

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

๑. เรื่องประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ ให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (Covid-๑๙) เข็มที่ ๓ ของประชากรอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ

วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ถึงวันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๗

๓. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

๓.๑ ความรู้ทางวิชาการเรื่องโรคโคโรนาไวรัส (COVID-๑๙) และวัคซีนป้องกันโรคโคโรนาไวรัส

๓.๑.๑ ความเป็นมาของโรคโคโรนาไวรัส (COVID-๑๙) เป็นไวรัสในสัตว์ มีหลายสายพันธุ์ โดยปกติไม่ก่อโรคในคน แต่เมื่อกลายพันธุ์เป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ก่อโรคในมนุษย์ได้ (ซึ่งมักเกิดจากการจัดการที่ผิดธรรมชาติโดยมนุษย์) ในขณะที่มนุษย์ยังไม่รู้จักและไม่มีภูมิคุ้มกัน ก็เกิดการระบาดของโรคในคน โรคโควิด-๑๙ (COVID-๑๙, ย่อจาก Coronavirus disease ๒๐๑๙) เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากเชื้อโคโรนาไวรัสซึ่งมีชื่อทางการว่า SARS-CoV-๒ ทำให้เกิด ไข้ ไอ และอาจมีปอดอักเสบ เริ่มพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อเดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ (ค.ศ. ๒๐๑๙) ที่เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ภาคกลางของประเทศจีน ซึ่งเป็นเมืองใหญ่มีผู้คนหนาแน่น จึงเกิดการระบาดใหญ่ได้รวดเร็ว การดูแลรักษาเป็นไปอย่างฉุกเฉิน มีคนป่วยหนักและตายมากเกินที่ควรจะเป็น จนประเทศจีนต้องปิดเมืองและปิดประเทศ ต่อมาขณะนี้ประเทศจีนสามารถควบคุมได้ จนแทบจะไม่มีผู้ป่วยรายใหม่ แต่โดยธรรมชาติแล้วจะยังมีผู้ที่ติดเชื้ออยู่ ผู้ป่วยรายแรกที่ได้รับการรักษาในประเทศไทย เมื่อวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๓ เป็น คนจีนที่รับเชื้อจากการระบาดในประเทศจีน และได้เดินทางมาประเทศไทย หลังจากนั้น มีผู้ป่วยอีกหลายรายที่มาจากประเทศอื่น ส่วนผู้ป่วยที่ติดเชื้อในประเทศไทยรายแรก มีการรายงานเมื่อ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๓ โรคโควิด-๑๙ ได้ระบาดไปทั่วโลกแล้ว ๑๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ได้มีการกำหนดชื่อโรคและชื่อไวรัสอย่างเป็นทางการดังนี้ โรคโคโรนาไวรัส COVID-๑๙ (Corona Virus Disease ๒๐๑๙) กำหนดชื่อโดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ไวรัส SARS-CoV-๒ (Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus ๒) กำหนดชื่อโดยคณะกรรมการระหว่างประเทศว่าด้วยอนุกรมวิธานของไวรัส (ICTV) โดยที่ช่วงแรกของการระบาด ชื่ออย่างไม่เป็นทางการ เช่น ไวรัสอู่ฮั่น ๒๐๑๙-nCoV (๒๐๑๙ novel coronavirus หรือไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ๒๐๑๙) แต่มักจะเรียกกันง่ายๆว่า ไวรัสโควิด ๑๙

๓.๑.๒ แหล่งแพร่เชื้อโคโรนาไวรัส(COVID-๑๙) คาดว่าเริ่มจากสัตว์ป่าที่นำมาขายในตลาดสดเมืองอู่ฮั่น ประเทศจีน ซึ่งคนไปสัมผัสและนำมาเผยแพร่ต่อ โดยเริ่มจากไวรัสจากค้างคาวที่มีการผสมพันธุ์กับไวรัสอื่น และกลายพันธุ์จนคนที่สัมผัสแล้วแพร่สู่คนอื่น ทางสังคตหลังจากทางเดินหายใจ ขั้นตอนจากการรับเชื้อถึงการป่วย ประกอบด้วย การสัมผัสเชื้อโรค การรับเชื้อ การติดเชื้อ และการป่วย ผู้สัมผัสเชื้อโรค (contact) หมายถึง ผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อหรืออาจจะสัมผัสกับเชื้อที่ออกมาจากสิ่ง คัดหลังจากระบบหายใจของผู้ป่วย (น้ำลาย เสมหะ น้ำมูก) แล้วอาจจะนำเข้าสู่ ร่างกายทางปาก จมูก ตา (อวัยวะที่มีเยื่อเมือกบุ) โดยได้อยู่ในชุมชนที่มีผู้ป่วยอยู่ด้วย โดยไม่ระมัดระวังเพียงพอ หากมีการสัมผัสดังกล่าวก็อาจเกิดการติดเชื้อตามมา และเป็นแหล่งแพร่เชื้อต่อไปได้ ผู้ที่ต้องเฝ้าระวังในระยะนี้ (มี.ค. ๖๓) ได้แก่ ผู้สัมผัสหรืออาจจะสัมผัสโรค โดยมีประวัติอย่างใดอย่างหนึ่งในช่วงเวลา ๑๔ วันก่อนหน้านี

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

(คือ ระยะพักตัวที่ยาวที่สุด ของโรค คือ ติดเชื้อแล้วแต่ยังไม่มีอาการป่วย) ดังต่อไปนี้คือมีประวัติเดินทางไปยังหรือมาจาก/หรืออยู่อาศัย ในพื้นที่ที่มีรายงานการระบาดหรือเป็นผู้สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ที่มีรายงานการระบาด มีประวัติใกล้ชิดหรือสัมผัสกับผู้ที่ย้ายหรือได้รับการตรวจยืนยันว่าติดเชื้อ ผลจากการสัมผัสกับเชื้อโรค ผู้ที่สัมผัสกับเชื้อโรคโควิด-๑๙ หากได้รับเชื้อโรคมามีผลเป็นพาหะของเชื้อ คือ ผู้ที่รับเชื้อโรคแต่ไม่เกิดการติดเชื้อ ซึ่งเชื้อมักจะติดมาทางมือ หรือเป็นผู้ติดเชื้อ คือ ผู้ที่ตรวจพบเชื้อ และมีปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ ซึ่งตรวจพบ ได้ทางการตรวจเลือด แบ่งเป็นผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการ หรือเป็นผู้ป่วย หรือ ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ซึ่งอาจจะมีอาการน้อยหรือมาก

๓.๑.๓ ลักษณะของโรค COVID-๑๙ การวินิจฉัย และการรักษา การติดเชื้อทางเดินหายใจจากไวรัส ระบบทางเดินหายใจเริ่มจากจมูกลงไปถึงถุงลมในปอด แบ่งออกเป็นทางเดิน หายใจส่วนบน (จมูก โพรงรอบจมูกหรือไซนัส กล่องเสียง) และส่วนล่าง (หลอดลม และปอด) ความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อที่ทางเดินหายใจส่วนบนจะไม่รุนแรงเท่าการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง ไวรัสที่ขอบทางเดินหายใจส่วนล่างจึงก่อโรครุนแรงกว่า ความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อไวรัสที่ทางเดินหายใจ เป็นผลจากที่ไวรัสเข้าไปแบ่งตัวในเซลล์ของทางเดินหายใจ และเกิดปฏิกิริยาต่อต้านจากร่างกาย ความรุนแรงของโรคนาน้อย ขึ้นอยู่กับ ลักษณะเฉพาะตัวของไวรัส และปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อ เพื่อกำจัดไวรัส ซึ่งอาจก่อให้เกิดการอักเสบมากเกินไป และหากกระบวนการยับยั้งไม่ดี ก็จะทำให้โรครุนแรง ปัจจัยที่มีผลต่อระยะพักตัว ได้แก่ ปริมาณของเชื้อไวรัสที่ได้รับ ถ้ามากจะทำให้เกิดโรคเร็ว คือระยะพักตัวสั้น ทางเข้าของเชื้อโรค เช่น ไวรัส COVID-๑๙ หากเข้าสู่ปอดโดยตรงทางจมูก และปาก จะเกิดโรคเร็วกว่าการรับเชื้อทางเยื่อตา ความเร็วของการเพิ่มจำนวนไวรัสในร่างกายมนุษย์ สุขภาพของผู้ที่ได้รับเชื้อ และปฏิกิริยาทางภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อต่อไวรัส ซึ่งมีผลทั้งในการกำจัดเชื้อ และการอักเสบซึ่งมีผลให้เกิดอาการของโรค เช่น ไข้ ไอ หอบ อาการป่วย (Symptoms) โดยทั่วไป ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ มีอาการ “ไข้ และ ไอ” เป็น พื้นฐาน ส่วนความรุนแรงของโรคขึ้นอยู่กับปริมาณไวรัสที่ได้รับเข้าทางเดินหายใจ ปัจจัยทางผู้ติดเชื้อ เช่น สุขภาพ โรคประจำตัว ปฏิกิริยาภูมิคุ้มกัน การปฏิบัติตน เมื่อเริ่มป่วย และการดูแลรักษาเมื่อติดเชื้อและป่วย

๓.๑.๔ การวินิจฉัยโรคและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

๑. ข้อมูลจากประวัติอาการผิดปกติและการสัมผัสโรค

๑.๑ ประวัติอาการไม่สบาย ผลการตรวจร่างกาย และการตรวจแล็บพื้นฐาน

๑.๒ ประวัติสัมผัสโรค ตามที่กล่าวแล้วในเรื่องผู้สัมผัส

๒. การตรวจหาไวรัส SARS-CoV-๒ (หรือ ไวรัส covid ๑๙) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการควบคุมการแพร่ระบาดและการพิจารณาใช้ยาต้านไวรัสที่ตรงกับชนิดของเชื้อ

๓. การวิจัยเพื่อใช้ในการควบคุมโรค และการรักษา การติดตามดูการเปลี่ยนแปลงของไวรัส การตรวจ มีการพัฒนาการตรวจเพิ่มเติมและดีขึ้นเรื่อยๆ เก็บส่งตรวจสารที่เก็บจากด้านในของจมูกและคอหอย โดยการเก็บตรวจอย่างถูกต้องตามเลือด หรือใช้วิธีการตรวจ RT-PCR for coronavirus จากสิ่งส่งตรวจจากทางเดินหายใจ เป็นการตรวจหลักในปัจจุบัน ซึ่งเป็นการตรวจระดับโมเลกุล และการตรวจปอดด้วยภาพรังสี (Chest X-ray, CT- Chest) ในช่วงที่มีการระบาดหนักในประเทศจีนจนการตรวจทางโมเลกุลรับไม่ไหว ได้มีการแนะนำการตรวจปอดด้วยภาพเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ เพื่อการวินิจฉัย COVID-๑๙ อาจพิจารณาเป็นส่วนประกอบของการวินิจฉัยทางการแพทย์

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๓.๑.๕ การรักษา การรักษาทั่วไป:

๑. พักผ่อนทันทีที่เริ่มป่วย และพักผ่อนให้พอ ให้ร่างกายอบอุ่น กินอาหาร และดื่มน้ำให้เพียงพอ รักษาตามอาการ เช่น ลดไข้

๒. ปรึกษาแพทย์ เพื่อการดูแลรักษา ถ้าเป็นผู้เสี่ยงต่อการที่จะป่วย รุนแรง เช่น ผู้สูงอายุ ผู้มีโรคประจำตัว หญิงมีครรภ์ หรือมีอาการหนัก

๓. ผู้ป่วยที่มีอาการน้อย สามารถรักษาตัวที่บ้าน ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก ต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ในระยะที่ผู้ติดเชื้อยังไม่มากเกินกำลังควบคุมดูแล มีข้อกำหนดให้รับผู้ติดเชื้อไว้ในสถานพยาบาลทั้งหมด เพื่อการดูแลรักษาและป้องกันการแพร่เชื้อ

การรักษาเฉพาะโรค: อาจพิจารณาให้ยาต้านไวรัสต่อไวรัสในรายที่เข้าเกณฑ์ มุ่งเน้นเรื่องการป้องกัน และในระยะที่ควบคุมการระบาด ต้องรายงานเจ้าพนักงานทราบทันทีเพื่อควบคุมและป้องกันการแพร่เชื้อให้คนอื่น

๓.๒ วัคซีน (Vaccine) คืออะไร

วัคซีน คือ ยาหรือสารชนิดหนึ่งที่ฉีดเข้าไปในร่างกาย และทำให้ร่างกายเพื่อให้ร่างกายเกิดการสร้างภูมิคุ้มกันที่จะไปต่อสู้กับเชื้อโรคได้ วัคซีนที่เกี่ยวกับโควิด-๑๙ จะแบ่งออกเป็น ๔ ชนิด

๑. mRNA Vaccine ย่อมาจาก messenger Ribonucleic Acid หรือวัคซีนชนิดสารพันธุกรรม วัคซีนกลุ่มนี้ ใช้เทคโนโลยีใหม่สังเคราะห์สารพันธุกรรมเอ็มอาร์เอ็นเอ (messenger RNA: mRNA) ที่เฉพาะเจาะจงกับเชื้อไวรัส วัคซีนจะทำหน้าที่พา mRNA เข้าเซลล์ และ กำกับให้เซลล์ผลิตสารโปรตีนสไปค์ของเชื้อไวรัส ซึ่งโปรตีนนี้จะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายให้สร้างแอนติบอดีขึ้นมาต่อต้านเชื้อ วัคซีนที่มีใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ วัคซีนของบริษัท Pfizer และ Moderna ซึ่งปัจจุบันวัคซีน mRNA ถือเป็น วัคซีนโควิด-๑๙ ที่ทั่วโลกนิยมใช้มากที่สุด

๒. วัคซีนที่ใช้ไวรัสเป็นพาหะ Recombinant Viral vector vaccine เป็นวัคซีนโควิด-๑๙ ที่ใช้ไวรัสตัวอื่นเป็นพาหะ แล้วฉีดเข้าไปในร่างกายมนุษย์ พัฒนาโดยการนำไวรัสที่ถูกทำให้อ่อนฤทธิ์ลง แล้ว หรือไม่สามารถแบ่งตัวได้อีกมาดัดแปลงพันธุกรรมเพื่อใช้เป็นพาหะ แล้วฝากสารพันธุกรรมของโควิด-๑๙ เข้าไป ทำให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันขึ้นมา ซึ่งเทคนิคนี้เป็นวิธีที่สามารถกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดี เนื่องจากเลียนแบบการติดเชื้อที่ใกล้เคียงธรรมชาติ วัคซีนชนิด Viral vector ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ AstraZeneca (แอสตราเซนเนกา) ,บริษัท จอห์นสัน แอนด์ จอห์นสัน

๓. วัคซีนที่ทำจากโปรตีนส่วนหนึ่งของเชื้อ (Protein subunit vaccine) เป็นวัคซีนที่เลียนแบบสไปร์โพรตีน หรือหนามแหลมของไวรัส โดยอาศัยสิ่งมีชีวิตอื่นสร้างขึ้นมา เช่น แบคทีเรีย ยีสต์ หรือพืช วัคซีนที่ผลิตโดยเทคโนโลยีนี้ ทั่วโลกมีความคุ้นเคยมานาน เพราะใช้ในการผลิตวัคซีนหลายชนิด เช่น วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น ผลิตโดยการ สร้างโปรตีนของเชื้อไวรัส ด้วยระบบ cell culture, yeast, baculovirus เป็นต้น แล้วนำมาผสมกับสารกระตุ้นภูมิ เมื่อฉีดเข้าสู่ร่างกายจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างแอนติบอดีต่อต้านโปรตีนสไปค์ของไวรัสโรคโควิด๑๙ วัคซีนที่มีใช้ในปัจจุบันคือ วัคซีนแบรนด์ Novavax ซึ่งผลิตจาก baculovirus และใช้ Matrix M เป็นตัวกระตุ้นภูมิ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๔. วัคซีนชนิดเชื้อตาย (Inactivated vaccine) วัคซีนกลุ่มนี้ผลิตโดยนำไวรัสโรคโควิด-๑๙ มาเลี้ยงขยายจำนวนมาก และนำมาทำให้เชื้อตาย การฉีดวัคซีนจะกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อไวรัสทุกส่วน เสมือนได้รับเชื้อไวรัสโดยตรงแต่ไม่ทำให้เกิดโรค เพราะเชื้อตายแล้ว เทคโนโลยีนี้เป็นวิธีที่ใช้กับวัคซีนตัวอีกเสบเอ โปลิโอชนิดฉีด จึงมีความคุ้นเคยในประสิทธิภาพและความปลอดภัยมานาน แต่เนื่องจากการเพาะเลี้ยงไวรัสต้องใช้ความระมัดระวังมาก ทำให้ผลิตได้ช้าและมีราคาแพง วัคซีนที่มีใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ วัคซีนซิโนแวค (Sinovac) และวัคซีนซิโนฟาร์ม (Sinopharm) วัคซีนโควิด-๑๙ ที่นำมาใช้ในประเทศไทย ๕ ยี่ห้อ ได้แก่ วัคซีนซิโนแวค (Sinovac) , วัคซีนซิโนฟาร์ม (Sinopharm) , วัคซีนแอสตราเซนเนกา (AstraZeneca), วัคซีนไฟเซอร์ (Pfizer) และ วัคซีนโมเดอร์นา (Moderna)

๓.๓ ทฤษฎีการเรียนรู้

๓.๓.๑ ทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม Bloom's Taxonomy

กล่าวถึงการจำแนกการเรียนรู้ตามทฤษฎีของบลูม ซึ่งแบ่งเป็น ๓ ด้าน คือ ด้านพุทธิพิสัย ด้านจิตพิสัย และด้านทักษะพิสัย โดยในแต่ละด้านจะมีการจำแนกระดับความสามารถจากต่ำสุดไปถึงสูงสุด เช่น ด้านพุทธิพิสัย เริ่มจากความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ การประเมิน นอกจากนี้ยังนำเสนอระดับความสามารถที่มีการปรับปรุงใหม่ตามแนวคิดของ Anderson and Krathwohl (๒๐๐๑) เป็น การจำ(Remembering) การเข้าใจ(Understanding) การประยุกต์ใช้ (Applying) การวิเคราะห์ (Analysing) การประเมินผล (Evaluating) และการสร้างสรรค์ (Creating) ด้านจิตพิสัย จำแนกเป็น การรับรู้, การตอบสนอง, การสร้างค่านิยม, การจัดระบบ และการสร้างคุณลักษณะจากค่านิยม ด้านทักษะพิสัย จำแนกเป็น ทักษะการเคลื่อนไหวของร่างกาย, ทักษะการเคลื่อนไหวไวระสองส่วนหรือมากกว่าพร้อมๆกัน, ทักษะการสื่อสารโดยใช้ท่าทาง และทักษะการแสดงพฤติกรรมทางการพูด

การเรียนรู้ (Learning) คือ กระบวนการของประสบการณ์ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างค่อนข้างถาวร ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ไม่ได้มาจากภาวะชั่วคราว วุฒิภาวะ หรือสัญชาตญาณ(Klein ๑๙๙๑:๒)

การเรียนรู้เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ค่อนข้างถาวร โดยเป็นผลจากการฝึกฝนเมื่อได้รับการเสริมแรง มิใช่เป็นผลจากการตอบสนองตามธรรมชาติที่เรียกว่า ปฏิกริยาสะท้อน (Kimble and Garnezy) การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ทำให้พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อันเป็นผลจากการฝึกฝนและประสบการณ์ แต่มิใช่ผลจากการตอบสนองที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ (Hilgard and Bower)

การเรียนรู้เป็นการแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลง อันเป็นผลเนื่องมาจากประสบการณ์ที่แต่ละคนได้ประสบมา (Cronbach) การเรียนรู้เป็นกระบวนการที่บุคคลได้พยายามปรับพฤติกรรมของตน เพื่อเข้ากับสภาพแวดล้อมตามสถานการณ์ต่าง ๆ จนสามารถบรรลุถึงเป้าหมายตามแต่ละบุคคลได้ตั้งไว้ (Pressey, Robinson and Horrock, ๑๙๕๕)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๓.๓.๒ ทฤษฎีความพึงพอใจ

Good (๑๙๗๓, P. ๓๘๔) กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง คุณภาพ สภาพหรือระดับความพึงพอใจ ซึ่งเป็นผลมาจากความสนใจและเจตคติของบุคคลที่มีต่องานของเขา

Wolman (๑๙๗๓, pp. ๑๕๒-๑๕๔) ได้กล่าวว่า ความพึงพอใจ หมายถึง ความรู้สึก (Feeling) มีความสุข เมื่อคนเราได้รับผลสำเร็จตามจุดหมาย หรือความต้องการ

Koder (๒๐๐๖, p.๑๖๐) กล่าวว่า ความพึงพอใจคือระดับความรู้สึกของบุคคลที่เป็นผลจากการเปรียบเทียบการทำงานของผลิตภัณฑ์ที่ได้จากการรับรู้กับความคาดหวังที่มีต่อการทำงานของผลิตภัณฑ์นั้น แบ่งเป็น ๓ ระดับ ได้แก่ ถ้าการทำงานของผลิตภัณฑ์ไม่ตรงกับความคาดหวังทำให้เกิดความไม่พอใจ ถ้าการทำงานของผลิตภัณฑ์ตรงกับความคาดหวัง ทำให้เกิดความพอใจและถ้าเกินความคาดหวัง ยิ่งทำให้เกิดความพอใจมากขึ้นไปอีก

เชลลี (Shelli, ๑๙๙๕, p. ๙ อ้างถึงใน ปราการ กองแก้ว, ๒๕๔๖, หน้า ๑๗) ได้ศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความพึงพอใจ สรุปได้ว่าเป็นความรู้สึกสองแบบของมนุษย์ คือ ความรู้สึกในทางบวกและความรู้สึกในทางลบ ความรู้สึกในทางบวกเป็นความรู้สึกที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วทำให้ความรู้สึกที่มีระบบย้อนกลับและความสุขนี้สามารถทำให้เกิดความสุขหรือความรู้สึกทางบวกเพิ่มขึ้นได้อีก ดังนั้น จะเห็นได้ว่าความสุขเป็นความรู้สึกที่สลับซับซ้อนและมีความสุขนี้จะมีผลต่อบุคคลมากกว่า ความรู้สึกในทางบวกอื่นๆ ความรู้สึกทางลบ ความรู้สึกทางบวกและความสุขมีความสัมพันธ์กัน อย่างสลับซับซ้อนและระบบความสัมพันธ์ของความรู้สึกทั้งสามนี้เรียกว่าระบบความพึงพอใจ โดยความพึงพอใจจะเกิดขึ้นเมื่อระบบความพึงพอใจมีความรู้สึกทางบวกมากกว่าความรู้สึกทางลบ ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ (Maslow, ๑๙๗๐ อ้างถึงใน รังสรรค์ ฤทธิ์ผาด, ๒๕๕๐, หน้า ๒๓) มาสโลว์ (Maslow) ได้เรียงลำดับสิ่งจูงใจ หรือความต้องการของมนุษย์ไว้ ๕ ระดับ โดยเรียงลำดับขั้นของความต้องการไว้ตามความสำคัญ ดังนี้

๑. ความต้องการพื้นฐานทางสรีระ
๒. ความต้องการความปลอดภัยรอดพ้นอันตรายและมั่นคง
๓. ความต้องการความรัก ความเมตตา ความอบอุ่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ
๔. ความต้องการเกียรติยศชื่อเสียง การยกย่อง และความเคารพตัวเอง
๕. ความต้องการความสำเร็จด้วยตนเอง

๓.๓.๓ ทฤษฎีการตัดสินใจ (Decision Making)

บาร์นาร์ด (Barnard) ได้ให้ความหมายของการตัดสินใจว่าเป็นเทคนิควิธีที่ลดทางเลือกลงมาให้เหลือเพียงทางเดียว

ไซมอน (Simon) ได้ให้ความหมายว่า การตัดสินใจเป็นกระบวนการของการหาโอกาสที่จะตัดสินใจ การหาทางเลือกที่พอเป็นไปได้ และทางเลือกจากงานต่างๆ ที่มีอยู่

มูดี (Moody) ได้ให้ความหมายว่า การตัดสินใจเป็นการกระทำที่ต้องทำเมื่อไม่มีเวลาที่จะหาข้อเท็จจริงอีกต่อไป ปัญหาที่เกิดขึ้นก็คือ เมื่อใดถึงจะตัดสินใจว่าควรหยุดหาข้อเท็จจริง แนว ทางแก้ไข จะเปลี่ยนแปลงไปตามปัญหาที่ต้องการแก้ไข ซึ่งการรวบรวมข้อเท็จจริงเกี่ยวข้องกับการใช้จ่ายและการใช้เวลา

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

กิบสันและอิวาน เชวิช (Gibson and Ivancevich) ได้ให้ความหมายของการตัดสินใจไว้ว่าเป็นกระบวนการ สำคัญขององค์การที่ผู้บริหารจะต้องกระทำอยู่บนพื้นฐานของข้อมูล ข่าวสาร (information) ซึ่ง ได้รับมาจากโครงสร้างองค์การ พฤติกรรมบุคคล และกลุ่มในองค์การ

โจนส์ (Jones) ได้ให้ความหมายของการตัดสินใจองค์การว่าเป็นกระบวนการ ที่จะแก้ไขปัญหาขององค์กร โดยการค้นหาทางเลือกและเลือกทางเลือกหรือแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด เพื่อบรรลุ เป้าหมายขององค์การที่ได้กำหนดไว้

วุฒิชัย จานงค์(๒๕๒๓)กล่าวว่า การตัดสินใจเป็นเรื่องของการจัดการที่หลีกเลี่ยงไม่ได้และในการ จัดการนั้น การตัดสินใจเป็นหัวใจในการปฏิบัติงานทุกๆ เรื่องทุกๆ กรณีเพื่อดำเนินการไปสู่ วัตถุประสงค์ อาจมีเครื่องมือมาช่วยในการพิจารณา มีเหตุผลส่วนตัวอารมณ์ ความรักใคร่ ชอบพอ เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจ และมีลักษณะเป็นกระบวนการอันประกอบด้วย ขั้นตอนต่างๆ ต่อเนื่องกันไป

บุษกร คำคง (๒๕๔๒) กล่าวว่า การตัดสินใจต้องใช้ข้อมูลพื้นฐานจากเรื่องที่กำลังพิจารณา โดยใช้ ความรู้พื้นฐานและข้อสรุปที่เป็นที่ยอมรับ นำมาผสมผสานกับการสรุปอ้างอิง เพื่อนำไปสู่เป้าหมาย แสดงทิศทางนำไปสู่การตัดสินใจ

๓.๓.๔ แรงจูงใจในการป้องกันโรค

แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health belief model) เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่ พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคมเพื่อใช้อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมสุขภาพโดยครั้งแรกได้นำมาในการทำนายและอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคต่อมาภายหลัง ได้ มีการดัดแปลงไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมเจ็บป่วย (illness behavior) และพฤติกรรมของ ผู้ป่วยในการ ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ (sick – role behavior) พัฒนาการของแบบแผนความ เชื่อทางด้านสุขภาพ เกิดขึ้นเมื่อนักวิชาการได้หันมาสนใจพฤติกรรมของมนุษย์กันมากขึ้น เนื่องจากมี ความเชื่อว่าพฤติกรรมของ มนุษย์เป็นสิ่งที่สามารถศึกษาทำความเข้าใจ และทำการควบคุมได้โดยวิธีการ ทางวิทยาศาสตร์ สำหรับพฤติกรรม สุขภาพ ได้รับความสนใจศึกษากันมากในตอนต้นของช่วงปี ค.ศ ๑๙๕๐-๑๙๖๐ ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเริ่มแรกของการพัฒนาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เนื่องจากในระยะนั้นการจัดบริการด้านสาธารณสุข ที่เน้นกิจกรรมด้านการ ป้องกันโรคมกกว่ากิจกรรมด้านการ รักษาพยาบาล ไม่ได้รับความสนใจจากประชาชน คือ ประสบปัญหาที่มีประชาชนมารับบริการการป้องกัน โรคกันน้อยลง(อาภาพร เฒ่าวัฒนา และคณะ ,๒๕๕๔)

๓.๔ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เกตุรินทร์ บุญคล้าย, วรณชาติ ตาเลิศ, อนุสร การเกษ, พิษณุณัฐ แก้วอำไพและนนทรรัตน์ จำเริญ วงศ์(๒๕๖๕) ศึกษาความสัมพันธ์การรับรู้ทัศนคติและความรอบรู้เกี่ยวกับวัคซีนโควิด ๑๙ ประชาชนในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่มีอายุ ๑๘ ถึง ๖๐ ปี ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล โดย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบสะดวกตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน ๔๓๒ ราย ในเดือนธันวาคม ๒๕๖๔ ถึงมกราคม ๒๕๖๕ วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ ๐.๐๑ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่ม ตัวอย่างมีการรับรู้เกี่ยวกับวัคซีนโควิด๑๙ โดยภาพรวมปานกลาง ทัศนคติเกี่ยวกับวัคซีน ๑๙ โดยภาพรวมอยู่

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ในระดับสูงและความรอบรู้เกี่ยวกับวัคซีนโควิด ๑๙ โดยภาพรวมความรอบรู้อยู่ในระดับสูง แยกตามองค์ประกอบความรอบรู้พบว่าความรอบรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การจัดการตนเอง การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจอยู่ในระดับสูง มีเพียงทักษะการสื่อสารอยู่ในระดับปานกลาง โดยการรับรู้และทัศนคติมีความสัมพันธ์ทางบวก เกี่ยวกับความรอบรู้วัคซีนโควิด ๑๙ อย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$)

ชุติมา บุญทวี (๒๕๖๕) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อเจตจำนงการเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด-19 เชื่อมกระตุ่นของบุคลากรกลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรกลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจจำนวน ๒๐๓ ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ค่าความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ ๐.๘๔ ปีขอข้อมูลทางสถิติด้วยการวิเคราะห์ค่า T และการวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๙๓ ราย ร้อยละ ๙๕.๑ มีความยินดีหรือตั้งใจเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 เชื่อมกระตุ่นโดยมีการรับรู้ความเสี่ยงการติดเชื้อโควิดเพื่อป้องกันโรครุนแรงที่สุด ($M = ๔.๗๕$, $S.D. = ๐.๕๑$) และรับรู้ความปลอดภัยและผลข้างเคียงของวัคซีนโควิด ๑๙ น้อยที่สุด ($M = ๓.๔๒$, $S.D. = ๑.๐๑$) การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ พบว่าปัจจัยการตัดสินใจฉีดวัคซีนเชื่อมกระตุ่นอย่างน้อย ๑ ปัจจัย คือการรับรู้เชิงสังคมเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด-19 เชื่อมกระตุ่นส่งผลต่อเจตจำนงการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันคนละหน้าไวรัสเชื่อมกระตุ่นของบุคลากรโรงพยาบาลตำรวจ

สรสรเสริญ อึ้งเอ็ง (๒๕๖๕) ศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง เก็บข้อมูลการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ เชื่อมกระตุ่น (เข็มที่ ๓) ของผู้สูงอายุ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา จำนวน ๒๖๐ คน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือวิจัยที่ใช้วิจัยคือแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ความวิตกกังวล ความกลัวต่อโรคโควิด ๑๙ การรับรู้ประโยชน์ของวัคซีน และความรุนแรงของโรคโควิด ๑๙ ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพแข็งแรง ($Adj. OR = ๒.๙๔$, $๙๕\% CI: ๑.๔๖-๘.๙๕$) ผู้สูงอายุที่ไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด ๑๙ ($Adj. OR = ๓.๘๐$, $๙๕\% CI: ๑.๗๒-๘.๔๑$) และผู้สูงอายุที่มีความกลัวต่อโรคโควิด ๑๙ ระดับสูง ($Adj. OR = ๙.๒๒$, $๙๕\% CI: ๔.๙๖-๑๗.๑๔$) มีผลต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ เชื่อมกระตุ่น (เข็ม ๓) ของผู้สูงอายุ อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ ๐.๐๑ ดังนั้นปัจจัยที่มีผลต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ เชื่อมกระตุ่น (เข็ม ๓) ของผู้สูงอายุในเขตได้แก่ ภาวะสุขภาพ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด ๑๙ และความกลัวต่อโรคโควิด ๑๙

๔. สรุปสาระสำคัญขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

๔.๑ หลักการและเหตุผล

ในช่วง ๔ ปีที่ผ่านมาการแพร่ระบาดของโควิด-19 (Covid-๑๙) ที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ยกย่องให้เป็นภาวะการระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) โดยการระบาดครั้งแรกเกิดขึ้นเมื่อเดือน ธ.ค. ๒๕๖๒ ที่ตลาดค้าสัตว์ป่าเมืองอู่ฮั่นหรือตลาดขาย อาหารทะเลสด South China Seaboard เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน ต้นตอของไวรัสน่าจะมาจากการที่ตัวกลางที่เป็นสัตว์ระบาดมาสู่คน มีการเก็บตัวอย่างจากสิ่งแวดล้อมในตลาดไปส่งตรวจและพบเชื้อไวรัส และพบมากที่สุดบริเวณที่ค้าสัตว์ป่า

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

และสัตว์เลี้ยงในฟาร์มและตลาด จากนั้นการแพร่ระบาด กระจายไปในหลายพื้นที่ทั่วโลก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปอดอักเสบรุนแรงจนถึงแก่ชีวิตได้ ซึ่งจากวิกฤตการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อทั่วโลก ทั้งต่อระบบเศรษฐกิจโลก และพฤติกรรม การใช้ชีวิตของมนุษย์ โดยทำให้ผู้คนเกิดความวิตกกังวลไปทั่วโลก มีการปิดเมือง ปิดประเทศ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรค จากข้อมูลศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส๒๐๑๙ (Covid-๑๙) หรือ ศบค. พบว่าสถานการณ์โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส๒๐๑๙ (Covid-๑๙) ข้อมูล ณ วันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๔ พบว่ามีผู้ติดเชื้อทั่วโลกมากถึง ๑๓๔,๙๐๙,๕๑๕ ราย และมีผู้เสียชีวิตทั่วโลกมากกว่า ๓,๗๗๔,๕๖๑ ราย อัตราเสียชีวิตอยู่ที่ราว ๒.๑๖% โดยประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเป็นอันดับที่ ๘๐ ของโลก โดยมีผู้ติดเชื้อแล้วจำนวน ๑๘๗,๕๓๘ ราย และมีผู้เสียชีวิตสะสมรวม ๑,๓๗๕ คน คิดเป็น ๐.๗๓% สิ่งที่จะกลายมาเป็นตัวแปรสำคัญและความหวังในการควบคุมการระบาด ก็คือวัคซีน ที่จะช่วยเสริมสร้าง ภูมิคุ้มกันแก่ผู้คน ทั้งยังสามารถลดความรุนแรงของอาการป่วยและลดอัตราการเสียชีวิตได้ ซึ่งปัจจุบันมีบริษัทหรือวัคซีนที่ได้รับการอนุมัติและใช้กันแล้วในหลายประเทศ ได้แก่ Pfizer-BioNTech, Moderna, Gamaleya (Sputnik V), AstraZeneca, Sinovac, Johnson & Johnson, Novavax, Sinopharm และCanSino Biologics เป็นต้น โดยมีทั้งชนิดที่ได้รับอนุมัติทะเบียนอย่างสมบูรณ์และชนิดที่ได้รับอนุมัติให้ใช้กรณีฉุกเฉิน วัคซีนของประเทศไทยนั้นผ่านการขึ้นทะเบียนและได้รับการอนุมัติจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อย.) อย่างถูกต้อง รวมถึงมีการอนุมัติ ใช้แล้วในหลากหลายประเทศและได้รับการรับรองจากองค์การอนามัยโลกแล้วการฉีดวัคซีนนั้นไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อได้อย่างสมบูรณ์ร้อยเปอร์เซ็นต์ ผู้ที่ได้รับวัคซีนแล้วอาจจะยังสามารถติดเชื้อ Covid-๑๙ ได้ โดยประสิทธิภาพของวัคซีนในการป้องกันการติดเชื้อโดยรวมจะอยู่ที่ ประมาณ ๕๐% - ๙๕% วันที่ ๑๑ มิถุนายน ๒๕๖๔ กระทรวงการอุดมศึกษาวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม (อว.) ได้สรุปรายงาน การติดตามและประมวลผลการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ว่าทั่วโลกได้ฉีดวัคซีนแล้วประมาณ ๒,๒๖๔ ล้านโดส ใน ๑๙๙ ประเทศ ส่วนภูมิภาคอาเซียนได้ฉีดวัคซีนไปแล้ว ๖๒,๓๒๐,๘๓๓ โดส และในประเทศไทยมีสถิติของการฉีดวัคซีน โควิด-๑๙ จำนวนการฉีดวัคซีนยอดรวม ๕,๖๖๗,๐๕๘ โดส โดยฉีดเข็มแรก ๔,๑๔๓,๔๔๔ โดส คิดเป็น ๖.๓% ของ ประชากร และฉีดเข็มที่สอง ๑,๕๒๓,๖๑๔ โดส คิดเป็น ๒.๓% ของประชากร หากพิจารณาจากสถานการณ์การฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ ในปัจจุบัน จะเห็นได้ว่า ข้อมูลประสิทธิภาพและ ผลข้างเคียงต่าง ๆ ของการฉีดวัคซีนอาจจะยังไม่แน่ชัดหรือสรุปไม่ได้ ๑๐๐%แต่หน่วยงานสาธารณสุขทั่วโลกก็ยังแนะนำให้เข้ารับฉีด เนื่องจากเปรียบเทียบประโยชน์ที่จะได้รับแล้วสูงกว่าแต่ทว่าจากข้อมูลสถิติของผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีนมีสัดส่วนที่น้อยมากเมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งประเทศ โดยเฉพาะกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข ต้องการให้คนไทยฉีดวัคซีนโควิดเข็มกระตุ้นคือเข็มที่๓และ๔ ซึ่งผลการฉีดเข็มกระตุ้นมีน้อยอาจจะจะเป็นผลมาจากข้อมูลเกี่ยวกับประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของวัคซีน ทำให้ผู้ที่ต้องการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นตัดสินใจเลือกหรือเปรียบเทียบข้อมูลได้เพียงพอ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาในเรื่องปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (Covid-๑๙) เข็มที่ ๓ ด้านความรู้อคติของประชากรในอำเภอโพธิ์ทอง อ่างทอง โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัย อาจจะ使人เห็นความสำคัญและเข้าใจ ผลกระทบของการฉีดวัคซีนมากขึ้น และยังเป็นแนวทางให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ประโยชน์ในการเพิ่มอัตราการ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-๑๙ เข็มกระตุ้น ของประชากรคนไทย เพื่อให้การป้องกันการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส (Covid-๑๙) มีประสิทธิภาพมากขึ้นและจากการทบทวนข้อมูลและสถิติการรับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนาของประเทศไทย ระดับจังหวัดและการรับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนาของ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ประชากรอำเภอโพธิ์ทองตลอดจนแนวโน้มการเจ็บป่วย พบว่ายังมีการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ในทุกๆวัน บางรายมีอาการรุนแรงต้องนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและผู้ป่วยหลายคนไม่ได้รับการฉีดวัคซีนไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้น ทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจในเรื่องความรู้ เจตคติ และสาเหตุของการที่ประชากรอำเภอโพธิ์ทองไม่ฉีดวัคซีนไวรัสโคโรนาเข็มกระตุ้นเพื่อจะนำมาวางแผนเป็นแนวทางการปฏิบัติงานต่อไป

๔.๒ วัตถุประสงค์

๑. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) เข็มที่ ๓ ของประชากรอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

๒. เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของเจตคติก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) เข็มที่ ๓ ของประชากรอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

๓. เพื่อประเมินความพึงพอใจต่อการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ ให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) เข็มที่ ๓ ของประชากรอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

๔.๓ เป้าหมาย

๑. เพื่อจะได้ทราบถึงความรู้ เจตคติ ความพึงพอใจและการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) เข็ม ๓ ของประชากรอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

๒. เพื่อให้ประชากรตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) เข็มที่ ๓ เพิ่มขึ้น

๓. เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องนำผลการวิจัยไปใช้ต่อยอดทางการทำงาน

๔.๔ สรุปสาระสำคัญ

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจ ให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) เข็มที่ ๓ ของประชากรอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบทดลองเบื้องต้น Pre-experiment Research เปรียบเทียบกลุ่มเดียววัดผลก่อน-หลัง (One group pre-posttest design) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ประชากรอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ที่ยังไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) เข็มที่ ๓ ในขณะที่ดำเนินการวิจัย ปี ๒๕๖๗

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรอำเภอโพธิ์ทอง ที่ยังไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) เข็มที่ ๓ ในขณะที่ดำเนินการวิจัย ปี ๒๕๖๗ จำนวน ๓๐ คน

การสุ่มตัวอย่าง เลือกแบบสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) คือรายชื่อคนที่ยังไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) เข็มที่ ๓ มาจับสลากชนิดแทนที่ จับจำนวน ๓๐ คน

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นประชากรที่ยังไม่ได้รับวัคซีนโควิด-๑๙ เข็มที่ ๓ และเป็นประชากรอำเภอโพธิ์ทอง สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดีไม่มีข้อจำกัดด้านการได้ยินและการมองเห็นที่เป็นอุปสรรคในการอ่านหนังสือ และยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก คือความประสงค์ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัย ไม่สามารถติดต่อสื่อสารด้วยภาษาไทยได้มีข้อจำกัดด้านการได้ยินและการมองเห็น หรือเสียชีวิตก่อนโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการวิเคราะห์อำนาจทดสอบ (Power analysis) ใช้สถิติเปรียบเทียบเพื่อหาความแตกต่างระหว่าง ๒ ตัวแปรซึ่งไม่เป็นอิสระต่อกัน (Two Dependent means) กำหนดการทดสอบสมมติฐานเป็นทางเดียว(One-tailed Test) กำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ๐.๕ ข้อความคลาดเคลื่อน α ๐.๕ และอำนาจทดสอบ Power .๘๐ (Cohen ๑๙๗๗อ้างในสุทธิพร สุนทร ,๒๕๖๒) ทำการคำนวณโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G* Power ๓.๑.๙.๔ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ๒๗ รายทั้งนี้ผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอื่น ร้อยละ ๑๐ เนื่องจากอาจมีผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์คัดออก หรือไม่สมัครรับการวิจัย ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เขต ๓๐ ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลและเครื่องมือในการทำวิจัย

๑. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด โดยพัฒนาให้ข้อความมีความเหมาะสมกับบริบทของกลุ่มตัวอย่างและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่

๑.๑ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าวิจัยประกอบด้วยเพศ อายุ รายได้เฉลี่ยครัวเรือนต่อเดือน การศึกษา สถานภาพ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ประวัติการสูบบุหรี่และจำนวนครั้งที่เดินทางไปต่างจังหวัดของคนในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคโควิด และโรคประจำตัว ลักษณะข้อความนี้เป็นแบบเลือกตอบจำนวน ๑๐ ข้อ

๑.๒ แบบประเมินด้านความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด ทักษะการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคโควิด และความรู้เรื่องของวัคซีนป้องกันโรคโควิด ข้อคำถามมีจำนวน ๑๐ ข้อ ลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบใช่/ไม่ใช่ ลักษณะข้อของข้อคำถามเป็นเชิงบวก ๗ ข้อและคำถามเชิงลบ ๓ ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ถูกให้ ๑ คะแนน

ผิดให้ ๐ คะแนน

ข้อคำถามเชิงลบมีการกลับคะแนนตรงข้ามกับข้อความถามเชิงบวก

๑.๓ แบบประเมินด้านเจตคติเรื่องโรคโคโรนาไวรัสและวัคซีนโควิด มีจำนวนทั้งหมด ๑๐ ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก ๔ ข้อและข้อคำถามเชิงลบ ๖ ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมายเชิงลบจะมีการกลับคะแนนตรงข้ามกับข้อคำถามเชิงบวก เกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

เห็นด้วยเท่ากับ ๓ คะแนน

ไม่แน่ใจเท่ากับ ๒ คะแนน

ไม่เห็นด้วยเท่ากับ ๑ คะแนน

การแบ่งระดับความรู้และเจตคติใช้วิธีจัดกลุ่มแบบอิงเกณฑ์ของ Bloom (๑๙๘๖:๔๒) แบ่งเป็น ๓ ระดับดังนี้คือ

คะแนน น้อยกว่าร้อยละ

๖๐

ระดับต่ำ

คะแนน ร้อยละ

๖๐-๗๙

ระดับปานกลาง

คะแนน มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ

๘๐

ระดับสูง

๑.๔ แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกชนิดของวัคซีนและสาเหตุของการไม่เลือกชนิดวัคซีนมีข้อคำถามทั้งหมด ๖ ข้อ ให้เลือกตอบตามความสมัครใจ ก่อนหลังการดำเนินโปรแกรมสร้างแรงจูงใจ อยู่ในแบบประเมิน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๑.๕ แบบประเมินความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า(Likert Scale) โดยใช้ระดับการวัดข้อมูลประเภทอันตรภาคชั้น (Interval Scale) ๕ คือระดับมากที่สุด/มาก/ปานกลาง/น้อย/น้อยที่สุดโดยเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมาก ให้ ๕ คะแนน

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงมาก ให้ ๔ คะแนน

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงปานกลางให้ ๓ คะแนน

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงน้อยให้ ๒ คะแนน

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกเลยให้ ๑ คะแนน

๒. โปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙

(Covid-๑๙) เข็มที่ ๓ ของประชากรอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งโปรแกรมประกอบไปด้วยแผนการสอน สื่อการสอนเช่นแผ่นภาพความรู้โรคโควิด ชนิดของวัคซีนโควิด ระบบการสื่อสารในการติดตามสอบถามและให้คำปรึกษาได้แก่ โทรศัพท์ แอปพลิเคชันไลน์ (Line) ใช้โปรแกรมนี้นักผู้เข้าร่วมวิจัยตามกระบวนการ ๓ ครั้ง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

๑. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจและแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน ๓ ท่านได้แก่ ๑ ดร.สมหมาย คชนาม อาจารย์ที่ฝึกสอนและมีประสบการณ์ด้านการทำวิจัยหัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวมโรงพยาบาลโพธิ์ทอง และเภสัชกรชำนาญการโรงพยาบาลโพธิ์ทองมีประสบการณ์มากกว่า ๑๐ ปี จำนวน ๒ ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาและความครอบคลุมของเนื้อหา จากนั้นรวบรวมข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะมาทำการแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาอีกครั้ง จนเป็นที่ยอมรับถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาแล้วจึงนำไปใช้ในการวิจัย

๒.การตรวจสอบความเชื่อมั่น (content reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out)กับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ๑๐ รายที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางจัก อำเภอวิเศษชัยชาญ จังหวัดอ่างทอง แล้วนำแบบสอบถามทั้งหมดมาหาคะแนนและวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยคำนวณจากสูตรคูเดอร์ ริชาร์ดสัน(KR-๒๐)และของครอนบาช (Cronbach's Coefficient+Alpha) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปได้ผลการวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ ๐.๖๐

การเก็บรวบรวมข้อมูล

๑. ผู้วิจัยสำรวจและใช้กระบวนการค้นหากลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าวิจัยคือประชาชนอำเภอโพธิ์ทองที่ยังไม่ได้รับวัคซีนโควิดเข็ม ๓ จำนวน ๓๐ คน

๒. กลุ่มเป้าหมายทำแบบสอบถามความรู้และเจตคติก่อนการทดลอง โดยเริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่วันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗

๓. ใช้กระบวนการกลุ่ม ๓ ระยะ ระยะห่างทุก ๒ สัปดาห์ ในกลุ่มเป้าหมาย เมื่อครบกระบวนการแล้วทำแบบสอบถามความรู้ เจตคติภายหลังการทดลองในแต่ละรายและผู้วิจัยจะตรวจสอบความครบถ้วนความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถามอีกครั้ง

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

สถิติและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ตอบเรียบร้อยแล้วมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและประมวลผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์โดยแบ่งการวิเคราะห์ดังนี้

๑.สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

๒.สถิติอนุมาน (Inferential statistic) ได้แก่ Paired t-test

สมมติฐานการวิจัย

สมมติฐานที่ ๑. ประชากรอำเภอโพธิ์ทองที่มีอายุ เพศ อาชีพ การศึกษา ประวัติการรับวัคซีน จะตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) ครั้งที่ ๓ มากกว่า

สมมติฐานที่ ๒. ประชากรอำเภอโพธิ์ทองมีความรู้ เจตคติ การตัดสินใจ และความพึงพอใจที่มีต่อโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจ ให้ตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙)

การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัย โดยปฏิบัติตามขั้นตอนของการขอรับพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดอ่างทอง ตามหนังสือรับรองเลขที่ ATGEC ๖๖/๒๕๖๗ ซึ่งรับรองเมื่อวันที่ ๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗ ถึง ๑๖ พฤษภาคม ๒๕๖๘

โปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) ครั้งที่ ๓ เป็นการสร้างโปรแกรมให้เกิดแรงจูงใจ พร้อมใจในการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด ๑๙ ครั้งที่ ๓ ในประชากรอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ผ่านกระบวนการดำเนินกิจกรรมทั้ง ๓ ครั้ง ระยะห่าง ๑-๒ สัปดาห์ โดยมีวัตถุประสงค์ เนื้อหาและกิจกรรมตามเป้าหมายและมีการประเมินผลตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้

ผลการวิจัย

การศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (โควิด ๑๙) ครั้งที่ ๓ ของประชากรอำเภอโพธิ์ทองจังหวัดอ่างทองได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้กระบวนการทางสถิติแบ่งออกเป็น ๕ ส่วน ได้แก่

๑. ข้อมูลทั่วไป
๒. ความรู้
๓. เจตคติ
๔. การตัดสินใจฉีดวัคซีนโควิด
๕. ความพึงพอใจในโปรแกรมการให้ข้อมูล

๑.ข้อมูลทั่วไป

ผู้เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ ๖๖.๗, มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ร้อยละ ๕๖.๗, มีรายได้ช่วง ๑๐,๐๐๑-๒๐,๐๐๐ บาท ร้อยละ ๔๐, และการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ ๖๐, สถานภาพ สมรส ร้อยละ ๗๓.๓, มีจำนวนสมาชิกครัวเรือน ๒-๔ คน ร้อยละ ๔๖.๗, ส่วนมากไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ ๙๓.๓, การเดินทางไปต่างจังหวัดของคนในครอบครัว ส่วนมากไม่เคยไปคิดเป็นร้อยละ ๕๓.๓, มีประวัติการเจ็บป่วยโรคโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) ร้อยละ ๗๐, มีโรคประจำตัว ร้อยละ ๗๓.๓, มีโรคหัวใจ ร้อยละ ๑๐, มีโรคเบาหวานร้อยละ ๑๐, โรคอ้วน ร้อยละ ๑๐, และโรคอื่นๆเช่นความดันโลหิตสูง ไช้หมันในเลือดสูง ร้อยละ ๕๖.๗

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)				
๒. ผลการเปรียบเทียบก่อนหลังด้านความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙)				
ก่อนให้โปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙) ครั้งที่ ๓ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาที่ถูกต้อง ๒ ลำดับแรกได้แก่เรื่องการล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์ทุกครั้ง ก่อนหยิบจับสิ่งของเป็นสิ่งที่จำเป็นในการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙), การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล ๑ - ๒ เมตร เป็นมาตรการที่จำเป็นในการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙) ร้อยละ ๙๖.๗ รองลงมาคือการสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย สามารถป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙) ร้อยละ ๙๓.๓ หลังการให้โปรแกรมตอบถูกมากคือโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙) เป็นเชื้อโรคที่สามารถกลายพันธุ์ได้ , การล้างมือด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์ทุกครั้งก่อนหยิบจับสิ่งของเป็นสิ่งที่จำเป็นในการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙), การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล ๑ - ๒ เมตร เป็นมาตรการที่จำเป็นในการป้องกันโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙) , การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย สามารถป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(Covid-๑๙) , การฉีดวัคซีนโควิดเป็นแนวทางในการป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-๑๙) ที่ดีที่สุด , ลดการเข้าไปในสถานที่แออัด จะเป็นการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(Covid-๑๙) ร้อยละ ๑๐๐ เมื่อพิจารณาระดับความรู้ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัสโควิด ๑๙ ครั้งที่ ๓ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องความรู้ด้านโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ ๔๖.๗ และระดับสูง ร้อยละ ๓๓.๓ ตามลำดับดังรายละเอียดในตารางที่ ๑ ตารางที่ ๑ จำนวนและร้อยละของผู้ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙) ครั้งที่ ๓ จำแนกตามระดับความรู้ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙) ครั้งที่ ๓				
ระดับความรู้	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (๐-๕ คะแนน)	๖	๒๐	๐	๐
ปานกลาง (๖-๗ คะแนน)	๑๔	๔๖.๗	๑	๓.๓
สูง (๘-๑๐ คะแนน)	๑๐	๓๓.๓	๒๙	๙๖.๗
รวม	๓๐	๑๐๐	๓๐	๑๐๐
ก่อน $\bar{X} = ๖.๙๖$, S.D. = ๑.๘๔ , Min = ๔ Max = ๑๐ หลัง $\bar{X} = ๙.๘๐$, S.D. = .๗๖ , Min = ๖ Max = ๑๐ การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙) ครั้งที่ ๓				

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)				
กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโคโรนาไวรัสเข็มที่ ๓ มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนให้โปรแกรมเท่ากับ ๖.๙๖ และหลังการให้โปรแกรมเท่ากับ ๙.๘๐ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้หลังการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (Covid-๑๙) เข็มที่ ๓ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ ๒ ตารางที่ ๒ การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙) เข็มที่ ๓				
ความรู้	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนให้โปรแกรม	๖.๙๖	๑.๘๔	-๘.๑๑	.๐๐
หลังให้โปรแกรม	๙.๘๐	.๗๖		
๓. ผลการเปรียบเทียบก่อนหลังด้านเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส (Covid-๑๙)				
ก่อนการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (Covid-๑๙) เข็มที่ ๓ ผู้เข้าร่วมวิจัยมีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙) ที่ต่ำ ๒ อันดับแรกคือก่อนฉีดวัคซีนต้องรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนที่ฉีดอย่างครบถ้วน ร้อยละ ๙๓.๓ รองลงมาคือเรื่องความมั่นใจในประสิทธิภาพของวัคซีนมีส่วนที่ปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจฉีดวัคซีน ร้อยละ ๖๖.๗ หลังการให้โปรแกรมผู้เข้าร่วมวิจัยมีเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙) ที่ต่ำ ๒ อันดับแรกคือก่อนฉีดวัคซีนต้องรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนที่ฉีดอย่างครบถ้วน และความมั่นใจในประสิทธิภาพของวัคซีนมีส่วนที่ปัจจัยสำคัญในการตัดสินใจฉีดวัคซีน ร้อยละ ๑๐๐ เมื่อพิจารณาระดับเจตคติเกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโคโรนาไวรัส๒๐๑๙ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส (Covid-๑๙) เข็มที่ ๓ พบว่าส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูง ร้อยละ ๗๓.๓ และร้อยละ ๑๐๐ ตามลำดับ ดังรายละเอียดในตารางที่ ๓ ตารางที่ ๓ จำนวนและร้อยละของผู้ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙) เข็มที่ ๓ จำแนกตามระดับเจตติก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙) เข็มที่ ๓				
ระดับเจตคติ	ก่อน		หลัง	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำ (๑๐-๑๗ คะแนน)	๒	๖.๗	๐	๐
ปานกลาง (๑๘-๒๓ คะแนน)	๒๒	๗๓.๓	๐	๐
สูง (๒๔-๓๐ คะแนน)	๖	๒๐	๓๐	๑๐๐
รวม	๓๐	๑๐๐	๓๐	๑๐๐
ก่อน	$\bar{X} = ๒๐.๖๐$, S.D. = ๓.๐๔ , Min = ๑๖ Max = ๒๘			
หลัง	$\bar{X} = ๒๘.๖๐$, S.D. = .๘๑๓๖๘ , Min = ๒๗ Max = ๓๐			

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

การเปรียบเทียบคะแนนเจตคติก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโรคโคโรนาไวรัส (โควิด ๑๙) ครั้งที่ ๓

กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙) ครั้งที่ ๓ มีคะแนนเฉลี่ยของเจตคติก่อนให้โปรแกรมเท่ากับ ๒๐.๖๐ และหลังการให้โปรแกรมเท่ากับ ๒๘.๖๐ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของเจตคติหลังการให้โปรแกรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ ๔

ตารางที่ ๔ การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของเจตคติก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโรคโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙) ครั้งที่ ๓

เจตคติ	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	t	p
ก่อนให้โปรแกรม	๒๐.๖๐	๓.๐๔	-๑๒.๗๖	.๐๐
หลังให้โปรแกรม	๒๘.๖๐	.๘๑		

๔. การตัดสินใจเลือกฉีด/ไม่ฉีดวัคซีน รวมทั้งถ้าเลือกฉีดวัคซีนเลือกฉีดวัคซีน

ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโรคโคโรนาไวรัส(Covid-๑๙) ครั้งที่ ๓ มีการเก็บข้อมูลการตัดสินใจเลือกฉีด/ไม่ฉีดวัคซีน โดยแยกเป็นสอบถามถ้าประสงค์ฉีดวัคซีนโควิดต้องการฉีดวัคซีนประเภทใด และสาเหตุที่เลือกไม่ประสงค์ฉีดวัคซีนเป็นเพราะสาเหตุใด เก็บทั้งก่อนและหลังการให้โปรแกรม ได้ผลการตัดสินใจก่อนการให้โปรแกรมร้อยละ ๗๖.๗ ไม่ระบุชนิดวัคซีนเพราะไม่ต้องการฉีดวัคซีนครั้งที่ ๓ ภายหลังการให้โปรแกรม ร้อยละ ๖๓.๓ เลือกวัคซีนที่ใส่รหัสพันธุกรรมบางส่วนของเชื้อไวรัส (mRNA) เช่น บริษัท ไฟเซอร์/ไบออนเทค และ โม เดอร์นา

๕. ความพึงพอใจต่อการให้โปรแกรมสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโรคโคโรนาไวรัส (Covid-๑๙) ครั้งที่ ๓

ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมของความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = ๔.๗๖$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจจากมากไปหาน้อยลำดับดังนี้ เจ้าหน้าที่ที่สามารถให้ข้อมูล หรือตอบข้อซักถามได้เป็นอย่างดี ($\bar{X} = ๔.๙๐$) ท่านได้รับความรู้/ประโยชน์จากการเข้าร่วมกิจกรรมนำไปปรับใช้หรือตัดสินใจได้ ($\bar{X} = ๔.๘๐$) ท่านได้รับให้ความรู้/ความเข้าใจในกิจกรรมนี้ ($\bar{X} = ๔.๗๓$) จำนวนครั้งและระยะเวลาที่ดำเนินกิจกรรมมีความเหมาะสม ($\bar{X} = ๔.๗๐$) และสิ่งที่ท่านได้รับจากกิจกรรมในครั้งนี้ตรงตามความคาดหวัง ($\bar{X} = ๔.๗๐$)

สรุปผล

การวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้นครั้งนี้พบว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยที่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโคโรนาไวรัส (Covid-๑๙) ครั้งที่ ๓ มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นจาก ๖.๙๖ เพิ่มเป็น ๙.๘๐ ด้านเจตคติคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ๒๐.๖๐ เพิ่มเป็น ๒๘.๖๐ เมื่อทดสอบความแตกต่างทางสถิติพบว่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้และเจตคติหลังการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโรคโคโรนาไวรัสโควิด ๑๙ ครั้งที่ ๓ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมของความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = ๔.๗๖$)

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

อภิปรายผล

หลังการให้โปรแกรมการให้ข้อมูลสร้างแรงจูงใจรับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) ในกลุ่มที่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) เชื้อ ๓ ประชากรอำเภอโพธิ์ทองจังหวัดอ่างทองมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยทางสถิติโดยมีกระบวนการสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนรายละเอียดดังนี้ให้โปรแกรมการให้ข้อมูลสร้างแรงจูงใจรับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) กับประชากรอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทองที่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) เชื้อที่ ๓ จำนวน ๓๐ คนโดยให้กลุ่มเป้าหมายทำแบบสอบถามความรู้ก่อนการทดลองและดำเนินการทดลองโดยการให้โปรแกรมมีรายละเอียดในเรื่องของโรคโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค การรักษา และวัคซีนโควิดประเภทต่างๆ ซึ่งให้โปรแกรมทั้งหมด ๓ ครั้งครั้งละ ๑ ชั่วโมงถึง ๑ ชั่วโมงครึ่งประกอบด้วยภาพพลิกประกอบการบรรยาย แผ่นพับ วิทยากรโดยพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่มีประสบการณ์ด้านการป้องกันและสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีนโรงพยาบาลโพธิ์ทอง หลังสิ้นสุดกระบวนการครบ ๓ ครั้งให้กลุ่มเป้าหมายทำแบบสอบถามความรู้หลังการให้โปรแกรมอีก ๑ ครั้ง

ผลการศึกษาสอดคล้องกับผลการศึกษาของชุดิมา บุญทวี(๒๕๖๕) ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อเจตจำนงการเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ เชื้อกระตุ้นของบุคลากรกลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจกลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรกลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจจำนวน ๒๐๓ ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ ค่าความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค เท่ากับ ๐.๘๔ ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน ๑๙๓ ราย ร้อยละ ๙๕.๑ มีความยินดีหรือตั้งใจเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ เชื้อกระตุ้นโดยมีการรับรู้ความเสี่ยงการติดเชื้อโควิดเพื่อป้องกันโรคมามากที่สุด ($M = ๔.๗๕$, $S.D. = ๐.๕๑$) และรับรู้ความปลอดภัยและผลข้างเคียงของวัคซีนโควิด ๑๙ น้อยที่สุด ($M = ๓.๔๒$, $S.D. = ๑.๐๑$) การวิเคราะห์สมการถดถอยโลจิสติกแบบทวิ พบว่าปัจจัยการตัดสินใจฉีดวัคซีนกระตุ้นอย่างน้อย ๑ ปัจจัย คือการรับรู้เชิงสังคมเกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ เชื้อกระตุ้นส่งผลต่อเจตจำนงการเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันคนละหน้าไวรัสเชื้อกระตุ้นของบุคลากรโรงพยาบาลตำรวจ

สอดคล้องกับผลการศึกษาของเนตรนภา สาสังข์,ธนพล อุทัยกาล,พิมพ์ชนก วรจันทร์และสโรชา แก้วปานกัน (๒๕๖๕) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของผู้ปกครองเด็กอายุ ๐-๔ ปี ในการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองของเด็กอายุ ๐-๔ ปี ที่มาใช้บริการ ณ กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม โรงพยาบาลบางปะหัน อำเภอบางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน ๕๙ คน ที่มาใช้บริการเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน พ.ศ.๒๕๖๕ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-๑๙ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-๑๙ แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ และแบบสอบถามการตัดสินใจของผู้ปกครองเด็กอายุ ๐-๔ ปี ในการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ มีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ ๐.๙๔๔ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปกครองของเด็กอายุ ๐-๔ ปี มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๑๐๐.๐ มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ ๑๐๐.๐ และมีการตัดสินใจให้เด็กอายุ ๐-๔ ปี ฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ อยู่ใน

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

ระดับสูงร้อยละ ๑๐๐.๐ ปัจจัยส่วนบุคคลด้านความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเด็กมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของผู้ปกครองเด็กอายุ ๐-๔ ปี ในการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ ที่ระดับนัยสำคัญ .๐๕ ทศนคติมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของผู้ปกครองเด็กอายุ ๐-๔ ปี ในการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ ที่ระดับนัยสำคัญ .๐๕ ซึ่งความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับเด็กคือผู้ปกครองที่เป็นผู้ดูแลเด็กและทัศนคติในระดับสูงเป็นส่วนสำคัญในการตัดสินใจให้เด็กฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙

๔. ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ศึกษาปัญหา วิเคราะห์สถานการณ์ที่พบในการปฏิบัติงาน

๒. กำหนดหัวข้อวิจัย (Selecting a topic)

๓. ทบทวนวรรณกรรม (Literature review) โดยทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่เลือกทำวิจัยใช้วิธีการวิจัยแบบใด มีตัวแปรใดบ้าง ใช้เครื่องมืออะไร ความน่าเชื่อถือของงานวิจัยเป็นระดับใด มีกลุ่มตัวอย่างจำนวนเท่าใด โดยใช้ขอบแนวคิดหรือทฤษฎีใด และทบทวนเอกสารความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้องกับโรคโควิด-๑๙ และวัคซีนป้องกันโรคโควิด-๑๙

๔. กำหนดปัญหาการวิจัย (Defining problem) เพื่อเป็นการกำหนดทิศทางของการวิจัย

๕. ตั้งคำถามวิจัย (Problem identification) เพื่อช่วยให้ง่ายต่อการกำหนดวัตถุประสงค์ในการวิจัยรวมถึงตั้งสมมติฐานให้นิยามตัวแปร ตลอดจนการวัดตัวแปร

๖. ออกแบบวิจัย (Research Design) การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลองเบื้องต้น (Pre-experiment research) แบบหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนหลัง (One group pre-test post-test Design) โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือประชากรอำเภอโพธิ์ทอง ที่ยังไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) เข็มที่ ๓ ในขณะที่ดำเนินการวิจัย ปี ๒๕๖๗ จำนวน ๓๐ คน

๗. วิเคราะห์ข้อมูล (Analysis data) นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูปแสดงผลในรูปตารางและอธิบายผลการวิจัย

๘. สรุปผลการวิจัย (Concluding data) นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลอภิปรายว่าสอดคล้องกับผลการวิจัยที่มีมาก่อนหรือไม่หรือไม่ สอดคล้องกับผลการวิจัยที่มีมาก่อนเพราะเหตุใด งานวิจัยนี้มีจุดอ่อนใดหรือไม่ ผู้ที่มีความสนใจจะทำงานวิจัยในประเด็นที่คล้ายคลึงกันควรทำอย่างไร

๙. สรุปผลการดำเนินการวิจัยโดยจัดทำเป็นรายงานวิจัยตรวจสอบความถูกต้องและจัดทำรูปเล่มเสนอตามลำดับ

๑๐. เผยแพร่ผลงานวิจัยโดยการนำเสนอผลงานวิชาการ ในวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๗ ในการประชุมมหกรรมวิชาการเขตสุขภาพที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ / เชิงคุณภาพ)

๕.๑ ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ : งานวิจัย ๑ เรื่อง : ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) เข็มที่ ๓ ของประชากรอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

๕.๒ ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ : ประชากรอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง ที่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) เข็มที่ ๓ หลังได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) พบว่ามีความรู้และเจตคติต่อการรับวัคซีนเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๖. การนำไปใช้ประโยชน์ / ผลกระทบ

จากการทำวิจัยเรื่องประสิทธิภาพของการใช้โปรแกรมการให้ข้อมูล การสร้างแรงจูงใจให้เกิดความร่วมมือรับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) ครั้งที่ ๓ ของประชากรอำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง เสร็จสิ้นลงพบว่า

๖.๑ ประโยชน์ต่อผู้ป่วยคือกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้และทัศนคติต่อโรคและวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

๖.๒ ประโยชน์ต่อบุคลากร เจ้าหน้าที่ได้แนวทางและโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขกับประชาชน

๖.๓ ประโยชน์ต่อองค์กรและต่อประเทศคือได้แนวทางสำหรับการบริหารจัดการโรคอุบัติใหม่หรือโรคที่มีความรุนแรงให้ได้รับความร่วมมือจากประชาชนในการเข้าดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพต่างๆ และสามารถเป็นเอกสารประกอบการสอน การศึกษาค้นคว้าสำหรับบุคลากรสาธารณสุข นักศึกษาด้านสาธารณสุขที่ฝึกงานตลอดจนผู้ที่มีความสนใจได้

๗. ความยุ่งยากซับซ้อนในการดำเนินการ

๗.๑ เป็นการวิจัยที่ดำเนินการภายหลังสถานการณ์โรคความรุนแรงของโรคโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) ลดลง ทำให้อาจมีผลต่อความคิด ทัศนคติและการตัดสินใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องชี้แจงสถานการณ์การเจ็บป่วยในปัจจุบันที่ไม่ได้รายงานตัวเลขสถิติการเจ็บป่วย การเสียชีวิตผ่านทางสื่อต่างๆ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจและตระหนักถึงอันตรายของการเจ็บป่วยโรคโควิด-๑๙

๗.๒ การดำเนินการเก็บข้อมูลเป็นการสุ่มตัวอย่างประชากรในพื้นที่อำเภอโพธิ์ทอง ผู้วิจัยต้องใช้ระยะเวลาในการเดินทางไปในพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูลและดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมของการวิจัย ผู้วิจัยจึงต้องประสานผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อการวางแผนการจัดเวลาที่เหมาะสมกับการลงพื้นที่ให้เกิดประโยชน์ต่อประชาชน

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

๘.๑ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างบางรายยังอยู่ในวัยทำงาน ต้องออกไปทำงานนอกบ้าน การเยี่ยมแต่ละครั้งต้องวางแผนและนัดหมายการออกเยี่ยมบ้าน และหากมีการกิจจำเป็นที่สำคัญต้องปรับแผนการนัดหมายเพื่อให้เป็นไปตามแบบแผนของการวิจัย

๘.๒ การสร้างสัมพันธภาพ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจในรูปแบบวิจัยจำเป็นต้องใช้เวลา บางครั้งจำเป็นต้องใช้รูปแบบกลุ่มเป้าหมายเดี่ยวและสองคนขึ้นไป เพื่อปรับตามแผนกระบวนการและตามระยะเวลาที่กำหนด

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. บุคลากรในสถานบริการสาธารณสุขเพิ่มกิจกรรมและช่องทางการให้ความรู้ที่ถูกต้องกับประชาชนกลุ่มที่ยังไม่ได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ ครั้งที่ ๓ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเหล่านี้มีความรู้และเจตคติที่ดีต่อการรับวัคซีน และรับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ ครั้งที่ ๓ เพิ่มขึ้น

๒. บุคลากรสาธารณสุขประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนมีพฤติกรรมมารีการล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือแอลกอฮอล์ทุกครั้งก่อนหยิบจับสิ่งของเป็นสิ่งที่จำเป็นในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ (Covid-๑๙), การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล ๑ - ๒ เมตร เป็นมาตรการที่จำเป็นในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ (Covid-๑๙), การสวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย สามารถป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ (Covid-๑๙) อย่างต่อเนื่องเนื่องจากเป็นพฤติกรรมที่ดีและประชาชนมีความรู้ความเข้าใจด้านนี้ดีอยู่แล้ว

๓. แบบแสดงสรุปการเสนอผลงาน (ต่อ)

๓. จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าเจตคติที่ไม่ดีคือการรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับวัคซีนจากสื่อต่าง ๆ จำเป็นอย่างยิ่งต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงควรประชาสัมพันธ์ข้อมูลด้านผลกระทบจากวัคซีนที่ถูกต้องกับประชาชน เพื่อความรู้ความเข้าใจ และเกิดการยอมรับวัคซีนโคโรนาไวรัสมากขึ้น

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

เผยแพร่ผลงานวิจัยโดยการนำเสนอผลงานวิชาการ ในวันที่ ๒๒ สิงหาคม ๒๕๖๗ ในการประชุมมหกรรมวิชาการเขตสุขภาพที่ ๔ ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

๑๑. สัดส่วนผลงานของผู้ขอประเมิน ร้อยละ ๑๐๐

๑๒. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางวันดี สุขโชติ สัดส่วนผลงาน ๑๐๐%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ)

(นางวันดี สุขโชติ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)

ผู้ขอประเมิน

(วันที่)... ๒๗.../...พฤศจิกายน...../....๒๕๖๗....

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

ลงลายมือชื่อ

ชื่อผู้ขอรับการประเมิน นางวันดี สุขโชติ

.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(...นางธีรารัตน์...ต้นคุ้ม...)

(ตำแหน่ง) ...หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม..

(วันที่)...๒๗.../...พฤศจิกายน...../....๒๕๖๗....

ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ)

(..นายมิโชคชัย...วิเศษสิทธิโชค..)

(ตำแหน่ง) ...ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโพธิ์ทอง....

(วันที่)...๒๗.../...พฤศจิกายน...../....๒๕๖๗....

ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

บรรณานุกรม

- เกตุรินทร์ บุญคล้าย, วรณชาติ ตาเลิศ, อนุสร การเกษ, พิษณุณัฐ แก้วอำไพและนนทรรัตน์ จำเริญวงศ์. (๒๕๖๕).ความสัมพันธ์การรับรู้ทัศนคติและความรอบรู้เกี่ยวกับวัคซีนโควิด ๑๙ ประชาชนในประเทศไทย.วารสารวิชาการสาธารณสุขปีที่ ๓๒ ฉบับที่ ๓ (พฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๖๖)
- ชนิษฐา ชื่นใจและบุญกา ปิณฑุรอำพร. (๒๕๖๕). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ ของประชากรในกรุงเทพมหานคร.สืบค้น ๒๗ มกราคม ๒๕๖๗,จาก <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/twin-๙/๖๒๑๔๑๕๔๐๓๗.pdf/> ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีน
- ป้องกันโควิด-๑๙ (Covid-๑๙)
- ชุตินา บุญทวี. (๒๕๖๕).ปัจจัยที่ส่งผลต่อเจตจำนงการเข้ารับวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙เพิ่มกระตุ้นของบุคลากรกลุ่มงานพยาบาลโรงพยาบาลตำรวจ.วารสารเพื่อการส่งเสริมการวิจัยและคุณภาพชีวิต.ปีที่ ๒ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม - สิงหาคม ๒๕๖๕)
- ธนวัฒน์ รวมสุข,ศุภลักษณ์ พื้นทอง,ประภัสสร ธรรมเมธา,นงนุช วงศ์สว่าง,นพวรรณ ดวงจันทร์,ชลธิชา บุญศิริและจิรกุล ครบสอน. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อโควิด-๑๙ ๒๐๑๙ ของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข ๒๕๖๕
- นภชา สิงห์วีระธรรม,เพ็ญนภา ศรีหรั่ง,อรนุช ทองจันดี,วุฒิกุล ธนากาญจน์ภักดี,อัจฉรา คามะหิตย์และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. (๒๕๖๕).ปัจจัยที่มีผลต่อความเต็มใจยอมรับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-๑๙ กรณีเข็มที่ ๑ และ กรณีกระตุ้นซ้ำ (เข็ม ๒ ขึ้นไป) ๓) ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- เนตรนภา สาสังข์,ธนพล อุทัยกาล,พิมพ์ชนก วรจันทร์และสโรชา แก้วปานกัน. (๒๕๖๕).ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจของผู้ปกครองเด็กอายุ ๐-๔ ปี ในการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-๑๙ อำเภอ บางปะหัน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.วารสารวิจัยและพัฒนาโดยลงกรรม ในพระบรมราชูปถัมภ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ปีที่ ๑๘ ฉบับที่ ๒ (พฤษภาคม - สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๖)
- พีรวัฒน์ ตระกูลทวีสุข. (๒๕๖๕).ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-๑๙ และข้อกังวลในบุคลากรทางการแพทย์. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ
- ราชกิจจานุเบกษา. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๓. เล่ม ๑๓๗ ตอนพิเศษ ๔๘ ง ๒๙ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ สรรเสริญ อึ้งอึ้ง. (๒๕๖๕).ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด ๑๙ เข็มกระตุ้น (เข็ม ๓) ของผู้สูงอายุ ในเขตอ อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา. เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการปีที่๑ สิทธิพร สุนทร, วชิรินทร์ สุทธิชัย, พงษ์ศักดิ์ ชิมมอนค์ส, รัชนิดา ไสยรสและภณทิลา น้อยเจริญ. (๒๕๖๒).
- แนวคิดและกระบวนการขั้นตอนในการกำหนดขนาดตัวอย่างด้วย G*Power. วารสารสหวิทยาการวิจัย:ฉบับบัณฑิตศึกษา ๑. ปีที่ ๘ ฉบับที่ ๑ (มกราคม-มิถุนายน ๒๕๖๒)
- สุจิต แสนเกา. (๒๕๖๖).ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ปกครองในการฉีดวัคซีนโควิด-๑๙แก่เด็ก อายุ ๖ เดือน ถึง ๔ ปี ในโรงพยาบาลจตุรัส จังหวัดชัยภูมิ.ชัยภูมิเวชสาร.ปีที่ ๔๓ ฉบับที่ ๒ (ธันวาคม ๒๕๖๖)

บรรณานุกรม

สุริพันธ์ วรพงศธร. (๒๕๕๘). การวิจัยทางสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วิฑูรย์การปกครองการอนามัยโลก. (๒๕๖๔). ความรู้เกี่ยวกับโคโรนาไวรัสโควิด-๑๙. สืบค้นเมื่อวันที่ ๒๘ มกราคม ๒๕๖๗. จาก

Benjamin, S Bloom. ๑๙๘๖. Learning for mastery'. Evaluation comment. Center for the study of instruction program. University of California at Los Angeles. Vol ๒ :๔๗-๖๒.
Best, J.W. ๑๙๗๐. Research in education. Englewood Cliffs, New Jersey: Printice-Hall.
<https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-๒๐๑๙/q-a-on-covid๑๙>.

แบบเสนอแนวทางการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน

(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑.เรื่อง พัฒนาโปรแกรมป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ทอง จังหวัดอ่างทอง

๒.หลักการและเหตุผล

การพลัดตกหกล้มเป็นอุบัติการณ์ไม่เพียงประสงค์ที่พบบ่อยในโรงพยาบาลโดยเป็น ๑ ใน ๕ อันดับแรกของอุบัติเหตุที่พบในผู้ป่วย (Loria, & Bhargava, ๒๐๑๓) ซึ่งพบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี และจะเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้น (Majkusova , & Jarosova, ๒๐๑๔)จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติระบุว่าประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุ(Aging society) ตั้งแต่ปี ๒๕๔๗-๒๕๔๘ ในขณะนั้นมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ ๑๐.๔ ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ภายในปี ๒๕๖๘ ซึ่งจะมีประชากรอายุ ๖๕ ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งประเทศ(วันทนีย์ กุลเพ็งธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี,วิฑริช พันธุมงคล, จิตติ วิสัยพรม และศรีเพ็ญ ตันติเวช, ๒๕๖๑) ปี ๒๕๖๖ ประเทศไทยมีประชากรผู้สูงอายุจำนวน ๑๒,๘๑๔,๗๗๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๙.๔๐ ส่วนมากอยู่ในช่วงอายุ ๖๐-๖๙ ปี คิดเป็นร้อยละ ๕๖.๖๙ (สถิติผู้สูงอายุไทยปี ๒๕๖๕, กรมกิจการผู้สูงอายุ) ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจังหวัดอ่างทอง ปี ๒๕๖๖ มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งชายหญิงจำนวน ๕๗,๕๓๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๒๓.๔๐ การคัดกรองผู้สูงอายุ ๙ ด้าน พบความเสี่ยง/สิ่งที่ผิดปกติ ดังนี้ ด้านความสามารถในการทำ กิจกรรมประจำวัน (ADL) กลุ่มติดสังคม ๙๗.๓๕ %กลุ่มติดบ้าน ๑.๘๕ % กลุ่มติดเตียง ๐.๗๙ % ด้านการเคลื่อนไหว ๘.๒๔ % ด้านสายตา ๖.๐๒ % ด้านการกลืนปัสสาวะ ๒.๓๕ % ด้านความคิดความจำ ๑.๙๖ % ผลกระทบของการพลัดตกหกล้ม ก่อให้เกิดการบาดเจ็บและการฟื้นตัวล่าช้า เพิ่มภาวะแทรกซ้อนต้องให้การรักษาเพิ่มขึ้นและอาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ นอกจากนี้ ยังมีผลต่อสภาพจิตใจหลังเกิดการพลัดตกหกล้มผู้ป่วยจะกลัวการหกล้มซ้ำ ทำให้ลดการทำกิจกรรม และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันน้อยลง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, ๒๕๕๘) ผู้สูงอายุที่เกิดการพลัดตกหกล้มจะส่งผลกระทบทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านร่างกายมีตั้งแต่ได้รับบาดเจ็บในระดับเล็กน้อยจนถึงขั้นรุนแรงการบาดเจ็บที่พบบ่อยและคุกคามชีวิตของผู้สูงอายุมากที่สุดคือการเกิด ข้อสะโพกหัก ซึ่งใช้ระยะเวลาในการรักษานานส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นจนเกิดการสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นผู้ป่วยติดเตียง เป็นภาระต่อญาติและสังคมโดยรวม จากสถิติการพลัดตกหกล้มของอำเภอโพธิ์ทอง โดยพบเป็นผู้สูงอายุทั้งหมด เกิดขึ้นทั้งในขณะ มีญาติและไม่มีญาติอยู่ในห้อง พบบ่อยขณะที่ผู้ป่วยลุกลงเตียงเองโดยไม่ขอความช่วยเหลือจากญาติ หรือเจ้าหน้าที่ ส่วนใหญ่ลุกเดินไปเข้าห้องน้ำโดยเฉพาะในเวลากลางคืน พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิด อุบัติการณ์เกิดได้ทั้งปัจจัยภายนอกและภายใน จากตัวผู้ป่วยเองและสิ่งแวดล้อมรวมถึงการประเมิน ความเสี่ยงของพยาบาลยังไม่ต่อเนื่อง ดังนั้นการลดความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยมี เครื่องมือในการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ครอบคลุม ได้แก่ ภาวะการรู้คิดบกพร่อง ระบบประสาท ภาวะ กลืนปัสสาวะไม่ได้ความผิดปกติในการเดิน ทรงตัว เคลื่อนไหว ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง ความผิดปกติในการมองเห็น รวมถึงการพัฒนาแนวทางปฏิบัติจากงานวิจัยที่ดีและมีคุณภาพ จะสามารถ ป้องกันการหกล้มและลดความรุนแรงของการบาดเจ็บจากการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อพัฒนาโปรแกรมป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอำเภอโพธิ์ทอง
๒. เพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอำเภอโพธิ์ทอง
๓. เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆภายหลังจากการเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ

๓.บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

บทวิเคราะห์

จากปัญหาการเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ตลอดจนส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน การพลัดตกหกล้ม หมายถึง การเปลี่ยนตำแหน่งของร่างกายจากการยืน ไถลหรือตกลง ไปสู่พื้นหรือพื้นผิวอื่นที่ต่ำกว่าร่างกายเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้ตั้งใจและไม่สามารถควบคุม ได้ ส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรือไม่ได้รับบาดเจ็บ (พิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์, ๒๕๕๒) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาลพลัดตกหกล้มเกิดจากปัจจัยภายใน (intrinsic factors) และปัจจัยภายนอก(extrinsic factors) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ๒๕๕๒)

ปัจจัยภายในเป็นลักษณะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาและความเจ็บป่วยของ ผู้สูงอายุได้แก่

๑. อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เสื่อมตามวัย ซึ่งผู้สูงอายุ จะมีสมรรถภาพทางกายลดลงได้แก่การเคลื่อนไหว การทรงตัว การมองเห็น การเปลี่ยนแปลง ดังกล่าวเป็นสาเหตุการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุทั้งสิ้น ผู้ที่มีอายุมากกว่า ๘๐ ปีขึ้นไปมีโอกาสเสี่ยง ต่อการพลัดตกหกล้มสูงเป็น ๒.๙ เท่าของผู้ที่มีอายุระหว่าง ๖๐-๖๙ ปีเพศหญิงเกิดอุบัติการณ์มากกว่า ผู้ชาย เนื่องจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อผู้ชายมากกว่าผู้หญิง (เปรมกมล ขวนขวย, ๒๕๕๐)

๒. การเปลี่ยนแปลงของสภาวะจิตใจเป็นผลจากการทำงานที่ผิดปกติของสมอง ทำให้เกิดอาการสับสน(confusion) สูญเสียความจำ(memory Loss) สูญเสียความรู้สึกตัวหรือการรับรู้(loss of orientation) เกิดภาวะซึมเศร้าสับสนเฉียบพลัน (delirium) ภาวะสมองเสื่อม (dementia) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้ป่วยพลัดตกหกล้มในโรงพยาบาล

๓. ประวัติการหกล้ม ผู้สูงอายุที่เคยพลัดตก หกล้มอย่างน้อยหนึ่งครั้งภายในหนึ่งปี ที่ผ่านมามีโอกาสเกิดซ้ำได้มากกว่าผู้ที่ไม่เคยหกล้ม และ โอกาสที่จะเกิดการล้มซ้ำจะเพิ่มขึ้นตามจำนวนครั้งของการล้มเนื่องมาจากความกลัวต่อการหกล้ม ซ้ำซึ่งเป็นปัญหาด้านจิตใจที่เกิดขึ้นหลังการพลัดตกหกล้ม

๔. การได้รับยาโรคประจำตัวหลายชนิด พร้อม ๆ กัน จนเกิดปฏิกิริยาต่อกันระหว่างยาหรือผลข้างเคียงของยาทำให้มีอาการทางระบบประสาทและทางจิต จึงมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้นได้แก่ ยานอนหลับ ยาระงับ ประสาท ยาแก้ปวด รวมทั้งยาในกลุ่มที่ใช้รักษาปัญหาทางจิต

๕. ลักษณะการเคลื่อนไหว (mobility) ผู้ที่มีอายุระหว่าง ๖๐-๙๐ ปี จะมีมวลกล้ามเนื้อขนาด และจำนวนของใยกล้ามเนื้อ รวมทั้งเอ็นไขว้ที่ ช่วยในการท างานของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงร้อยละ ๒๐-๓๐และกำลังกล้ามเนื้อลดลงร้อยละ๔๕อีกทั้งความทนทานของกล้ามเนื้อลดลง ทำให้เกิดกล้ามเนื้ออ่อนแรง ส่งผลต่อการสูญเสียความสามารถในการเดินและการทรง

ตัวซึ่งจะเพิ่มขึ้นตามอายุ นอกจากนี้ยัง พบว่าความผิดปกติในการเคลื่อนไหวอาจเกิดจากรอยโรคในระบบประสาท ภาวะซึมเศร้าและ สับสนเฉียบพลัน ไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมไม่มีอุปกรณ์ช่วยเดิน ความเกรงใจบุคลากรทางการ พยาบาลการได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำ การใส่คาสายสวนปัสสาวะ ไม่มีราวให้จับหรือเกาะ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ยอมเดินหรือเคลื่อนไหวน้อยลง (ประเสริฐ อัสสันตชัย, ๒๕๕๘

๖. ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ ความบกพร่องทางสายตา เช่น ตาฝ้าจากต้อกระจก สายตาวาย ซึ่งปัจจัยความบกพร่องทางสายตามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุความบกพร่องของการทรงตัวการ ใช้ยาหลายชนิดที่มีผลต่อระบบการทรงตัวหรือการรับรู้ลดลง เช่น ยานอนหลับ ยาขยายหลอดเลือด หรือยาขับปัสสาวะที่ทำให้มีอาการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ทำให้เร่งรีบเข้าห้องน้ำเกิดการหกล้มได้ง่าย ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological Factors)ความบกพร่องทางด้านจิตใจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ ผู้สูงอายุเกิดการพลัดตกหกล้มได้แก่ ภาวะซึมเศร้าทำให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมช้าความ กลัวการหกล้มซ้ำ(post fall syndrome) ซึ่งมีผลต่อความสามารถในการทรงตัว ผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติพลัดตกหกล้มจะมีความเสี่ยงต่อการล้มซ้ำมากกว่าผู้ที่ไม่เคยหกล้ม ปัจจัยภายนอกจากสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยรอบตัวรวมถึงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการ พลัดตกหกล้มได้แก่แสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นขรุขระไม่เรียบ การลुकลงเตียงไม่ถูกวิธีมีสิ่งกีดขวาง เกกะทางเดิน พื้นลื่น การใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดใหญ่หรือหลวมเกินไปอาจท ำให้เดินสะดุด รองเท้าที่มี รูปทรงไม่พอดีกับเท้าหรือส้นสูง ความเร่งรีบในการทำกิจกรรม การเลี้ยงสัตว์เลี้ยงที่อาจวิ่งชนหรือ คลอเคลียเวลาเดินทำให้หกล้มได้

ผลกระทบจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมีดังต่อไปนี้

๑. ด้านร่างกายการพลัดตกหกล้มนำมาสู่การได้รับบาดเจ็บ เช่น กระดูกหักเลือดคั่งได้สมอง และการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อ ทำให้ผู้สูงอายุไม่เคลื่อนไหวนำมาสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ ข้อติด แข็งแผลกดทับและการติดเชื้อการมีลิ้มเลือดอุดตันบริเวณหลอดเลือดดำลึก

๒. ด้านจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุขาดความมั่นใจในตนเองและกลัวการหกล้มซ้ำจนไม่กล้า เดินออกนอกบ้านทำให้เกิดการพึ่งพามากขึ้น ทำให้เป็นภาระของครอบครัวตามมา

๓. ด้านเศรษฐกิจและสังคม การเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษามีผลกระทบต่อครอบครัว

แนวความคิด

ผู้ศึกษาได้ศึกษาแบบเครื่องมือคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้มที่เป็นมาตรฐาน Morse Fall Risk Assessment (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, ๒๕๕๑) จากสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งจะดำเนินการประเมินปัจจัยที่เสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในหัวข้อกำลังกล้ามเนื้อ การเดิน การเคลื่อนย้าย เป็นต้น เพื่อที่จะนำเครื่องมือชนิดนี้มาใช้ในการคัดกรองแยกกลุ่มเสี่ยงที่ต้องรีบดำเนินการแก้ไข และศึกษาการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อด้วยวิธี Otago Exercise จาก Physiopedia นำข้อมูลที่ศึกษาทั้งหมดร่วมกับคิดหาโปรแกรมในการดำเนินงานติดตามผลข้อมูลมาพัฒนาเป็นโปรแกรมป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ทอง เพื่อที่จะส่งเสริมสุขภาพของป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พัฒนาคุณภาพชีวิต ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และลดจำนวนผู้ป่วยติดเตียงจากสาเหตุการเกิดพลัดตกหกล้ม โดยมีกระบวนการดำเนินงานดังต่อไปนี้

กลุ่มเป้าหมาย

ประชากรผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ทอง จำนวน ๕๐ คน

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นเตรียมการ:

๑. นำข้อมูลสถานการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มในอำเภอโพธิ์ทองที่ได้จากการวิเคราะห์มาวางแผนพัฒนางาน

๒. จัดทำโปรแกรมป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ทอง ซึ่งเป็นปัญหาในพื้นที่ โดย ทบพทวนวรรณกรรมและเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องนำมากำหนดกิจกรรม ขอบเขต ระยะเวลาและพื้นที่ เป้าหมายในการดำเนินการ

๓. จัดเตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องเช่นแบบคัดกรองความเสี่ยงและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม Morse Fall Risk Assessment เอกสารแผ่นพับให้ความรู้การออกกำลังกายแบบ Otago Exercise

๔. จัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานโปรแกรมป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ทอง วางแผนดูแลร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและหน่วยงานต่างๆในพื้นที่

ขั้นดำเนินการ:

เป็นระยะการนำโปรแกรมป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ไปดำเนินการจริงมีขั้นตอน ดังนี้

๑. จัดทำโครงการป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอำเภอโพธิ์ทอง ขอรับงบประมาณ สนับสนุนจากเครือข่ายสุขภาพอำเภอโพธิ์ทอง เพื่อพัฒนาทักษะและแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เครือข่ายแกนนำสุขภาพในชุมชนและญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

๒. กำหนดแนวนโยบายขององค์กร เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติงานที่ชัดเจน มุ่งเน้นความปลอดภัยของผู้สูงอายุ กำหนดให้มีการค้นหากลุ่มเสี่ยงในทุกสถานบริการสาธารณสุข และกำหนดแผนการดูแลในแต่ละระดับหน่วยงาน โดยมีเป้าหมายการวางแผนดูแลที่เฉพาะเจาะจงตามปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง

๓. ประสานขอรับงบประมาณและความช่วยเหลือด้านการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมจากหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องเช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตลอดจน องค์กรเอกชนต่างๆ

๔. ให้ความรู้แก่บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข เรื่องการประเมินปัจจัยเสี่ยง การใช้แบบประเมินคัดกรองความเสี่ยงต่อการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม การส่งเสริมการเคลื่อนไหวที่ปลอดภัยและการใช้อุปกรณ์ที่สามารถช่วยในการจำกัดการเคลื่อนไหวต่าง ๆ

๕. ใช้เครื่องมือคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะพลัดตกหกล้ม โดยการ ใช้เครื่องมือแบบประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มที่เป็นมาตรฐาน Morse Fall Risk Assessment ประเมินในหัวข้อกำลังกล้ามเนื้อ การเดิน การทรงตัว สายตา เป็นต้น เพื่อแก้ไขปัจจัยเสี่ยงที่ตรงประเด็นที่สุด

๖. จัดกิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้ในกลุ่มผู้ป่วยและญาติและผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงทุกราย แนะนำในเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก การขอความช่วยเหลือ การให้ความรู้เพื่อหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเช่นไม่เดินเข้าไปในบริเวณที่เปียกน้ำ ญาติตรวจประเมิน ความเสี่ยงจากการเกิดอุบัติเหตุ เช่น หมั่นคอยสังเกตอาการและความผิดปกติของการมองเห็นของผู้สูง

วัย สังเกตอาการและความผิดปกติของการเดิน การทรงตัว เนื่องจากผู้สูงอายุมีกลไกการทำงานที่ควบคุมการทรงตัวของระบบอวัยวะต่าง ๆ ลดลง ทำให้สมดุลในการทรงตัวบกพร่อง สังเกตอาการและความผิดปกติทางด้านการรับรู้ เช่น สับสน หลงลืมเกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่ และบุคคล เป็นต้น รวมทั้งมีการรับรู้ ตัดสินใจ หรือตอบสนองได้ช้าลง ทบทวนและปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการใช้ยาที่ทำให้เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

๗. การดำเนินกิจกรรมตามแผนการดูแล โดยพิจารณาปัจจัยหลาย ๆ ด้านไปด้วยกัน เช่น การลด ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นลื่น เปียก มีหยดน้ำ พื้นผิวขรุขระ มีขั้นสูงต่ำ ขอบไม่เรียบ แสงสว่างไม่เพียงพอ อุปกรณ์ของใช้ไม่มั่นคงชำรุด ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินไม่เหมาะสม การประเมินความสามารถในการขยับถ่ายโดยเฉพาะปัญหาเรื่องการกลืนปัสสาวะ การเฝ้าระวังผู้ป่วยที่มีปัญหา ด้านสมองหรือการรับรู้ การช่วยเหลือผู้ป่วย ที่มีความผิดปกติการมองเห็น ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติการทรงตัวและการเดิน เป็นต้น

๘. จัดกิจกรรมเสริมทักษะส่งเสริมกำลังของกล้ามเนื้อขาด้วยการออกกำลังกายด้วยวิธี Otago Exercise ที่มีหลักการมาจากปัจจัยเสี่ยงทางกายภาพที่สำคัญในการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่น การทรงตัว และความไวในการตอบสนอง ช่วยป้องกันและลดอัตราการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้ ฝึกทำเดินให้ถูกต้อง ฝึกกระดกข้อเท้าขึ้น ฝึกการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น คออะลูมิเนียมที่มี ๔ ขา หรือไม้เท้าปรับพฤติกรรมส่วนตัว เช่น ลูกขึ้นยืนช้า ๆ มองหาวัตถุรอบตัวที่สามารถจับยึดได้ในกรณีฉุกเฉินในกลุ่มเสี่ยง โดยมีแนวทางการประเมินและติดตามผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

๙. ประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วย ตรวจสอบผลข้างเคียงของยา ได้แก่ ยาที่ทำให้วังงซึม ยากล่อมประสาท ยาลดความดันโลหิต และยาขับปัสสาวะ หรือมีประวัติการใช้ยาเป็นประจำตั้งแต่ ๔ ชนิดขึ้นไป (ไม่รวมวิตามิน) ถ้ารับยาที่มีผลทำให้วังงซึม หลับ ต้องปรับเปลี่ยนการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการลื่นล้ม

๑๐. สนับสนุนให้มีนวัตกรรมโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

๑๑. ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในภายนอกเพื่อลดปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม แนะนำให้ผู้สูงอายุและญาติหมั่นคอยประเมินสภาพบ้านที่อยู่อาศัย ทั้งในบ้านและบริเวณบ้าน ผู้ป่วยที่มีการหกล้มแล้วก็มีแนวโน้มที่จะหกล้มได้อีกควรค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่อาจต้องแก้ไข เช่น

- ติดตั้งหลอดไฟบริเวณมุมมืดที่เดินผ่านบ่อย ๆ
- เติยงนอน แก้วน้ำ และโถส้วมควรมีความสูงพอเหมาะ
- วัสดุที่ใช้ปูพื้นเป็นชนิดไม่ลื่น
- มีราวเกาะข้างฝาและบริเวณที่ต้องลุกอย่างมั่นคง
- ใช้โถส้วมแบบชักโครก
- ห้องอาบน้ำมีที่นั่งขณะอาบน้ำและเปลี่ยนเสื้อผ้า
- จัดวางของใช้ให้หยิบจับง่ายในระดับข้อศอก
- ห้องนอนและห้องนั่งเล่นควรจัดของใช้ให้เป็นระเบียบ หยิบจับง่าย
- ไม่มีของเกะกะตามพื้นห้องโดยเฉพาะสายไฟ
- จัดให้มีแสงสว่างอย่างเพียงพอ โดยเฉพาะทางเดินไปห้องน้ำ

๑๒. จัดให้มีช่องทางการสื่อสารเช่น การจัดตั้งกลุ่มไลน์ เพื่อใช้ในการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและญาติผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมายในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และรับทราบแก้ไขปัญหาอุปสรรค

๑๓. ร่วมกันวิเคราะห์ผลการดำเนินงานในระหว่างที่ปฏิบัติกิจกรรมปรับเปลี่ยนกระบวนการดำเนินงานในลักษณะวางแผนปฏิบัติตรวจสอบและปรับปรุงหรือ PDCA Cycle (Plan-Do-Check-Act) เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงโปรแกรมป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มแล้วนำกลับไปใช้ก่อนการประเมินผล
ขั้นประเมินผล:

๑. จัดให้มีกิจกรรมการทบทวนประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอำเภอโพธิ์ทอง เพื่อนำผลลัพธ์ของการพัฒนาโปรแกรมมาเทียบกับเป้าหมายที่ต้องการ และติดตามอุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ อำเภอโพธิ์ทอง

ระยะเวลาดำเนินการ : เดือน ตุลาคม ๒๕๖๘ - กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

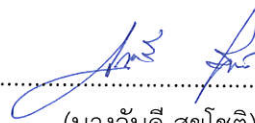
๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

๑. มีโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอำเภอโพธิ์ทอง
๒. ลดอุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอำเภอโพธิ์ทอง
๓. ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆภายหลังจากการเกิดอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ลดจำนวนผู้ป่วยติดเตียงที่เกิดจากการพลัดตกหกล้ม

๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ

๑. มีโปรแกรมป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอำเภอโพธิ์ทอง ภายในปี ๒๕๖๘ จำนวน ๑ โปรแกรม
๒. ร้อยละของอุบัติการณ์การเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอำเภอโพธิ์ทองลดลง ร้อยละ ๕๐
๓. ร้อยละของคะแนนความพึงพอใจของผู้สูงอายุและญาติต่อโปรแกรมป้องกันการเกิดพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุอำเภอโพธิ์ทอง มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๙๐

(ลงชื่อ)



(นางวันดี สุขโชติ)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการพยาบาล)

(วันที่) ๒๗./...พฤศจิกายน.../๒๕๖๗..

ผู้ขอประเมิน

บรรณานุกรม

- กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (๒๕๖๑). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและการประเมินภาวะ
หกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: บริษัท สันทวีการพิมพ์ จำกัด
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (๒๕๕๘). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ ๕).
กรุงเทพฯ:บริษัทยุเนี่ยนครีเอชันจำกัด' .
- เปรมกมล ขวนขวย. (๒๕๕๐). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน.
วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาชีวสถิติบัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พิมวรินทร์ ลิ้มสุขสันต์. (๒๕๕๒). ปัจจัยท านายการเกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. (๒๕๖๐).รายงานประจำปี โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ .
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.
- วันทนี กุลเพ็ง, ธัญญรัตน์ โอนทัยสินทวี,วิฑริช พันธุมงคล, จิตติ วิสัยพรมและศรีเพ็ญ ตันติเวสส.
(๒๕๖๑).โครงการศึกษาการด าเนินการมาตรการป้องกันการพลัดตกหกล้มและภาวะ
สมองเสื่อมของผู้สูงอายุในชุมชนในประเทศไทย. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข.
- สุทธิชัยจิตะพันธ์กุล. (๒๕๕๒). หลักสำคัญของเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกัน/ประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ.
กรุงเทพฯ : ซีจี ทูล,๒๕๕๑.
- Loria, G., & Bhargava, A. (๒๐๑๓). Prevention of patient falls-A case study. Apollo
Medicine, ๑๐(๒), ๑๗๕-๑๘๐
- Majkusova, M., & Jarosova, D (๒๐๑๔). Fall risk factors in an acute care setting:
A retrospective study. Cent Eur J Nurs Midw, ๕(๒), ๔๗-๕๓