่ตนเองและการทำงาน โดยเฉพาะงานที่เกี่ยวกับการบังคับใช้กฎหมายที่ความแม่นยำและเวลาเรื่องเวลาเป็นสิ่งสำคัญมาก

5.3 การเพิ่มความมั่นใจในการทำงานให้ตนเอง ด้วยการแสดงออกในทางที่ถูกที่ควร ดูและมีความหวังที่จะประสบความสำเร็จในชีวิต

5.4 มีความร่วมมือร่วมใจในการทำงานเป็นทีม หรือสร้างการทำงานเป็นทีมให้เข้มแข็ง เพราะ ทีมงานเป็นกุญแจสำคัญแห่งความสำเร็จและความล้มเหลวในการทำงานได้ ผู้นำต้องเป็นผู้ที่มี ความสามารถ มีการยอมรับซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจกัน มีความรักในทีมงาน ร่วมมือร่วมใจในการทำงานอย่างจริงจังจริงจัง ขจัดปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคลในทีมงาน แบ่งผลประโยชน์ ร่วมกันอย่างยุติธรรม มีการติดต่อประสานงานที่ดีระหว่างกัน และการสร้างบรรยากาศที่ดีในการทำงานร่วมกัน

5.5 ต้องมีคุณธรรมในการทำงาน คือต้องมีความพอใจและรักใคร่ในงานที่ทำอย่างจริงจัง มีความเพียรพยายามในงานที่ได้รับมอบหมายให้บรรลุผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ มีใจจดจ่อต่องานที่ทำ มีสมาธิไม่วกแวกการทำงานผิดพลาดน้อย และมีการทบทวนตรวจสอบงานที่ทำอยู่เสมอ หากเบี่ยงเบนไปจากเป้าหมายหรือผิดพลาดต้องปรับปรุงแก้ไข นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงานในองค์กรทุกคน จะต้องไม่ปฏิบัติหรือประพฤติในสิ่งที่อาจทำให้เกิดความเสียหายต่อองค์กร หรือเกิดความลำเอียงใน การปฏิบัติหน้าที่ตลอดจนมีความรับผิดชอบ ซื่อสัตย์สุจริต ยุติธรรม และโปร่งใสตรวจสอบได้โดยยึด**หลักธรรมาภิบาล (Good Governance)** ในการบริหารงาน และปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด

5.6 ฝึกเป็นคนที่ชอบกระทำหรือลงมือปฏิบัติมากกว่าพูด

5.7 กระตุ้นเตือนตัวเองหรือสร้างแรงจูงใจภายในให้อยากทำงานตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้ใครบังคับ มีศรัทธาในงานและองค์กรที่ทำงานอยู่

5.8 ปรับทัศนคติและค่านิยมที่ไม่เหมาะสมเสียใหม่ เช่น การมีระบบพรรคพวก การเกรงใจอย่างไร้เหตุผล ตลอดจนนิสัยที่ไม่พึงประสงค์ต่าง ๆ

5.9 สร้างมนุษยสัมพันธ์ในการทำงาน เช่น รู้จักช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การยิ้มแย้มแจ่มใสต่อกัน ให้อภัยกัน รู้จักเอาใจเขามาใส่ใจเรา โดยปกติคนส่วนใหญ่เต็มใจและยินดีที่จะผูกมิตรไมตรีแก่กัน และจะช่วยเหลือกันให้งานบรรลุผลสำเร็จได้ตามที่มุ่งหมายไว้

พรทิพย์ เย็นจะบก และกมลรัฐ อินทรทัศน์ (2556) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลให้การทำงานมีประสิทธิภาพไว้ 5 ข้อ ได้แก่ 1) การทำตัวให้เป็นคนงานที่ดี 2) การรักษามารยาทและระเบียบในที่ทำงาน 3) การสร้างบรรยากาศสดใสในที่ทำงาน 4) การสร้างสัมพันธภาพที่ดี และ 5) การสื่อสารในองค์กรหรือ ในการทำงาน โดยเฉพาะเรื่อง การสื่อสารภายในองค์กรนั้นเป็นเครื่องมือสำคัญอย่างหนึ่งในการตัดสินใจความสำเร็จหรือการล้มเหลวของการทำงานร่วมกันของบุคลากร ทั้งการสื่อสารภายในองค์กรและนอก องค์กร ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรภายในองค์กรจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับ สื่อสารเพื่อใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อทำให้เกิดประสิทธิภาพ

การสื่อสารในองค์กรนั้นประกอบด้วยบุคคลหลายระดับ ซึ่งในแต่ละองค์กรก็จะมีพฤติกรรมการสื่อสารที่แตกต่างกันออกไปตามวัฒนธรรมขององค์กรนั้นโดยทั่วไปการสื่อสารใน องค์กรมีอยู่ 3 ระดับ ได้แก่

1. ระดับผู้บังคับบัญชา หรือการสื่อสารจากบุคลากรระดับต่าง ๆ ไปยังผู้บังคับบัญชา หรือที่เรียกว่า การสื่อสารในแนวดิ่ง เป็นการสื่อสารที่เปิดโอกาสให้ผู้ใต้บังคับบัญชาได้แสดงความ คิดเห็น หรือสภาพปัญหา ต่างๆ ในการทำงานไปสู่ผู้บริหาร และมักจะเป็นการสื่อสารสองทางเพราะ ผู้บริหารมักจะสื่อสารตอบกลับเพื่อให้ ข้อมูลแก่ผู้ใต้บังคับบัญชา

2. ระดับผู้ใต้บังคับบัญชา หรือการสื่อสารจากผู้บังคับบัญชาไปยังบุคลากรระดับต่างๆ หรือที่เรียกว่า การสื่อสารในแนวนอน มักอยู่ในรูปแบบของการสั่งงาน การกำกับดูแล การออกนโยบายสู่ บุคลากรในระดับปฏิบัติงาน และปัญหาที่มักพบด้วยเสมอก็คือมักจะเป็นการสื่อสารทางเดียว

3. ผู้ร่วมงานระดับเดียวกัน หรือการสื่อสารในแนวนอน เป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นระหว่างบุคลากรในระดับเดียวกัน มักเรียกว่าการสื่อสารแบบคู่ขนานหรือการสื่อสารในระดับเดียวกัน เป็นการสื่อสารขององค์กรที่มีอิทธิพล และมีความเข้มแข็งมากที่สุด จุดเน้นของการสื่อสารชนิดนี้ก็คือ การร่วมมือและประสานการทำงาน รวมถึงการแก้ไขปัญหาและข้อขัดข้องใจต่างๆ ในการทำงาน

สรุปสาระสำคัญ

จากแนวคิดที่ได้การทบทวนวรรณกรรม นำไปสู่การพัฒนาหลักการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน ในการรับรองมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืนของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติ สถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ดังนี้

1. ควรมีการมอบอำนาจการตัดสินใจ ให้พนักงานมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และวิเคราะห์สาเหตุและ กำหนดวิธีการ แก้ไขปัญหาเรื่องความผิดพลาดในการทำงานอย่างเป็นระบบ
2. ควรมีการตั้งเป้าหมายในการทำงาน ให้มีความชัดเจนและถ่ายทอดเป้าหมายนั้นไปยังผู้ปฏิบัติงาน ทุกคนอย่างเหมาะสม และ
3. ควรปรับปรุง วิธีการทำงานให้ผู้ปฏิบัติงานแต่ละตำแหน่งสามารถทำงานทดแทนกันได้

ในทางปฏิบัติของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 การปฏิบัติงานของ พนักงาน โรงแรมพบปัญหาอุปสรรค 4 ด้าน ได้แก่ (1) การใช้ดุลยพินิจในการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ ตามขอบเขตอำนาจหน้าที่ตามกฎหมาย (2) ตำแหน่งความรับผิดชอบของพนักงานเจ้าหน้าที่ (3) ทักษะการสื่อสาร ภาษาต่างประเทศ และ (4) พนักงานเจ้าหน้าที่รายใหม่ ที่ต้องการประสบการณ์และยังไม่สามารถทำงานทดแทน ผู้อื่นได้

สรุปผลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญระดับผู้บริหารกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ คณะกรรมการสถานพยาบาล และคณะอนุกรรมการสถานพยาบาลประเภทไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน จำนวน 9 คน ได้ข้อสรุป ดังนี้

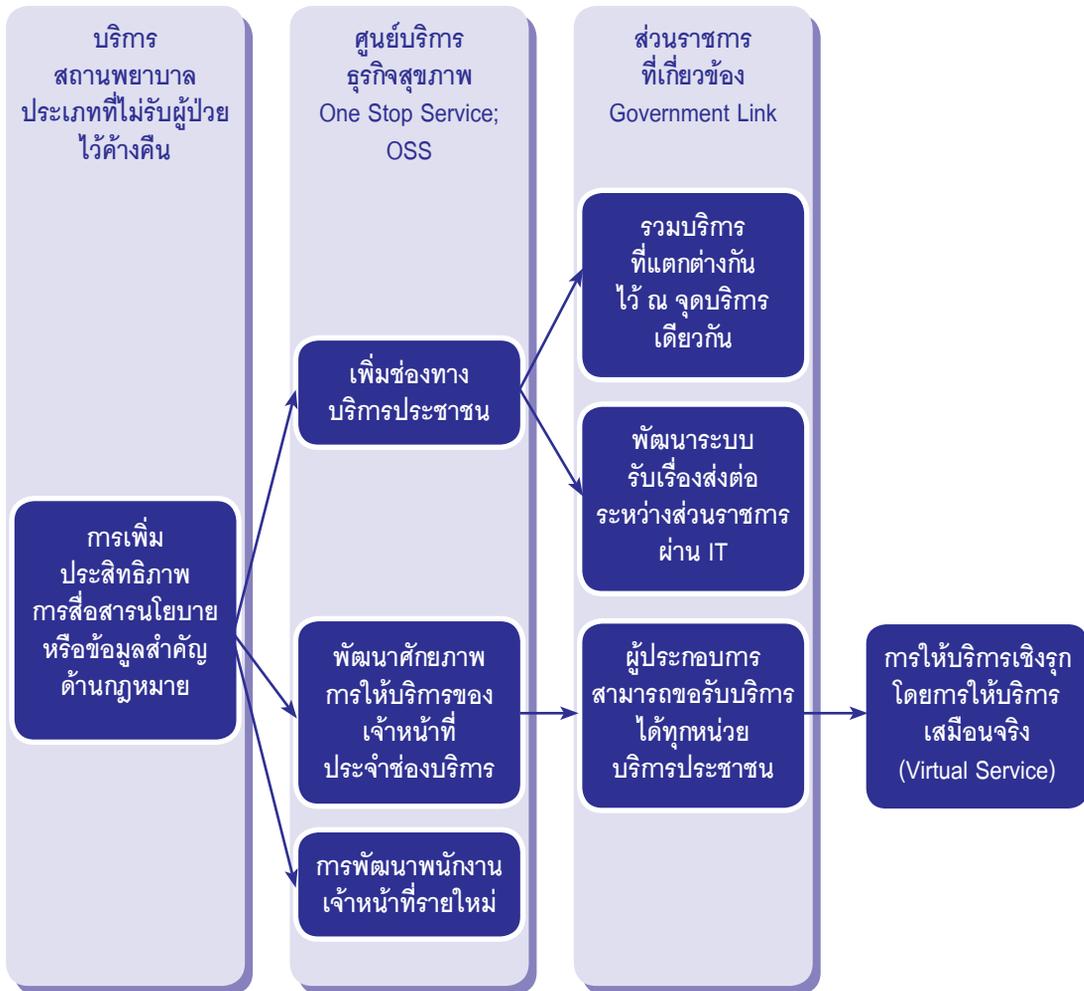
1. การสื่อสารในระหว่างการตรวจประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัย หลายอย่าง แต่ที่สำคัญที่พนักงานเจ้าหน้าที่ควรยึดถือปฏิบัติ คือ ความยุติธรรมและถูกต้องตามหลักกฎหมาย คุณธรรมและจริยธรรมในการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมาย ความจริงใจ และความปรารถนาดีต่อผู้ประกอบการ อย่างไรก็ตาม การสื่อสารที่เกิดขึ้นในกระบวนการตรวจประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลมักจะมีปัญหาและ อุปสรรคเกิดขึ้นหลายประการ เช่น การตีความตามกฎหมาย การส่งข่าวสารผ่านคนจำนวนมากเป็นทอดๆ ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลบิดเบือนไปจากความเป็นจริงได้ การกลั่นกรองข่าวสารโดยเลือกให้ข่าวสารเฉพาะบางข่าวสาร หรือเฉพาะบางส่วนของข่าวสารเท่านั้น เพื่อให้ผู้ฟังรู้สึกพอใจซึ่งอาจทำให้เกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงาน และ การเลือกเวลาในการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาทักษะการสื่อสารที่ดี เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ในการตรวจประเมินมาตรฐานสถานพยาบาล
2. โครงสร้างการปฏิบัติงานด้านการตรวจประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลที่มีประสิทธิภาพนั้น ควร จัดวางความสัมพันธ์ของคนและระบบให้สอดคล้องกับโครงสร้างเป้าหมายของสำนักสถานพยาบาลและการ ประกอบโรคศิลปะ
3. รูปแบบงานบริการด้านการตรวจประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลที่ควรพัฒนา ได้แก่ การพัฒนา ช่องทางการให้บริการที่หลากหลาย การสร้างเครือข่ายความร่วมมือและบูรณาการการให้บริการ เช่น รวมบริการ ที่แตกต่างกันไว้ ณ จุดบริการเดียวกัน พัฒนาระบบรับเรื่องส่งต่อระหว่างส่วนราชการผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ การพัฒนาการให้บริการตอบสนองต่อรูปแบบบริการสุขภาพใหม่ๆ ที่จะเกิดขึ้นรวมทั้ง การพัฒนาการบริการ การตรวจประเมินมาตรฐานสถานพยาบาลโดยหน่วยรับรองมาตรฐาน (Certify Body)

4. พัฒนาการบริการรูปแบบหน้าต่างเดียว (Single Window) ที่เชื่อมโยงการให้บริการประกอบกิจการสถานพยาบาล (Doing Business) ไว้กับการบริการด้านทะเบียนสถานพยาบาล

5. นำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการให้บริการเสมือนจริง (Virtual Services) ประชาชนอยู่ที่ไหนก็สามารถขอใช้บริการได้ ซึ่งเป็นบริการเชิงรุก

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

จากผลการศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยขอแนะนำแบบจำลองการพัฒนามาตรการเสริมสร้างประสิทธิภาพมาตรฐานสถานพยาบาลประเภทที่ไม่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ดังนี้



เอกสารอ้างอิง

- กานดา จันทร์แย้ม. **จิตวิทยาอุตสาหกรรมและองค์การ**. กรุงเทพฯ : โอ.เอส. พรีนติ้ง เฮ้าส์., 2556.
- ชนิษฐา ตำนธีรวิชัย. **การศึกษาเปรียบเทียบความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ ปรึกษาทางโทรศัพท์ในสังกัดกรมสุขภาพจิต เขตกรุงเทพมหานคร - ปริมาณเทียบกับเขตภูมิภาค**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์., 2541.
- จิตตินันท์ นันทไพบูลย์. **ศิลปะการให้บริการ**. กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดดูเคชั่น., 2555 ข.
- พรทิพย์ เย็นจะบก และกมลรัฐ อินทรทัศน์. **กระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพและมีความสุข**. สืบค้นจาก <https://pirun.ku.ac.th/~agrpc/envelop/working%20process1.doc/>, 2556.
- พิทยา บวรวัฒนา. **ทฤษฎีองค์กรสาธารณะ**. กรุงเทพฯ : ศักดิโสภณาการพิมพ์., 2552 ก.
- สมบูรณ์ ศิริสรริรักษ์. **สัมมนาทฤษฎีองค์กรและการจัดการ [เอกสารคำสอน]**. นครปฐม : คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล., 2553.
- สมพิศ สุขแสน. **เทคนิคการทำงานให้มีประสิทธิภาพ**. สืบค้นจาก <https://bongkotsakorn.wordpress.com/2013/06/06/เทคนิคการทำงานให้ประสบความสำเร็จ/>, 2556.

การติดเชื้อในผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัด Ventriculoperitoneal Shunt ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

Infection in Ventriculoperitoneal Shunt operation in Maharaj Nakhon Si Thammarathospital

เอก เบียงแก้ว*

บทคัดย่อ

ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ (Hydrocephalus) เกิดจากการไม่สามารถดูดซึมน้ำเลี้ยงสมองและไขสันหลัง (Cerebrospinal fluid ; CSF) กลับเข้าสู่กระแสเลือดการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมองสู่ช่องท้อง (Ventriculoperitoneal shunt ; VPS) เป็นการผ่าตัดใส่สายระบายเพื่อเปลี่ยนทางให้ CSF ระบายจากโพรงน้ำในสมองลงไปยังช่องท้อง การผ่าตัด VPS เป็นการผ่าตัดที่ทำบ่อยที่สุดชนิดหนึ่งในการผ่าตัดระบบประสาท โดยมีวัตถุประสงค์หลักคือเพื่อรักษา Hydrocephalus ภาวะแทรกซ้อนของการผ่าตัดชนิดนี้พบได้บ่อย การอุดตันของสาย VPS เป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุดของการทำงานที่ผิดปกติของสายระบาย

การติดเชื้อของสายระบาย VPS เป็นสาเหตุที่สำคัญอันดับสองของการอุดตันวัตถุประสงค์หลักของการศึกษานี้คือการประเมินการติดเชื้อและความเสี่ยงของการติดเชื้อจากการผ่าตัด VPS โดยรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราชด้วยอาการ Hydrocephalus ระหว่างเดือนตุลาคม 2556 ถึง กันยายน 2558 รวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียน ประกอบด้วย อายุ เพศ สาเหตุของ hydrocephalus การได้รับการรักษาเบื้องต้นด้วยการระบาย CSF ออกนอกร่างกายชั่วคราว (external ventricular drain; EVD) ประวัติการผ่าตัดสมอง การให้ยาปฏิชีวนะก่อนผ่าตัด ผลการเพาะเชื้อจาก CSF ที่เก็บระหว่างผ่าตัดหรือจากการเจาะน้ำไขสันหลังเมื่อสงสัยว่ามีการติดเชื้อ

พบว่าช่วงเวลาดังกล่าวมีผู้ป่วยได้รับการผ่าตัด VPS จำนวน 74 ครั้ง พบการติดเชื้อในผู้ป่วย 2 ราย (2.70 %) โดยติดเชื้อ coagulase - negative Staphylococci ทั้งสองราย

คำสำคัญ : Hydrocephalus, Ventriculoperitoneal shunt, Ventriculoperitoneal shunt infection.

Abstract

Hydrocephalus is caused by the inability to absorb the cerebrospinal fluid (CSF) into the bloodstream. Ventriculoperitoneal shunt (VPS) is used to divert CSF to the peritoneal cavity. VPS placement is one of the most commonly performed neurosurgical procedures and is necessary to treat hydrocephalus. Complications related to Ventriculoperitoneal Shunt (VPS) placement are common. Obstruction is most common cause of VPS malfunction and the second most common cause of VPS malfunction is infection. The major aims of this study were to estimate the infection rate and recognize the risk factor for VPS infections. We collected data to retrospective review of VPS series

* พ.บ. ว.ว. ศัลยกรรมประสาท กลุ่มงานศัลยกรรม โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

performed at MaharajNakhon Si Thammarat hospital from October 2013 to September 2015. The following data were collected from the patient records: demographic findings, age at operation, caused of hydrocephalus, insertion of external ventricular drain (EVD) prior to VPS, history of craniotomy, prophylaxis antibiotics used, CSF culture results from the operation of Lumbar puncture. There were 74 VPS procedure preform in this study. VPS infection rate was 2 (2.70 %) . The causative microorganism in both cases was coagulase-negative staphylococci.

Key words : Hydrocephalus, Ventriculoperitoneal shunt, Ventriculoperitoneal shunt infection.

บทนำ

ภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ (Hydrocephalus) เป็นภาวะที่พบได้ในผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุ โดยมีอุบัติการณ์สูงในเด็กโดยอุบัติการณ์การเกิดโพรงสมองคั่งน้ำในเด็ก คือ 1 ใน 1000 คน ต่อปี จากการศึกษาผู้ป่วย Myelomeningocele โรงพยาบาลศิริราช พบความผิดปกติแต่กำเนิดที่พบบ่อยที่สุดคือภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ ซึ่งพบได้ถึงร้อยละ 36 ภาวะนี้เกิดจากการสร้างน้ำเลี้ยงสมองและไขสันหลัง cerebrospinal fluid (CSF) มากผิดปกติหรือการอุดตันการไหลของ CSF หรือความผิดปกติของการดูดซึมกลับของน้ำไขสันหลังทางหลอดเลือดดำ ภาวะดังกล่าวก่อให้เกิดภาวะเพิ่มความดันในกะโหลกศีรษะเกิดความผิดปกติทางระบบประสาท และมีอันตรายถึงชีวิต สาเหตุของ Hydrocephalus อาจเกิดจากความผิดปกติแต่กำเนิด (Congenital Hydrocephalus) จากโรคต่างๆ (Acquired disease) ได้แก่ บาดเจ็บที่ศีรษะ (Traumatic brain injury) โรคหลอดเลือดสมอง (CVA) การติดเชื้อ (CNS infection) เนื้องอกสมอง (Brain tumor) และไม่ทราบสาเหตุ อาการเกิดขึ้นได้ทั้งแบบรวดเร็วและแบบเรื้อรัง

การรักษาภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ ได้แก่ การรักษาด้วยยาขับปัสสาวะ และการรักษาด้วยการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมองออกนอกร่างกายชั่วคราว external ventricular drain (EVD) หรือการผ่าตัดใส่สายระบายน้ำในโพรงสมองสู่ช่องท้องเป็นการถาวร (Ventriculoperitoneal shunt ; VPS) การผ่าตัด VPS อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดได้ เช่น การติดเชื้อที่สายระบายน้ำนอกจากนั้นในบางรายอาจมีการทำงานผิดปกติของสายระบายน้ำไขสันหลังทำให้ผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับการรักษาใหม่และยังทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย

การติดเชื้อของ VPS เป็นสาเหตุอันดับสองของการทำงานผิดปกติของสายระบายน้ำไขสันหลัง โดยพบได้ประมาณ 8 - 15 % ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด VPS ความเสี่ยงของการติดเชื้อมีหลายสาเหตุ ประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีอายุน้อยมีการปนเปื้อนเช่นมีการรั่วไหลของน้ำไขสันหลังหลังผ่าตัด ถูग्มือผ่าตัดรั่วในระหว่างผ่าตัด ผู้ป่วยเคยมีการติดเชื้อของสายระบายน้ำไขสันหลังมาก่อนและการมีเลือดออกในโพรงสมอง

จากสถิติ ผู้ป่วยโพรงสมองคั่งน้ำที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยศรีธรรมราชช่วง ปี 2555 จำนวน 52 ราย พบว่า มีการติดเชื้อของ VPS และติดเชื้อในระบบอื่นของร่างกาย จำนวน 11 ราย (21.15 %) ค่าที่ควรจะเป็น คือ 8 - 15 % ของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด VPS จะเห็นได้ว่าการติดเชื้อของสายระบายน้ำไขสันหลังเป็นภาวะที่ต้องการการตรวจหาสาเหตุและให้การป้องกันให้ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาอัตราการติดเชื้อและปัจจัยเสี่ยงของ VPS ในผู้ป่วยภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช และนำไปปรับปรุงการรักษาผู้ป่วยเพื่อลดอัตราการติดเชื้อลง

วิธีการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษา ในผู้ป่วยในผู้ป่วยภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ ในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ในช่วง 1 ตุลาคม 2556 - 30 กันยายน 2558 โดยรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ ประกอบด้วยเพศ อายุ ประวัติได้รับอุบัติเหตุ ประวัติผ่าตัดสมอง ประวัติผ่าตัด Craniotomy ประวัติการคาสาย EVD และประวัติการติดเชื้อรายละเอียดยกเว้นการผ่าตัด VPS ระยะเวลาการผ่าตัด VPS การติดเชื้อของ VPS ชนิดของเชื้อที่ก่อโรคและยาปฏิชีวนะที่ใช้

1) เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นภาวะโพรงสมองคั่งน้ำที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช ทุกรายเดือน ตุลาคม 2556 – 30 กันยายน 2558 รวม 92 ราย

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโพรงสมองคั่งน้ำที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และตรวจวัดความเที่ยงด้วยการตรวจสอบซ้ำ โดยใช้เวชระเบียนจำนวน 10 ราย ให้ผู้บันทึก 2 คนทำการบันทึกจากเวชระเบียน พบว่าผลการบันทึกได้ผลตรงกันเครื่องมือที่ใช้ เป็น แบบบันทึก ประกอบ ด้วย 2 ส่วน ดังนี้

- ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ การวินิจฉัย
- ส่วนที่ 2 ประวัติการได้รับอุบัติเหตุ ประวัติการผ่าตัดสมอง การคาสาย EVD และประวัติการติดเชื้อ
- ส่วนที่ 3 ประกอบด้วยวิธีการผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด การติดเชื้อของ VPS โดยวินิจฉัยจากผลการตรวจและผลเพาะเชื้อจาก CSF ชนิดของเชื้อ และยาปฏิชีวนะที่ได้รับ

2) รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ ชนิดเก็บข้อมูลย้อนหลังโดยเก็บข้อมูลจากแบบบันทึกผู้ป่วยภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ และทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช

การเก็บรวบรวมข้อมูล

- 1) งานวิจัยนี้พิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัย โดยผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
- 2) การเก็บข้อมูล คัดลอกข้อมูลจากบันทึกรายงานการผ่าตัดที่ห้องผ่าตัด และจากเวชระเบียนบันทึกรายงานผู้ป่วยโดยบันทึกหลังเข้ารับการรักษาที่พิจารณาความถูกต้อง สมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ และนำเสนอผลการศึกษาในรูปแบบความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 92 ราย เป็นเพศชาย 63 ราย (68.48 %) เพศหญิง 29 ราย (31.52 %) อายุตั้งแต่แรกคลอด ถึงอายุสูงสุด 83 ปี แบ่งเป็นช่วงอายุตั้งแต่แรกคลอด ถึง 1 ปี 22 ราย (23.91 %) อายุ 11 - 60 ปี 37 ราย (40.22 %) อายุมากกว่า 60 ปี 33 ราย (35.87 %) การวินิจฉัย แบ่งเป็น Congenital Hydrocephalus 20 ราย (21.74 %) Post - traumatic Hydrocephalus 18 ราย (19.57 %) Post - stroke hydrocephalus 14 ราย (15.22 %) อีกร 40 ราย (43.48 %) เป็น VPS malfunction, idiopathic และ tumor related hydrocephalus

2. ประวัติการรักษาเคยได้รับการผ่าตัด Craniectomy จำนวน 28 ราย (30.43 %) เคยคาสาย EVD ก่อนทำ VPS จำนวน 28 ราย (30.43 %)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของประวัติการผ่าตัดสมองและการคาสาย EVD ก่อนทำ VPS

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการผ่าตัดสมอง		
เคยผ่าตัด craniectomy	28	30.43
เคยผ่าตัด EVD	28	30.43
จำนวนวันที่คาสาย Ventriculostomy		
1 - 30 วัน	14	50.00
31 - 90 วัน (1 - 3 เดือน)	10	35.72
ตั้งแต่ 91 วันขึ้นไป	4	14.28

3. ผลการรักษาและภาวะแทรกซ้อน พบว่าผู้ป่วย hydrocephalus ได้รับการรักษา โดยการผ่าตัด VPS จำนวน 74 ราย (80.43 %) แบ่งเป็นผ่าตัด VPS ครั้งแรก 60 ราย (81.08 %) และ ผ่าตัด revise shunt 14 ราย (18.92 %) ระยะเวลาในการผ่าตัดมากกว่า 1 ชั่วโมง 72 ราย (78.26 %)

ภาวะแทรกซ้อน ที่เกิดขึ้นหลังผ่าตัด มีการติดเชื้อ 2 ราย (2.70%) โดยติดเชื้อ coagulase-negative staphylococci ทั้งสองราย ทั้งคู่เป็นผู้ป่วย shunt malfunction ที่ต้องได้รับการผ่าตัด revise VPS ใช้ระยะเวลาผ่าตัดมากกว่า 1 ชั่วโมง เป็นเพศชาย อายุ 20 ปี และเพศหญิง อายุ 49 ปี ตามลำดับ ทั้ง 2 รายมีประวัติได้รับอุบัติเหตุ และเคยได้รับการผ่าตัด craniotomy และ VPS มาก่อน

ทุกรายที่เข้ารับการรักษาจะได้รับยาปฏิชีวนะ ได้แก่ Cloxacillin, Cloxacillin & Gentamycin, Vancomycin, Vancomycin & Gentamycin, Cefazolin ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของ วิธีการผ่าตัด ระยะเวลาผ่าตัด การติดเชื้อ ชนิดของเชื้อ และยาปฏิชีวนะที่ได้รับของผู้ป่วยภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
การรักษา		
ผ่าตัด V - P shunt	60	81.08
ผ่าตัด Revise shunt	14	18.92
ระยะเวลาที่ผ่าตัด		
น้อยกว่า 1 ชั่วโมง	2	2.70
ตั้งแต่ 1 ชั่วโมงขึ้นไป	72	97.30
การติดเชื้อ		
ไม่มีการติดเชื้อ	72	97.30
ติดเชื้อ (shunt malfunction, ผ่าตัด > 1 ชม. coag. Neg. staph ทั้งสองราย)	2	2.70
ยาปฏิชีวนะที่ได้รับ		
1. Cloxacillin	45	60.81
2. Cloxacillin & Gentamycin	12	16.22
3. Vancomycin	8	10.81
4. Vencomycin & Gentamycin	5	6.76
5. Cefazolin	4	5.40

อภิปรายผล

การติดเชื้อของ VPS เป็นสาเหตุหลักของความพิการและเสียชีวิตสาเหตุของการติดเชื้อมีหลายประการ ประกอบด้วยอายุของผู้ป่วย สาเหตุของ Hydrocephalus ประสบการณ์ของศัลยแพทย์จำนวนบุคลากรในห้องผ่าตัด และการใช้ perioperative antibiotics และการใช้ antimicrobial coated suture material จะทำให้โอกาสในการติดเชื้อจากการผ่าตัดลดลงในโรงพยาบาลมหาราชานครศรีธรรมราช ก่อนปี พ.ศ. 2555 ยังไม่มีการแยกสถิติข้อมูลผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อของ VPS มีเพียงข้อมูลการติดเชื้อของทั้ง VPS และการติดเชื้อในระบบอื่นของร่างกายรวมเป็น 21.15 % จึงไม่สามารถเทียบได้กับอัตราการติดเชื้อก่อน ปี พ.ศ. 2555 ตามมาตรฐานของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด VPS คือ 8 - 15 % VPS

ในการศึกษาคั้งนี้ อัตราการติดเชื้อของการผ่าตัด VPS คือ 2.70 % เกิดในผู้ป่วย shunt malfunction เพศชาย อายุ 20 ปี และเพศหญิง 49 ปี ได้รับอุบัติเหตุและเคยผ่าตัดสมองมาก่อน ใช้ระยะเวลาผ่าตัดมากกว่า 1 ชั่วโมง ทั้งสองรายและทั้งสองรายมีการคาสาย EVD มาก่อน

กระบวนการป้องกันการติดเชื้อยังไม่มีขั้นตอนมาตรฐาน โดยทั่วไปคือโกนศีรษะเข้าวันผ่าตัด สำหรับ antibiotic prophylaxis ยังไม่มีข้อกำหนดชัดเจน ในผู้ป่วยใหม่และยังไม่เคยได้รับการผ่าตัดสมองมาก่อนจะให้ cloxacillin หรือ cloxacillin ร่วมกับ gentamycin หรือ cefazolin ส่วนผู้ป่วยที่เคยผ่าตัดมาก่อนหรือได้รับการผ่าตัด EVD มาก่อนจะให้ vancomycin หรือ vancomycin ร่วมกับ gentamycin ฉีดก่อนผ่าตัดครึ่งชั่วโมงไปจนถึงฉีดทันที ก่อนผ่าตัดขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของศัลยแพทย์ระยะเวลาในการให้ antibiotic ยังไม่มีข้อกำหนด อาจให้เพียง dose เดียว หรือให้ถึง 3 วันหลังผ่าตัด โดยขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์เช่นกัน

การผ่าตัด VPS จะเริ่มเป็นรายแรกของวัน และไม่ทำเกิน 2 รายต่อเนื่องกัน ยกเว้นกรณีฉุกเฉินที่ต้องการใส่ VPS เร่งด่วนหรือไม่ต้องการใส่ EVD อาจทำเป็นรายที่ 3 หรือทำนอกเวลาราชการได้แต่จะไม่ผ่าตัดต่อเนื่องจากผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อ จำนวนบุคลากรในห้องผ่าตัดถูกจำกัดให้เหลือน้อยที่สุด โดยห้ามเข้าออกจากห้องผ่าตัดหลังจากเริ่มเปิดแผลผ่าตัดแล้ว

การเย็บปิดแผลใช้ antimicrobial coated suture material ในชั้นใต้ผิวหนัง สำหรับชั้นผิวหนังใช้ Ethilon และ Skin Stapler ตามความถนัดของศัลยแพทย์

สรุปผล

ผลการรักษาผู้ป่วยภาวะโพรงสมองคั่งน้ำ โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราชที่ได้รับการรักษาด้วยการทำ VPS มีอัตราการติดเชื้อเพียง 2.70 % เนื่องจากผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยง เคยได้รับการผ่าตัดและคาสาย EVD ก่อนทำ VPS

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนาแนวทางการดูแลรักษา การเตรียมความพร้อมก่อนและหลังการผ่าตัดโดยจะต้องทำระเบียบปฏิบัติที่มีขั้นตอนชัดเจนเพื่อความปลอดภัยและลดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญที่สุดคือลดการติดเชื้อ ท้ายที่สุดจะสามารถลดค่าใช้จ่ายและจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลได้

บรรณานุกรม

- ชัชวาล แซ่เฮ็ง. ผลสำเร็จของการผ่าตัดภายในเพื่อระบายน้ำในโพรงสมองรักษาภาวะน้ำคั่งในโพรงสมองจากการอุดตันภายหลังภาวะเลือดออกในสมองส่วน Thalamus ณ โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์.; 6 (1) : มกราคม - มิถุนายน. 2553.
- ธนพร เตียมพรัตน์, วิลาวัณย์ ธิรภัทรพงศ์ และ กิ่งแก้ว ปาจรีย์. ลักษณะทางคลินิกของผู้ป่วยโรค Myelomeningocele ในโรงพยาบาลศิริราช ระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2555. เวชศาสตร์พื้นฟูสาร.; 26 (3) :104 - 110. 2559.
- นฤมล เปรมปราโมทย์. โรคหัวบวตร หรือ โรคโพรงน้ำในสมองขนาดใหญ่ [สืบค้น 15/02/2018]. from <http://www.baby2talk.com/topic/2715>.
- มีชัย ศรีใส. **ประสาททฤษฎีภาคศาสตร์ (NEUROANATOMY)**. กรุงเทพมหานคร : Year Book Publisher Co.,ltd. 2546.
- เวชสถิติ. รายงานผู้ป่วยโพรงสมองคั่งน้ำ ปี 2555 โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช.
- ศุภกิจ สวงวงศ์กุล. โรคน้ำคั่งในโพรงสมอง (Hydrocephalus). [สืบค้น 15/02/2018] from <http://ebrain1.com/hbhydrocephalus.html>.
- สมาน ตั้งอรุณศิลป์ และคณะ. **แนวทางการรักษาภาวะโพรงสมองคั่งน้ำสำหรับแพทย์ (Clinical Practice Guideline for Hydrocephalus)**. กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา. 2549.
- อาคม อารยาวิชานนท์. **การตรวจวินิจฉัยโรคระบบประสาท**. กรุงเทพมหานคร: ศิริธรรมออฟเซ็ท. 2553.
- A.V. Kulkarni, J.M. Drake, M. Lamberti - Pasculli. Cerebrospinal fluid shunt infection : a prospective study of risk factors J. Neurosurg. 94 ; 195 - 201. 2001.
- Bondurant CP, Jimenez DF. Epidemiology of cerebrospinal fluid shunting. *Pediatr Neurosurg.*; 23 : 254 - 259. 1995.
- Columbia Neurosurgery. **Hydrocephalus**. [สืบค้น 10/3/2561] from <http://www.columbianeurosurgery.org/conditions/adult-hydrocephalus>. 2014.
- Curtis J. Rozzelle, M.D., Jody Leonardo, M.D., AND Veetai Li, M.D. Antimicrobial suture woundclosure for cerebrospinal fluid shunt surgery : a prospective, double - blinded, randomized controlled trial. *J Neurosurg Pediatrics* 2 ; 111 - 117. 2008.
- Dallacasa P, Dappozzo A, Galassi E, Sandri F, Cocchi G and Masi M. Cerebrospinal fluid shuntinfections in infants. *Childs Nerv Syst.* 11 ; 643 - 649. 1995.
- J.J. Stone, C.T. Walker, M. Jacobson, V.Phillips, H.J. Silberstein. Revision rate of pediatric ventriculoperitoneal shunts after 15th years. *J. Neurosurg. Pediatr.* 11 ; 15 - 19. 2013.
- K. Rotim, P. Miklic, J. Paladino, A. Melada, M. Marcikic, M. Scap. Reducing the incidence of infection in pediatric cerebrospinal fluid shunt operations *Childs Nerv. Syst.* 13 ; 584 - 587. 1997.
- M.J. McGirt, A. Zaas, H.E. Fuchs, T.M. George, K. Kaye, D.J. Sexton. Risk factors for pediatric VPS infection and predictors of infectious pathogens *Clin. Infect. Dis.*, 36 ; 858 - 862. 2003.

- M.J. McGirt, J. Leveque, J.C. Wellons, A.T. Villavicencio, J.S. Hopkins, H.E. Fuchs. **Cerebrospinal fluid shunt survival and etiology of failures : a seven year institutional experience** *Pediatr. Neurosurg.* 36 ; 248 - 255. 2002.
- Patwardhan RV, Nanda A. **Implanted ventricular shunts in the United States : the billion-dollar-a-year cost of hydrocephalus treatment.** *Neurosurgery.*; 56 : 139 - 144. discussion 144 - 135. 2005.
- Reddy GK, Bollam P, and Caldito G. **Ventriculoperitoneal shunt surgery and the risk of VP shunt infections in patients with hydrocephalus : long-term single institution experience.** *World Neurosurg.* 8 : 155 - 163. 2012.
- Reddy GK, Bollam P, and Caldito, G. **Long term outcomes of ventriculoperitoneal shunt surgery in patients with hydrocephalus.** *World Neurosurg.* 01.96 : 404 - 410. 2014.
- Tamburrini G., Caldarelli M., Di Rocco C. **Diagnosis and management of shunt complications in the treatment of childhood hydrocephalus.** *Section of Pediatric Neurosurgery Catholic University Medical School, Rome Vol.1 No. 3.* 2013.
- T.D. Simon, M. Hall, J. Riva Cambrin, J.E. Albert, H.E. Jefferies, B. cerebrospinal fluid shunt placement La Fleur, J.M. Dean, J.R.W. Kestle. **Infection rates following initial across pediatric hospitals in the United States** *J. Neurosurg. Pediatr.* 4 ; 156 - 165. 2009.
- Tuan TJ, Thorell EA, Hamblett NM, Kestle JR, Rosenfeld M, and Simon TD. **Treatment and microbiology of repeated cerebrospinal fluid shunt infections in children.** *Pediatr Infect Dis* 2011. 30 : 731 - 735. 2011.
- Warf BC, Bhai S, Kulkarni AV and Mugamba J. **Shunt survival after failed endoscopic treatment of hydrocephalus.** *J Neurosurg Pediatr.* 10 ; 463 - 470. 2012.

**การพัฒนารูปแบบ
การป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ
โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปรางค์กู๋ จังหวัดศรีสะเกษ**
Development of a Model for
Prevention and problem Solving of Drowning Children
by Participation of Prang Ku District Community Srisaket Province

มยุรี สิมมะโรง* อำนวยชัย ดวงตะวัน*
ยุพยงค์ พาหา*

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาดูแลเด็กจมน้ำ เพื่อพัฒนาแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาดูแลเด็กจมน้ำโดยการมีส่วนร่วมมีส่วนร่วมของชุมชนและเพื่อเปรียบเทียบผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันการจมน้ำและการช่วยเหลือคนจมน้ำ ก่อน และ หลังใช้รูปแบบการพัฒนาแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาดูแลเด็กจมน้ำโดยการมีส่วนร่วมมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปรางค์กู๋ จังหวัดศรีสะเกษ การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การดำเนินการศึกษา 3 ระยะ คือ ดำเนินการระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาในชุมชนระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาดูแลเด็กจมน้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ระยะที่ 3 การประเมินผลสำเร็จหลังการดำเนินการวิจัย วิเคราะห์ข้อมูลด้วยค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย วิเคราะห์ด้วยสถิติ Pair t - test ที่ระดับนัยสำคัญ (P-Value .05) ผลการวิจัยพบว่า การวิจัยระยะที่ 1 สภาพปัญหาในชุมชนก่อนดำเนินการพัฒนาแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาดูแลเด็กจมน้ำโดยชุมชนมีส่วนร่วม ต้องมีการศึกษาชุมชน ศึกษาเอกสาร ข้อมูล และรวบรวมรายงานที่เกี่ยวข้อง และศึกษาปัจจัยด้านบุคคล (Host), ปัจจัยด้านตัวก่อโรคหรือภัย (Agent), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) เพื่อให้ชุมชนตระหนักและทราบความรุนแรงของปัญหา และนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกัน การวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนาแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาดูแลเด็กจมน้ำ พบว่าต้องเสริมพลังและสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายมีการประเมินความเสี่ยง โดยภาคีเครือข่ายและคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพและความรุนแรงของปัญหาในชุมชน และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาดูแลเด็กจมน้ำ มีการสื่อสารความเสี่ยงโดยมีการคืนข้อมูลสู่ชุมชน มีการจัดการความเสี่ยง และมีการติดตามผลการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการดำเนินตามมาตรการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ในการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินผลสำเร็จหลังการดำเนินการวิจัย พบว่าชุมชนทุกแห่งมีแผนงาน/โครงการ การแก้ไขปัญหาดูแลเด็กจมน้ำ ของทุกพื้นที่ มีการร่วม sharing ทรัพยากรในพื้นที่ แหล่งน้ำดำเนินการแล้วร้อยละ 89.09 ผู้ปกครองมีการใช้คอกเด็กเพิ่มขึ้นร้อยละ 62.57 ผลคะแนนระดับความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ

* สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู๋อำเภอปรางค์กู๋ จังหวัดศรีสะเกษ

แหล่งน้ำที่อาจทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี จมน้ำได้ ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบป้องกันและแก้ไขปัญหาดrowning children โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คือ 1) ระดับความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ แหล่งน้ำที่อาจทำให้เด็กอายุ 3 ปี ขึ้นไปจมน้ำได้ 2) ความรู้ความปลอดภัยทางน้ำ 3) การฝึกปฏิบัติทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ

คำสำคัญ : รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาดrowning children, จมน้ำเสียชีวิต, การมีส่วนร่วมของชุมชน

Abstract

The purpose of this research is to study the conditions and problems of preventing and solving problems of drowning children. To develop a model for preventing and solving drowning problems by participating in community participation and To compare the results of knowledge about surveillance to prevent drowning and to help people drowning before and after using the development model to prevent and solve drowning problems by participating in community participation Prang Ku District Srisaket Province. This research is an action research (Action Research). Phase 3 of the study was conducted. Phase 1: Analysis of problems in the community. Phase 2: Creating and developing a model for preventing and solving drowning problems by participation of the community. Phase 3 Successful assessment after Conduct research. Data were analyzed using statistics, percentage, mean, standard deviation, minimum and maximum values, comparing the mean scores. Analysis with Independent Sample t-test at the significance level (P-Value.05). The research found that Phase 1 research on problems in the community before proceeding to develop a model to prevent and solve the problem of drowning children by the community to participate Must have a community study, study information documents and collect relevant reports. And study the individual factors (Host), pathogenesis or environmental factors (Environment) for the community to realize and know the severity of the problem and used to plan problems together. Phase 2 research, creating and developing a model for preventing and solving drowning children problems Found that it needed to empower and create cooperation among network partners with risk assessments By network partners and community members taking part in situation analysis State and severity of problems in the community And participate in problem solving There is a risk communication by returning information to the community. Risk management and follow up on the results of operations to ensure continuous and sustainable implementation of the measures. In the Phase 3 research, a successful evaluation after conducting research Found that every community has a plan/project to solve the problem of drowning children Of all areas, sharing resources in the area. 89.09% of the water sources have been implemented. The parents have 62.57% increase in the use of child stables. Water sources that may cause children under 3 years to drown before and after the development of the preventive and corrective model for drowning children, with the participation

of different communities, with statistical significance at 0.05, ie 1) Water safety knowledge level Water sources that may cause children aged 3 years and over to drown 2) Knowledge of water safety 3) Practicing survival skills in water.

Keyword : Pattern of prevention and problem solving., Died from drowning, Community participation.

บทนำ

ปัญหาการจมน้ำเป็นปัญหาที่สำคัญทำให้ประเทศชาติต้องสูญเสีย ทรัพยากรบุคคลคือกลุ่มเด็กและเยาวชน ซึ่งประเมินค่าความเสียหายไม่ได้ และพบว่าในระดับโลกการจมน้ำทั่วโลกเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตใน 10 อันดับแรกของกลุ่มเด็กทั่วโลกในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีเสียชีวิตจากการตกน้ำ จมน้ำปีละ 135,585 คน เฉลี่ยวันละ 372 รายงานการจมน้ำระดับโลกขององค์การอนามัยโลกพบว่าในแต่ละปีมีคนจมน้ำเสียชีวิตสูงถึง 372,000 คน คนที่จมน้ำเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 50 อยู่ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 25 ปี ทั้งนี้ในกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี พบว่าการจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 รองจากโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ (Meningitis) และเอดส์(HIV) โดยมีจำนวนการเสียชีวิตปีละ 140,219 คน คนในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีจำนวนการเสียชีวิตจากการตกน้ำจมน้ำปีละ 32,744 คน เฉลี่ยวันละ 90 คน เด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตจากการจมน้ำเป็นอันดับ 1 และยิ่งมากกว่าอุบัติเหตุจมน้ำประมาณ 2 เท่าตัวและมากกว่าไข้เลือดออกถึง 24 เท่าตัว (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ประเทศไทยในกลุ่มเด็กไทยอายุต่ำกว่า 15 ปี การจมน้ำ เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง ในทุกสาเหตุ ทั้งโรคติดเชื้อและไม่ติดเชื้อ จากข้อมูลเบื้องต้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2551 – 2560) พบว่ามีเด็กจมน้ำเสียชีวิตเฉลี่ยสูงถึง 9,574 คนต่อปี หรือเกือบวันละ 3 คน กลุ่มเด็กอายุ 5 - 9 ปีเสียชีวิตสูงสุด ร้อยละ 40.5 และเด็กอายุ 0 - 2 ปี เสียชีวิตร้อยละ 20.0 โดยเพศชายจะจมน้ำมากกว่าเพศหญิง 2 เท่า ช่วงที่การจมน้ำมากที่สุดคือช่วงปิดเทอมภาคฤดูร้อน คือช่วงเดือน มีนาคม – เดือนพฤษภาคม และเดือนเมษายนมีการจมน้ำสูงสุดเฉลี่ย 121 คน พบว่าการจมน้ำในแหล่งน้ำตามธรรมชาติสูงสุด ร้อยละ 44.9 ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าเด็กอายุ 5 - 9 ปี จมน้ำเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 11.4 เด็กอายุ 0-2 ปี จมน้ำเสียชีวิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 19.8 จังหวัดที่มีเด็กจมน้ำเสียชีวิตมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ นครราชสีมา 31 คน, จังหวัดอุบลราชธานี 30 คน, จังหวัดสุรินทร์ 26 คน, จังหวัดศรีสะเกษ 26 คน และจังหวัดสกลนคร 22 คน (สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) จังหวัดศรีสะเกษ มีอุบัติเหตุจากการจมน้ำของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นพบว่า ปี พ.ศ. 2556-2560 อำเภอที่มีจำนวนผู้เสียชีวิตสูงสุดคืออำเภอยุพันธ์ 16 ราย รองลงมาคืออำเภอกันทรลักษ์ 15 ราย อำเภอศรีรัตนะ และขุนหาญ 8 ราย อำเภออุ้มผางพิสัย อำเภอกันทรารมย์ และอำเภอปรางค์กู่ 7 ราย อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ มีอุบัติเหตุจมน้ำสูงขึ้นทุกปี โดยเฉพาะเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะช่วงปิดเทอมเดือน มีนาคม - พฤษภาคมของทุกปี ซึ่งเป็นฤดูร้อนทำให้เด็กชวนกันไปเล่นน้ำเป็นจำนวนมากประกอบกับเด็กและเยาวชนอาศัยอยู่กับปู่ย่าตายาย ส่วนพ่อแม่ไปทำงานรับจ้างอยู่กรุงเทพฯซึ่งขาดการเอาใจใส่จากผู้ปกครอง รวมทั้งกับเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ยังไม่มีทักษะการว่ายน้ำว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด สถานการณ์อุบัติเหตุจากการจมน้ำอำเภอปรางค์กู่

จากการรวบรวมรายงานอุบัติเหตุจากการจมน้ำ 5 ปีย้อนหลัง พ.ศ. 2556 - 2560 ของอำเภอปราจีนบุรี พบว่ามีจำนวนเด็ก 0 - 15 ปี จมน้ำทั้งหมด จำนวน 10 ราย คือ ปี พ.ศ. 2556 1 ราย, ปี พ.ศ. 2557 3 ราย, ปี พ.ศ. 2558 0 ราย, ปี พ.ศ. 2559 5 ราย และปี พ.ศ. 2560 1 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 7.4 ต่อแสนประชากร, 22.22 ต่อแสนประชากร, 0.0 ต่อแสนประชากร, 37.82 ต่อแสนประชากร, และ 0.0 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ส่วนปี 2561 ไม่พบอุบัติเหตุจากการจมน้ำในเด็ก และจากการรวบรวมรายงานอุบัติเหตุจากการจมน้ำเสียชีวิต 5 ปีย้อนหลัง พ.ศ. 2556 - 2560 ของอำเภอปราจีนบุรี พบว่ามีจำนวนเด็ก 0 - 15 ปี จมน้ำเสียชีวิตทั้งหมด จำนวน 9 ราย คือ ปี พ.ศ. 2556 1 ราย, ปี พ.ศ. 2557 3 ราย, ปี พ.ศ. 2558 0 ราย, ปี พ.ศ. 2559 4 ราย และปี พ.ศ. 2560 1 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 7.4 ต่อแสนประชากร, 22.22 ต่อแสนประชากร, 0.0 ต่อแสนประชากร, 30.26 ต่อแสนประชากร และ 7.64 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนปี 2561 ไม่พบอุบัติเหตุจากการจมน้ำในเด็ก (โรงพยาบาลปราจีนบุรี จังหวัดศรีสะเกษ, 2561) โดยมักจะเกิดในช่วงฤดูร้อน และปิดเทอม ประมาณเดือนมีนาคม - พฤษภาคมของทุกปี ที่เด็กมีเวลาว่างและมักจะชวนกันไปเล่นน้ำคลายร้อน ประกอบกับเด็กมักจะอาศัยอยู่กับปู่ย่าตายาย โดยที่พ่อแม่ไปทำงานรับจ้างอยู่กรุงเทพฯ ไม่มีเวลาในการดูแลเอาใจใส่เท่าที่ควร อีกทั้งเด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี ส่วนใหญ่ยังไม่มีทักษะการว่ายน้ำหรือการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด

จากสถานการณ์ปัญหาการเกิดเหตุการณ์จมน้ำเสียชีวิตในอำเภอปราจีนบุรีที่มีแนวโน้มเกิดขึ้นทุกปี และมีสิ่งแวดล้อมที่เป็นแหล่งน้ำธรรมชาติจำนวนมาก ซึ่งเป็นแหล่งดึงดูดความสนใจให้เด็กชักชวนกันมาเล่นน้ำ และอาจจะเกิดเหตุการณ์จมน้ำได้ ปัญหาการจมน้ำเสียชีวิตถือเป็นการสูญเสียเยาวชนที่เป็นกำลังของชาติในอนาคตก่อนวัยอันควร และเป็นปัญหาที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญ ซึ่งที่ผ่านมายังไม่มีกระบวนการความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำร่วมกันจากหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่มีแนวทางการทำงานที่เป็นรูปธรรมหรือการกำหนดบทบาทให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างชัดเจน เนื่องจากการป้องกันอุบัติเหตุจากการจมน้ำในเด็ก จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานและภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ และเอกชน ในการขับเคลื่อนนโยบาย นำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างจริงจังและต่อเนื่องโดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม เน้นกระบวนการทำงานในเชิงรุกมากกว่าการตั้งรับในหน่วยงาน ดังนั้น การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาเด็กจมน้ำโดยชุมชนส่วนร่วม จึงเป็นอีกหนึ่งเครื่องมือที่สำคัญที่มีรากฐานจากประชาสังคม ในการสะท้อนปัญหาและการระดมความคิดร่วมกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การพัฒนาทักษะในการป้องกันเหตุ การหามาตรการในการป้องกันเหตุการณ์สูญเสียจากการจมน้ำในเด็กเยาวชนที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ ในพื้นที่อำเภอปราจีนบุรี จังหวัดศรีสะเกษ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำโดยการมีส่วนร่วมมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอปราจีนบุรี จังหวัดศรีสะเกษ

3. เพื่อเปรียบเทียบผลคะแนนความรู้เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันการจมน้ำและการช่วยเหลือคนจมน้ำ ก่อน และ หลัง ใช้รูปแบบการพัฒนา รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาดูแลเด็กจมน้ำโดยการมีส่วนร่วมมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ

ประโยชน์ของการวิจัย

1. ได้พัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาดูแลเด็กจมน้ำ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ
2. ทราบถึงเปรียบเทียบผลการพัฒนา ก่อน และ หลัง การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดูแลเด็กจมน้ำ โดยการมีส่วนร่วมมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ
3. ได้ข้อมูลเพื่อเฝ้าระวังและสนับสนุนในการป้องกันอุบัติเหตุจากการจมน้ำของเด็ก รวมไปถึงการปฐมพยาบาล และการช่วยเหลือเด็กจมน้ำให้ถูกวิธีต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ทำการศึกษา 3 ระยะ ใช้เวลาในการดำเนินการวิจัยทั้งหมด 12 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบซึ่งสรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ ดังนี้

ประชากรที่ในการศึกษาค้นนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วนหลัก คือ

1. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key information) ในการสะท้อนสภาพปัญหา และการถอดบทเรียนการพัฒนา รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาดูแลเด็กจมน้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยทำการสุ่มเลือกมาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1.1 กลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ประกอบด้วย

- 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปรางค์กู่
- 2) สาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่
- 3) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ. สต.) จำนวน 14 คน
- 4) หัวหน้ากลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลปรางค์กู่ จำนวน 1 คน
- 5) ผู้รับผิดชอบงานด้านอุบัติเหตุ/ภัยสุขภาพ รพ. สต. จำนวน 14 คน
- 6) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 147 คน
- 7) อาสาสมัครกู้ชีพ จำนวน 9 คน

1.2 กลุ่มผู้บริหารสถานศึกษา

- 1) ผู้อำนวยการโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา จำนวน 7 คน
- 2) ผู้อำนวยการโรงเรียนระดับประถมศึกษา จำนวน 47 คน
- 3) ครูที่รับผิดชอบงานสุขศึกษาและอนามัยโรงเรียน จำนวน 53 คน
- 4) หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จำนวน 37 คน
- 5) ตัวแทนนักเรียน จำนวน 14 คน

- 1.3 กลุ่มองค์กรปกครองระดับอำเภอและท้องถิ่น
 - 1) นายอำเภอปรางค์กู่
 - 2) ท้องถิ่นอำเภอปรางค์กู่
 - 3) นายกเทศมนตรีเทศบาลและนายกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 11 คน
 - 4) ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 157 คน
 - 5) สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 11 คน
- 1.4 ผู้ปกครองที่เคยได้รับการสูญเสียของคนในครอบครัวจากสาเหตุการจมน้ำเสียชีวิต
 - 1) ผู้ปกครองที่มีเด็กจมน้ำเสียชีวิต จำนวน 15 คน
 - 2) ตัวแทนผู้ปกครอง เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 14 คน
2. กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในพื้นที่
 - 2.1 นายอำเภอปรางค์กู่
 - 2.2 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปรางค์กู่
 - 2.3 ผู้อำนวยการโรงเรียนทั้งระดับมัธยมศึกษาและประถมศึกษา
 - 2.4 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - 2.5 ผู้กำกับการสถานีตำรวจภูธรอำเภอปรางค์กู่
 - 2.6 นายกเทศมนตรีเทศบาลและนายกองค์การบริหารส่วนตำบล
 - 2.7 กำนันและผู้ใหญ่บ้าน
3. กลุ่มเด็กเด็กเรียนประถมศึกษาที่ฝึกทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทำการสุ่มตัวอย่างดังนี้
 - ชั้นที่ 1 ให้โรงเรียนประถมศึกษาในอำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ เป็นหน่วยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่ฝึกทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6
 - ชั้นที่ 2 สุ่มนักเรียนทุกโรงเรียนมาโรงเรียนละ 25% โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากนั้นทำการสุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โดยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic random sampling) ตามสัดส่วนของขนาดประชากรนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ถึง ชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ในแต่ละโรงเรียน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือหลัก 2 ชนิด คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มาใช้ในการเก็บข้อมูลวิจัย ซึ่งแบ่งเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วน 1 ข้อมูลคุณลักษณะของประชากร ได้แก่ ชื่อ - สกุล, เพศ, อายุ, ระดับชั้นที่กำลังศึกษา, เบอร์โทรศัพท์

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เรื่องความปลอดภัยในน้ำ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่รู้ให้ 0 คะแนน ผลคะแนนของการวัดความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ

- 1) แหล่งน้ำที่อาจทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปีจมน้ำได้
- 2) แหล่งน้ำที่อาจทำให้เด็กอายุ 3 ปีขึ้นไปจมน้ำได้
- 3) ความรู้ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ การตอบคำถามความสามารถในการปฏิบัติกำหนดให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก เป็นข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) คือ ปฏิบัติได้ ไม่แน่ใจ ปฏิบัติไม่ได้

ส่วนที่ 4 แบบวัดทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ การตอบคำถามทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ กำหนดให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพมีการเก็บข้อมูลวิจัย ดังนี้

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สภาพปัญหาในชุมชนระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปรังคัง จังหวัดศรีสะเกษระยะที่ 3 การประเมินผลสำเร็จหลังการดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ซึ่งกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 95 % และทดสอบสมมติฐานทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ 0.05 และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้านลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ ในเรื่องความรู้เรื่องความปลอดภัยในน้ำ ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ และทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ โดยใช้สถิติ Pair t - test นำเสนอด้วยค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย และค่าช่วงความเชื่อมั่น 95 % ของ Mean difference

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่ และสรุปประเด็นสำคัญ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) นำเสนอด้วยการบรรยายลักษณะสำคัญตามปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริงทั้งหมด

4. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชาชนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 คน ในตำบลสำโรงตาเจ็นอำเภอขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ และนำผลไปวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามให้มีคุณภาพตามเกณฑ์ ในหมวดความรู้ความปลอดภัยในน้ำ ทักษะการช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ หาค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณหาค่า K-R 20 ของ Kuder-Richardson ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 และ 0.91 และชุดแบบสอบถามทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำหาค่าความเชื่อมั่นโดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยแบบสอบถามมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟารายด้านเท่ากับ 0.82

สรุปผลการวิจัย

ในการวิจัยระยะที่ 1 สภาพปัญหาในชุมชน ก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกจมน้ำโดยชุมชนมีส่วนร่วม พบว่าสถานการณ์อุบัติเหตุจากการจมน้ำอำเภอปรางค์กู๋ จังหวัดศรีสะเกษ จากการรวบรวมรายงานอุบัติเหตุจากการจมน้ำ ปีพ.ศ. 2552 - 2561 จำนวนเด็กอายุ 0 - 15 ปี เสียชีวิตจากการจมน้ำแยกตามอายุปี พ.ศ. 2552 - 2561 อำเภอปรางค์กู๋ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าเด็กที่เสียชีวิตจากการจมน้ำส่วนใหญ่อายุตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป จำแนกตามวันเกิดเหตุมากที่สุดคือ วันเสาร์ ร้อยละ 42.30 จำแนกตามช่วงเวลาเกิดเหตุพบว่าเวลาที่เด็กจมน้ำมากที่สุดคือช่วงเวลา 11.00 น. ร้อยละ 23.07 จำแนกตามเดือนที่เกิดเหตุ พบมากที่สุดในเดือนพฤศจิกายน ร้อยละ 19.23 ผู้ที่อยู่ร่วมกับเด็กขณะจมน้ำพบว่า ขณะที่เด็ก 0 - 15 ปี จะจมน้ำอยู่กับเพื่อนมากที่สุด ร้อยละ 65.50 ผู้ดูแลเด็กที่จมน้ำส่วนใหญ่คือ พ่อ - แม่ ร้อยละ 65.50 แหล่งน้ำที่เกิดเหตุมากที่สุดคือแหล่งน้ำเพื่อการเกษตร ระดับความลึกของน้ำที่ทำให้เด็กจมน้ำส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับ 2 - 4 เมตร ร้อยละ 37.90 ระยะทางจากบ้านถึงที่เกิดเหตุที่ทำให้เด็กจมน้ำและเสียชีวิตมากที่สุด คือ 1 กิโลเมตร ร้อยละ 38.80 ด้านวิธีการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์ เพื่อนำเด็กขึ้นมาจมน้ำ ส่วนใหญ่คือการกระโดดลงไปช่วย ร้อยละ 51.17 วิธีการปฐมพยาบาลเด็ก 0 - 15 ปี ที่เอาขึ้นมาจมน้ำแล้ว จะทำการนวดหัวใจและเป่าปาก ร้อยละ 51.60 ผู้ที่ทำการปฐมพยาบาลเด็ก 0 - 15 ปี ที่จมน้ำ เป็นบิดา มารดาและผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 41.90 สถานที่นำส่งเด็ก 0 - 15 ปี ที่จมน้ำ คือ การนำส่งที่โรงพยาบาลปรางค์กู๋ ร้อยละ 77.40 ใช้รถยนต์ส่วนตัวเป็นยานพาหนะที่นำส่งเด็ก 0 - 15 ปี ที่จมน้ำ ร้อยละ 35.40 สาเหตุที่ทำให้เด็ก 0 - 15 ปี จมน้ำมากที่สุดคือ ผู้ปกครองเผลอเรอ ร้อยละ 41.30 การจัดแหล่งน้ำเพื่อความปลอดภัยหลังเกิดเหตุการณ์การจมน้ำและเสียชีวิต ส่วนใหญ่จะทำประชาคมและประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ ที่มีการจมน้ำ การนำอุปกรณ์ช่วยชีวิตมาไว้ข้างสระ และการถมสระ ร้อยละ 38.0 ตำบลที่มีเด็กจมน้ำมากที่สุดคือ ตำบลคู่อ้อย ร้อยละ 23.07 และตำบลที่มีเด็กจมน้ำเสียชีวิตมากที่สุดคือ ตำบลตำบลสมอและตำบลตูม ร้อยละ 15.38 ก่อนการดำเนินการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาเด็กจมน้ำโดยชุมชนสำรวจสภาพแวดล้อมจุดเสี่ยง/แหล่งน้ำเสี่ยงในชุมชน ในอำเภอปรางค์กู๋ ทั้งหมด 55 แหล่งน้ำเสี่ยง พบว่า จำนวนเด็กอายุ 0 - 2 ปี พบว่าในพื้นที่อำเภอปรางค์กู๋มีเด็กอายุ 0 - 2 ปี ที่อาศัยอยู่ใน 887 ครัวเรือน มีจำนวนเด็ก 902 คน และมีการใช้คอกเด็ก 236 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 26.60 และมีเด็กอายุ 3-5 ปี มีจำนวน 2,291 คน ซึ่งเป็นเด็กที่อยู่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ยังไม่มีการสอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง เด็กอายุ 6 - 15 ปี มีจำนวน 8,722 คน ว่ายน้ำเป็นเพียง ร้อยละ 2.90 ว่ายน้ำไม่เป็น ร้อยละ 97.09 ผ่านการสอนหลักสูตรการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ร้อยละ 22.95 ยังไม่ผ่านการสอนหลักสูตรการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ร้อยละ 77.42 ปัญหาที่พบในพื้นที่คือ ขาดการจัดการสิ่งแวดล้อม และแหล่งน้ำเสี่ยงที่มีอยู่ในชุมชน และขาดการจัดการอย่างครอบคลุม เช่น ป้ายเตือนภัย คำเตือน การสร้างรั้ว และอุปกรณ์การช่วยเหลือชีวิตยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และการจัดอุปกรณ์ช่วยเหลือคนจมน้ำยังไม่เหมาะสม ผู้ปกครองไม่มีการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงที่อยู่ในบ้าน เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ยังขาดทักษะการช่วยชีวิต ความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำและการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ผู้ปกครองเผลอเรอ ปล่อยให้เด็กอยู่ตามลำพังในช่วงที่ทำการกรบบางอย่างช่วงเวลาสั้นๆ ความคึกคะนอง อยากรู้อยากลองของเด็ก แอบไปเล่นน้ำตามลำพังโดยที่ไม่มีผู้ใหญ่คอยดูแล และเด็กไม่ปฏิบัติตามป้ายเตือน ยังไม่มีมาตรการชุมชน เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำในเด็ก ยังขาดการประชาสัมพันธ์เรื่องการป้องกันการจมน้ำ

ในการวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนา รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาลมพิษในเด็ก โดยความร่วมมือของชุมชน อำเภอปรางค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ชุมชนได้มีมาตรการ มีการจัดสภาพแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและที่บ้านให้ปลอดภัย ป้องกันเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการจมน้ำในสถานบริการสาธารณสุขหรือในชุมชนหรือในโรงเรียน จัดอบรมครูทุกโรงเรียน และครูพี่เลี้ยง ทุกศูนย์และผู้ปกครองเด็ก เกี่ยวกับความรู้การป้องกันการจมน้ำ การใช้คอกเด็กและการจัดให้เด็กมีพื้นที่เล่นปลอดภัย มีการอบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ให้แก่คนในชุมชนและเด็ก จัดให้มีการสอนหลักสูตรการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด จัดให้มีช่องทางประชาสัมพันธ์การป้องกันการจมน้ำทุกรูปแบบ มีการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการของชุมชน กำหนดให้ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ตำรวจบ้าน สมาชิกในครอบครัว ทำหน้าที่ตักเตือนเด็กที่ไปเล่นน้ำ และต้องแจ้งผู้ปกครองเด็กให้ทราบเมื่อพบเด็กไปเล่นน้ำ กรณีเด็กที่มีโรคประจำตัว เด็กที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการจมน้ำ ให้ผู้ปกครองทำหน้าที่เฝ้าระวังเด็กและเตือนเด็กเพื่อไม่ให้ไปเล่นน้ำตามลำพัง กรณีเด็กเล็กผู้ปกครองต้องดูแลให้อยู่ในสายตาตลอดเวลา จัดหาอุปกรณ์เพื่อช่วยชีวิตไว้ในแหล่งน้ำเสี่ยง อุปกรณ์ที่หาได้ในชุมชน เช่น ไม้ เชือก แกนลอน มะพร้าว เป็นต้น มีการจัดการแหล่งน้ำเสี่ยงในชุมชน ศูนย์เด็ก โรงเรียน และบ้านของตัวเองให้ปลอดภัย

จากผลการสร้างและพัฒนา รูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาลมพิษในเด็ก โดยความร่วมมือของชุมชน พบว่าชุมชนต้องมีการศึกษาชุมชนและวิเคราะห์ปัญหาในชุมชน และนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันในชุมชน เสริมพลังและสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในเขตพื้นที่อำเภอปรางค์ภู จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ นายอำเภอ ท้องถิ่นอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปรางค์ภู สาธารณสุขอำเภอปรางค์ภู ผู้กำกับสถานีตำรวจภูธรผู้แทนนายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกตำบล/เทศบาล ผู้อำนวยการโรงเรียนทุกโรงเรียน/ตัวแทน ผู้นำชุมชน หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือครูพี่เลี้ยงเด็กทุกแห่ง แกนนำเยาวชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน อาสาสมัครกู้ชีพ เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานการป้องกันอุบัติเหตุจากการจมน้ำทุก รพ.สต. โดยมีการรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ปัญหาร่วมกัน มีการร่วมกันสร้างรูปแบบหรือมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาลมพิษในเด็ก ให้ภาคีเครือข่ายและคนในชุมชนระดมความคิด วางแผน และกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันอย่างต่อเนื่องทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ มีการประเมินความเสี่ยง โดยภาคีเครือข่ายและคนในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพและความรุนแรงของปัญหาในชุมชน และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหามีการสื่อสารความเสี่ยง โดยมีการคืนข้อมูลสู่ชุมชนโดยสื่อสารในเวทีประชุมของหัวหน้าส่วนราชการ ผู้นำชุมชน ทางหอกระจายข่าว และช่องทางโซเชียลมีเดีย เพื่อให้ชุมชนตระหนัก และมีการรับรู้ข่าวสาร และทำให้ชุมชนได้มีการจัดทำแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาลมพิษในระยะยาว มีการจัดการความเสี่ยง โดยมีการระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน และองค์การบริหารปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาสนับสนุนในการจัดหาทรัพยากรในการขับเคลื่อนให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชน และมีการติดตามผลการดำเนินงานเพื่อให้เกิดการดำเนินตามมาตรการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การพัฒนาในรูปแบบ
การป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ
ก่อนการดำเนินการพัฒนารูปแบบและหลังการพัฒนาในรูปแบบ

ข้อความ	ก่อนดำเนินการพัฒนา รูปแบบ (n = 1,064)		หลังดำเนินการพัฒนา รูปแบบ (n = 1,064)		Mean Difference	C.I 95 %		t	P-value
	\bar{X}	S.D	\bar{X}	S.D		Lower	Upper		
แหล่งน้ำที่อาจทำให้ เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี จมน้ำได้	2.34	1.32	3.26	1.30	-0.91	-1.02	-0.80	-15.97	<0.001
แหล่งน้ำที่อาจทำให้ เด็กอายุ 3 ปี ขึ้นไปจมน้ำได้	2.82	1.05	3.51	0.91	-0.68	-0.77	-0.60	-16.06	<0.001
ความรู้ความปลอดภัยทางน้ำ	4.89	1.59	7.07	2.23	-2.17	-2.33	-2.00	-25.82	<0.001
ความรู้ทักษะการเอาชีวิตรอด ในน้ำ	2.67	0.88	3.40	1.23	-0.73	-0.82	-0.64	-15.81	<0.001

จากตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์การพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกจมน้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษพบว่าก่อนการดำเนินการพัฒนารูปแบบและหลังการพัฒนารูปแบบผลคะแนนความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ แหล่งน้ำที่อาจทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี จมน้ำได้ก่อนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกจมน้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 2.34 คะแนน (SD = 1.32) มีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกจมน้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 3.26 คะแนน (SD = 1.30) มีระดับความรู้อยู่ในระดับสูง โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ แหล่งน้ำที่อาจทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี จมน้ำได้ ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการป้องกันแก้ไขปัญหาลูกจมน้ำโดยชุมชนมีส่วนร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า หลังการใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนใช้รูปแบบ 0.91 คะแนน (95% CI: 0.80-1.02)

ผลคะแนนความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ แหล่งน้ำที่อาจทำให้เด็กอายุ 3 ปีขึ้นไปจมน้ำได้ พบว่า ก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกจมน้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป มีผลคะแนนความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ แหล่งน้ำที่อาจทำให้เด็กอายุ 3 ปีขึ้นไปจมน้ำได้ เฉลี่ย 2.82 คะแนน (SD = 1.05) ซึ่งมีความรู้อยู่ในระดับสูง หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป มีผลคะแนนความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ แหล่งน้ำที่อาจทำให้เด็กอายุ 3 ปีขึ้นไปจมน้ำได้ เฉลี่ย 3.51 คะแนน (SD=0.91) ซึ่งมีความรู้อยู่ในระดับสูง โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ แหล่งน้ำที่อาจทำให้เด็กอายุ 3 ปีขึ้นไปจมน้ำได้ ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการป้องกันแก้ไขปัญหาลูกจมน้ำโดยชุมชนมีส่วนร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า หลังการใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนใช้รูปแบบ 0.68 คะแนน (95 % CI : 0.60 - 0.77)

ผลคะแนนความรู้ความปลอดภัยทางน้ำ ก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกจมน้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เด็กอายุ 3 ปี ขึ้นไป มีผลคะแนนความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ เฉลี่ย 4.89 คะแนน (SD = 1.59) ซึ่งมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป มีผลคะแนนความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ เฉลี่ย 7.07 คะแนน (SD = 2.23) ซึ่งมีความรู้อยู่ในระดับสูง โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ความปลอดภัยทางน้ำ ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการป้องกันแก้ไขปัญหาลูกจมน้ำโดยชุมชนมีส่วนร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า หลังการใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนใช้รูปแบบ 2.17 คะแนน (95% CI: 2.00-2.33)

ผลคะแนนฝึกปฏิบัติทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ ก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกจมน้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เด็กอายุ 3 ปี ขึ้นไป มีผลคะแนนความรู้ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ เฉลี่ย 2.67 คะแนน ซึ่งมีความรู้อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88 หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบเด็กอายุ 3 ปี ขึ้นไป มีผลคะแนนความรู้ทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ เฉลี่ย 3.40 คะแนน ซึ่งมีความรู้อยู่ในระดับสูง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.23 โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้ความปลอดภัยทางน้ำ ก่อนและหลัง การใช้รูปแบบการป้องกันแก้ไขปัญหาลูกจมน้ำโดยชุมชนมีส่วนร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยพบว่า หลังการใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนใช้รูปแบบ 0.73 คะแนน (95 % CI : 0.64 - 0.82)

หลังดำเนินการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกจมน้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เด็กที่ฝึกปฏิบัติมีทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำในแต่ละท่าเพิ่มขึ้น ข้อที่เด็กมีทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำได้มากที่สุดคือข้อ 4 สามารถเกาะขวิดน้ำที่มลอยตัวได้นาน 3 นาที ร้อยละ 59.6 แต่เมื่อนำมาคิดเป็นค่าเฉลี่ยทักษะการฝึกปฏิบัติแล้ว เด็กยังมีทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำอยู่ในระดับน้อย ผลคะแนนการฝึกปฏิบัติทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำก่อนและหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบ มีเพียง 2 ทักษะเท่านั้นที่มีความแตกต่างจากก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คือ สามารถลอยตัวแบบนอนหงาย (แม่ชีลอยน้ำ) ได้นาน 3 นาที โดยหลังการใช้รูปแบบมีคะแนนทักษะสามารถลอยตัวแบบนอนหงายน้อยกว่าหลังใช้รูปแบบ 0.09 คะแนน (95% CI : 0.03-0.14) และในด้านของทักษะสามารถเกาะขวิดน้ำที่มลอยตัวได้นาน 3 นาทีพบว่าหลังการใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยทักษะสามารถเกาะขวิดน้ำที่มลอยตัวได้นาน 3 นาที มากกว่าก่อนใช้รูปแบบ 0.25 คะแนน (95% CI : 0.20 - 0.30)

การอภิปรายผล

ในการวิจัยระยะที่ 1 สภาพปัญหาในชุมชนก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกจมน้ำโดยชุมชนมีส่วนร่วม ต้องมีการศึกษาชุมชน ศึกษาเอกสาร ข้อมูล และรวบรวมรายงานที่เกี่ยวข้อง และศึกษาปัจจัยด้านบุคคล (Host), ปัจจัยด้านตัวก่อโรคหรือภัย (Agent), ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) เพื่อให้ชุมชนตระหนักและทราบความรุนแรงของปัญหา และนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันเพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกจมน้ำโดยชุมชนมีส่วนร่วมสอดคล้องกับส้ม เอกเฉลิมเกียรติ และสุชาติ เกิดมงคลการ (2551 : 247 - 256) ได้ศึกษาสถานการณ์และมาตรการป้องกันการจมน้ำของเด็กในประเทศไทย พบว่า 1) สถานการณ์จมน้ำของเด็ก จากการสำรวจ การจมน้ำเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งในเด็กอายุ 1 - 17 ปี 2) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เพศและอายุ เด็กชายเสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการจมน้ำมากกว่าเด็กหญิง กลุ่มที่พบว่าจมน้ำสูงสุด คือ 5 - 9 ปี สถานที่และช่วงเวลา พบว่าแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุ คือ เด็ก 1 - 4 ปี จะพบมากในแหล่งน้ำภายในบ้าน (อ่างน้ำ ถังน้ำ กะละมัง) และสระน้ำ ขณะที่เด็กอายุ 5 - 17 ปี จะพบมากในแหล่งน้ำตามธรรมชาติ เช่น แม่น้ำ คลอง ทะเล มหาสมุทร ส่วนช่วงที่พบว่ามีการจมน้ำมากคือช่วงเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม และช่วงเวลา 12.00 น. - 18.00 น.

ในการวิจัยระยะที่ 2 การสร้างและพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกจมน้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เมื่อชุมชนทราบและตระหนักถึงปัญหาแล้วต้องมาวางแผนระดมความคิดช่วยกันแก้ไขปัญหาลูกจมน้ำในหาชุมชน เสริมพลังและสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายมีการประเมินความเสี่ยง โดยภาคีเครือข่ายและคนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สถานการณ์ สภาพและความรุนแรงของปัญหาในชุมชน และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหามีการสื่อสารความเสี่ยง โดยมีการคืนข้อมูลสู่ชุมชนโดยสื่อสารในเวทีประชุมของหัวหน้าส่วนราชการ ผู้นำชุมชน ทางหอกระจายข่าว และช่องทางโซเชียลมีเดีย เพื่อให้ชุมชนตระหนัก และมีการรับรู้ข่าวสาร และทำให้ชุมชนได้มีการจัดทำแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกจมน้ำในระยะยาว มีการจัดการความเสี่ยง โดยมีการระดมทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน และองค์การบริหารปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามาสนับสนุนในการจัดหาทรัพยากรในการขับเคลื่อนให้สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของชุมชน และมีการติดตามผลการดำเนินงาน

เพื่อให้เกิดการดำเนินงานตามมาตรการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนสอดคล้องกับการศึกษาของ สัม เอกเฉลิมเกียรติ และ สุชาติา เกิดมงคลการ (2551 : 247 - 256) ได้ศึกษาสถานการณ์และมาตรการป้องกันการจมน้ำของเด็กในประเทศไทย พบว่ามาตรการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการจมน้ำของเด็กในประเทศไทย ยังมีนโยบายและแผนดำเนินงานที่ชัดเจน กระทรวงสาธารณสุขจึงดำเนินการผลักดันให้เกิดนโยบายและกิจกรรมแนวทางเพื่อป้องกันการจมน้ำ คือ 1) การศึกษา/การมีส่วนร่วม/การประชาสัมพันธ์ 2) นโยบาย/กฎหมาย/ระเบียบ/ข้อบังคับ 3) การเฝ้าระวัง/สอบสวน/จัดการสิ่งแวดล้อม และมีข้อเสนอแนะ 7 ข้อ คือ 1) ส่งเสริมสนับสนุนให้มีหลักสูตรการป้องกันการจมน้ำ 2) บรรจุเรื่องการป้องกันการจมน้ำ การสนับสนุนความรู้และการกู้ชีพเป็นนโยบายและแผน การดำเนินงานท้องถิ่น 3) รณรงค์และประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างความตระหนัก 4) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ในการกำหนดข้อบังคับ มาตรการ บทลงโทษในเรื่องความปลอดภัยทางน้ำ 5) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ท้องถิ่น จัดให้มีสระว่ายน้ำที่ได้มาตรฐานปลอดภัยโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น 6) ให้ชุมชน/ประชาชนมีส่วนร่วม ในการเฝ้าระวังเด็กจมน้ำและสามารถนำข้อมูลไปใช้แก้ไขปัญหา 7) กำหนดให้มีการสอบสวนการเสียชีวิตจากการจมน้ำตายทุกรายโดยทีม Surveillance and Rapid Response Team (SRRT) และให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

ในการวิจัยระยะที่ 3 การประเมินผลสำเร็จหลังการดำเนินการวิจัย พบว่าชุมชนทราบถึงสถานการณ์ ความรุนแรงของปัญหาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำในชุมชน มีการวางแผนร่วมกัน มีการระดมความคิดเห็น เพื่อปรับปรุงและแก้ไขปัญหา รวมทั้งวางมาตรการเพื่อจัดการความเสี่ยงและป้องกันความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น มีการปฏิบัติตามมาตรการที่วางไว้ มีการประเมินผลการดำเนินงานของชุมชนว่าบรรลุวัตถุประสงค์ตามความต้องการของชุมชนหรือไม่ จากสรุปผลการประเมินการพัฒนารูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำโดย การมีส่วนร่วมมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าชุมชนทุกแห่งมี แผนงาน/โครงการ การแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ ของทุกพื้นที่ มีการประชุมคณะกรรมการควบคุมโรคเข้มแข็งระดับอำเภอ และประชุม คณะกรรมการป้องกันการจมน้ำอย่างต่อเนื่อง มีการร่วม sharing ทรัพยากรในพื้นที่ ในด้านงบประมาณ บุคลากร อุปกรณ์และสิ่งของ มีการเก็บรวบรวมข้อมูล สถานการณ์ของเด็กจมน้ำในชุมชน และการใช้ประโยชน์จากข้อมูล ค้นข้อมูลสู่ชุมชน เพื่อนำมาวางแผนแก้ไขปัญหาในชุมชนมีการสำรวจแหล่งน้ำเสี่ยงและการจัดการสิ่งแวดล้อม บริเวณแหล่งน้ำเสี่ยง มีการจัดสภาพแวดล้อมในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและที่บ้านให้ปลอดภัย ป้องกันเด็กเสียชีวิตจากการจมน้ำ มีการสอนและให้คำแนะนำแก่ครูพี่เลี้ยง การสอนให้เด็กรู้จักแหล่งน้ำเสี่ยง การจัดพื้นที่ปลอดภัย สำหรับให้เด็กผู้ปกครองมีการใช้คอกเด็กเพิ่มขึ้น มีการอบรมให้ความรู้แก่นักเรียนในโรงเรียนโดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข มีการสอนครูทุกโรงเรียน ครูพี่เลี้ยงทุกศูนย์ และผู้ปกครองเด็ก เกี่ยวกับความรู้การป้องกันการจมน้ำ การใช้คอกเด็กและการจัดให้เด็กมีพื้นที่เล่นปลอดภัย มีการอบรมเกี่ยวกับการช่วยฟื้นคืนชีพ (CPR) ให้แก่ คนในชุมชนและเด็ก โดยบูรณาการกับโครงการต่างๆ เช่น การอบรม อสม. การอบรมอาสาสมัครชุมชน การอบรม อาสาสมัครกู้ชีพ อบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้นแก่นักเรียนโรงเรียนต่าง ๆ จัดให้มีการสอนหลักสูตรการว่ายน้ำ เพื่อเอาชีวิตรอดแก่เด็กนักเรียนในเขตอำเภอปรางค์กู่ โดยความร่วมมือของพื้นที่การศึกษา ศรีสะเกษเขต 3 โรงเรียน ระดับประถมศึกษาและขยายโอกาส อบต. และที่มวิทยากรครูช. การจัดหาและแนวทางการสนับสนุนให้มีช่องทาง การประชาสัมพันธ์การป้องกันการจมน้ำทุกรูปแบบ เช่น จัดนิทรรศการป้องกันการจมน้ำ การเดินรณรงค์การป้องกันการจมน้ำในชุมชนโดยนักเรียนและผู้ปกครอง มีการติดตามการปฏิบัติตามมาตรการของชุมชน มีมติชุมชนของ

อำเภอปรังคัง จังหวัดศรีสะเกษ กำหนดให้ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ตำรวจบ้าน สมาชิกในครอบครัว ทำหน้าที่ตักเตือนเด็กที่ไปเล่นน้ำ และต้องแจ้งผู้ปกครองเด็กให้ทราบเมื่อพบเด็กไปเล่นน้ำ กรณีเด็กที่มีโรคประจำตัว เด็กที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการจมน้ำ ให้ผู้ปกครองทำหน้าที่เฝ้าระวังเด็กและเตือนเด็กเพื่อไม่ให้ไปเล่นน้ำตามลำพัง กรณีเด็กเล็กผู้ปกครองต้องดูแลให้อยู่ในสายตาตลอดเวลาที่มีการจัดหาอุปกรณ์เพื่อช่วยชีวิตไว้ในแหล่งน้ำเสี่ยง อุปกรณ์ที่หาได้ในชุมชน เช่น ไม้ เชือก แกนลอน มะพร้าว เป็นต้น

การสรุปผลการดำเนินงาน/ และศึกษาวิจัย ผลคะแนนระดับความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ แหล่งน้ำที่อาจทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี จมน้ำได้ ก่อนและหลังดำเนินการพัฒนารูปแบบป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กจมน้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 คือ 1) ระดับความรู้เรื่องความปลอดภัยทางน้ำ แหล่งน้ำที่อาจทำให้เด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป จมน้ำได้ 2) ความรู้ความปลอดภัยทางน้ำ 3) การฝึกปฏิบัติทักษะการเอาชีวิตรอดในน้ำ สอดคล้องกับ เกศรา แสนศิริพิสุทธิ์ (2555 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการจมน้ำโดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การพัฒนาเครือข่ายในการเฝ้าระวังโดยยึดการมีส่วนร่วมของบุคคล 4 ฝ่าย ได้แก่ ฝ่ายภาครัฐ ฝ่ายแกนนำ รวมถึงอาสาสมัครชุมชน ฝ่ายประชาชน และฝ่ายวิชาการ โดยใช้แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ เป็นเครื่องมือในการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังเริ่มต้นจากการศึกษาวิเคราะห์สภาพปัญหา นำมาออกแบบ และทดลองใช้ในระย่นำร่องตลอดจนนำผลที่ได้มาปรับปรุง พัฒนา และทดลองใช้กับสภาพจริง เพื่อทดสอบประสิทธิผลและประสิทธิภาพ ก่อนแก้ไข ปรับปรุงและเผยแพร่ ทำให้ได้ระบบเฝ้าระวังการจมน้ำที่มีความไว มีโครงสร้างและกลไกในการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง เน้นการทำงานเชิงรุกก่อนเกิดเหตุครอบคลุมปัจจัยเสี่ยง และกลุ่มประชากรที่เป็นคนนอกพื้นที่ มีภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสิ่งแวดล้อม และประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการเฝ้าระวัง มีการบูรณาการเข้ากับการปฏิบัติงานปกติ มีการใช้กลไกวงจรปิดช่วยในการเฝ้าระวังผลจากข้อมูลในระบบเฝ้าระวัง ทำให้ การว่ายน้ำเป็นเพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 52.0 การเตรียมความพร้อมในการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุของอาสาสมัคร ร้อยละ 87.9 การจัดการแหล่งน้ำให้ปลอดภัย ร้อยละ 88.4 ระบบเฝ้าระวังการจมน้ำที่พัฒนาขึ้นสามารถช่วยเหลือผู้ประสบเหตุได้อย่างทันท่วงที (ร้อยละ 90 ของจำนวนผู้ประสบเหตุทั้งหมด)

ข้อเสนอการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การพัฒนาแนวทางการแก้ไขปัญหาโดยชุมชนมีส่วนร่วม นั้น เป็นกระบวนการสร้างสรรค์ผลงานการบริหารจัดการปัญหา การคิด การลงมือปฏิบัติร่วมกัน ทำให้การแก้ไขปัญหาได้อย่างยั่งยืน จึงเป็นแนวทางที่ดีที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตลอดจนหน่วยงานที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาชุมชน ควรนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาในชุมชนต่อไป

2. การฝึกอบรมทักษะการว่ายน้ำให้กับเด็ก รวมถึงการพัฒนาครู ก ข เป็นแนวทางที่ดีที่สามารถช่วยให้เด็กมีความรู้ ทักษะการว่ายน้ำเพื่อเอาชีวิตรอด ทักษะว่ายน้ำและวิธีการช่วยเหลือผู้ประสบเหตุที่ถูกต้อง อันจะเป็นการช่วยลดปัญหาการจมน้ำในเด็กที่ตรงที่สุด เพราะเด็กได้เกิดทักษะและติดตัวไปตลอด

ข้อเสนอการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำรูปแบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกจมน้ำ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ ที่พัฒนาขึ้นไปเป็นข้อเสนอเชิงนโยบายต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นโครงการหรือยุทธศาสตร์การพัฒนาคุณภาพชีวิต ภายใต้แผนพัฒนาท้องถิ่นเพื่อสร้างพฤติกรรมที่ปลอดภัยและจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชนให้ปลอดภัย เพื่อป้องกันเด็กจมน้ำที่ยั่งยืน และควรนำไปปรับใช้สำหรับชุมชนที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาให้ครอบคลุมถึงการเฝ้าระวังให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ กลุ่มเสี่ยงจมน้ำที่มีวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับแหล่งน้ำ กลุ่มคนหาปลา หรือเมาสู่รา เพราะต้องมีการเตรียมพร้อมโดยต้องมีอุปกรณ์ช่วยชีวิตติดตัวไว้เสมอ

เอกสารอ้างอิง

เกศรา แสนศิริทิวสุข. การพัฒนาระบบเฝ้าระวังเพื่อป้องกันการจมน้ำโดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิตกิตติมศักดิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555.

เกศรา แสนศิริ ทิวสุข ณพพร สีหะวงษ์ และสุชสันต์ กองสะอาด. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความปลอดภัยจากการบาดเจ็บจมน้ำและการจมน้ำโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลคอนกาม อำเภอขามเฒ่า จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 25, 5 : 812 - 822., 2559.

พรชัย งามสิทธิฤกษ์ และคณะ. การวิเคราะห์เหตุการณ์เสียชีวิตจากการจมน้ำในเด็ก จังหวัดน่าน. วารสารโรงพยาบาลน่าน. 73, 7 : 6 - 7., 2557.

ส้ม เอกเฉลิมเกียรติ และ สุชาดา เกิดมงคลการ. รูปแบบการป้องกันการป้องกันจมน้ำของเด็กในพื้นที่น้ำร่อง ระยะที่ 1. กลุ่มเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. 1, 63 : 247 - 256., 2551.

_____. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2553.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอปรางค์กู่. รายงานข้อมูลการเสียชีวิตจากการจมน้ำ สถานการณ์การตกรน้ำ จมน้ำของเด็กในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ; 2552.

ผลิตโดย

กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ : 0 2193 7000 ต่อ 18710 **Website** : www.phc.moph.go.th

