



วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

JOURNAL OF PUBLIC HEALTH AND INNOVATION

ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566 VOL.3 NO.3 SEPTEMBER - DECEMBER 2023



2023



TEL. 035-454049 ต่อ 5107



FAX.035-454050



EMAIL : J-PHIN@PHCSUPHAN.AC.TH



[HTTPS://HE01.TCI-THAIJO.ORG/INDEX.PHP/J-PHIN/SUBMISSIONS](https://he01.tci-thaijo.org/index.php/j-phin/submissions)



สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
77 หมู่ 4 ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000



วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
Journal of Public Health and Innovation: J-PHIN

ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับผลงานทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา สิ่งแวดล้อม นวัตกรรมสุขภาพและความรู้ จากศาสตร์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่ นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักสาธารณสุข ทั้งในประเทศและ ต่างประเทศ
2. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การพยาบาล การสาธารณสุข การศึกษา สิ่งแวดล้อม นวัตกรรมสุขภาพ
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่าง วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรีกับหน่วยงานภายนอกในส่วนภาครัฐและเอกชน ทั้งในประเทศและต่างประเทศ

สำนักงาน

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
77 หมู่ 4 ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000
โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 5107 โทรสาร 035-454050
e-mail : j-phin@phcsuphan.ac.th
website: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/J-PHIN/submissions>

พิมพ์ที่

ร้านสุพรรณก๊อปปี้ 5/28-29 ตำบลรั้วใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี
โทรศัพท์ 035-961579 โทรสาร 035-961579 e-mail : suphancopy.11@gmail.com

ISSN : 2773-899X (Online)

ISSN : 2773-9112 (Print)



วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

Journal of Public Health and Innovation: J-PHIN

ปีที่ 3 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566

ที่ปรึกษา

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ทันตแพทยสภากร ศรีไทย

บรรณาธิการ

ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.กิตติพร เนาว์สุวรรณ
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา

กองจัดการ

นางสาวศุภนิช ทับชัย
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.สิทธิกร พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ
รองศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล่าศิริวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวง
รองศาสตราจารย์ ดร.สุภาภรณ์ สุตหนองบัว
รองศาสตราจารย์ ดร.สมัทนา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยมล
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักขมัจจุกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐวดี แก้วสุทธา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง
อาจารย์ ดร.อรอนพ สนธิไชย
อาจารย์ ดร.ภคิน ไชยช่วย
อาจารย์ ดร.สุชาติ ผาอาจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
มหาวิทยาลัยนเรศวร
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ดังนี้
ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน
ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม
ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เจ้าของ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรมเป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความ
เพื่อลงตีพิมพ์อย่างน้อยจำนวน 2 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏ
ในวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรมที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ฉบับนี้เป็นฉบับประจำปี ที่ 3 ฉบับที่ 3 ปีพุทธศักราช 2566 จัดทำโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับผลงานทางวิชาการด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาศาสตร์สุขภาพ การพยาบาล การสาธารณสุข สิ่งแวดล้อม นวัตกรรมสุขภาพ และการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ สร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรีกับหน่วยงานภายนอกในส่วนภาครัฐและเอกชน เล่มนี้เป็นเล่มที่สาม ของปี 2566 ปีกระต่าย ซึ่งเป็นเล่มสุดท้าย ผ่านมาอย่างรวดเร็วปีนี้ทางวารสารของเราก็หวังจะพัฒนาเข้าสู่การประเมินคุณภาพมาตรฐานของวารสาร เริ่มต้นมีแต่สิ่งดีงาม และหวังว่าบทความในวารสารนี้จะเป็นประโยชน์ แก่ นักศึกษา อาจารย์ นักวิชาการ นักสาธารณสุข ทั้งในประเทศและต่างประเทศ สามารถเรียนรู้ด้วยตนเองได้ทางเว็บไซต์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี วารสารมีกำหนดการเผยแพร่ ปีละ 3 ฉบับ คือ ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม

เนื้อหาในวารสารฉบับนี้ มีบทความวิจัย 10 เรื่อง บทความทุกเรื่องสามารถ Download ได้ในรูปแบบ pdf. File ขณะเดียวกันหากมีความสนใจในการ เขียนบทความ ทั้งด้านวิชาการ งานวิจัยหรือ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุขชุมชนและสุขภาพ ตลอดจน ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงวารสารให้เหมาะสม ท่านผู้อ่านสามารถแจ้งมายังกองบรรณาธิการได้ จักขอบคุณยิ่ง

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ขอขอบคุณสถาบันพระบรมราชชนก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียน บทความทุกท่านที่มีส่วนร่วมสนับสนุนในการทำให้เสร็จสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพ วารสารศาสตร์สาธารณสุข และนวัตกรรม จะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาทักษะทางวิชาการ และวิชาชีพของบุคลากร สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ ตลอดจนสาขาอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง อันจะเกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาองค์ความรู้ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ และสาขาที่เกี่ยวข้องต่อไป

สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิจัย (Original Article):

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH1

ของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

Factors influencing the need for development of MOPH compliance

among civil servants under the Phetchaburi Provincial Health Office

การพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ.....18

ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

The Development of a Social Support Model to Promote Health Care

Behaviors of Uncontrollable Diabetes Patients

ผลของการนิเทศแบบเสริมพลังต่อความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาล.....32

และนักเวชกิจฉุกเฉิน ในแผนกผู้ป่วยนอก

The Effects of Empowerment Supervision on Knowledge and Triage Skills

of Nurses and Emergency Medical Technician in the Outpatient

Department

รูปแบบการบริโภคอาหารมีอิทธิพลของนักศึกษาระดับปริญญาตรี

วิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง.....41

FOOD CONSUMPTION PATTERNS OF UNDERGRADUATE STUDENTS

AT A PUBLIC HEALTH COLLEGE

การสำรวจปริมาณน้ำตาลจากเครื่องดื่มชาและกาแฟในห้างสรรพสินค้า จังหวัดสุพรรณบุรี53

A survey of sugar beverages of tea and coffee

in the department store in Suphanburi province

ผลของโปรแกรมสมาร์ตแพเร้นท์ต่อความรู้และทักษะการส่งเสริม.....62

พัฒนาการเด็กปฐมวัย

The Effects of The Smart Parents Program on Knowledge and Skills

in Promoting Early Childhood Development

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019.....	75
ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี	
Factors Related to Coronavirus Disease Prevention Behaviors of Dependent Elderly Caregivers Pathum Thani Province	
ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน	93
จังหวัดอุบลราชธานี	
The Factors Affecting Self-Care Behavior of the Homebound Elderly Ubon Ratchathani Province	
ผลของมาตรการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการแพร่กระจาย.....	107
ของไวรัส SARS-CoV-2 สายพันธุ์ต่างๆ ในประเทศไทย	
The Impact of Control Measures Against Coronavirus Disease 2019 and SARS-CoV-2 Variant Outbreaks in Thailand	
ผลสะท้อนของนวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน.....	121
ทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข	
Reflection of the Psychological Counseling Innovation For Healthcare Professionals' Psychological Immunity Enhancement	

**ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH
ของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี**
**Factors influencing the need for development of MOPH compliance
among civil servants under the Phetchaburi Provincial Health Office**

ไพโรจน์ ไรจนเบญจกุล

Paired Rodjanabenjakul

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

Human Resources Management Subdivision Phetchaburi Provincial Health Office

(Received: April 21, 2023; Revised: August 30, 2023; Accepted: August 30, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH และปัจจัยทำนายความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลจากข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 352 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามโดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามเพื่อทำนายความผันแปร โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน กำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.5 มีคะแนนเฉลี่ย 140.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 26.23 ตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH มีจำนวน 6 ตัวแปร เรียงลำดับความสัมพันธ์จากมากไปน้อยดังนี้ 1) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ 2) อัตราเงินเดือน 3) อายุ 4) ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร 5) ทักษะต่อค่านิยม MOPH และ 6) เพศ (Beta = .357, .316, -.209, .169, .139 และ -.107 ตามลำดับ) โดยปัจจัยทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนายความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ได้ร้อยละ 36.5 ($R^2 = .365$)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรส่งเสริมให้ข้าราชการพัฒนาศักยภาพตนเองโดยมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เพื่อเป็นแรงผลักดันภายในไปสู่ความต้องการประสบความสำเร็จ เสริมสร้างบรรยากาศองค์กรให้เป็นสถานที่ทำงานที่น่าอยู่ น่าทำงาน พัฒนาให้ข้าราชการมีทักษะในการทำงานเป็นทีมโดยมองเป้าหมายความสำเร็จขององค์กรเป็นที่ตั้งร่วมกัน พร้อมกับเสริมสร้างและพัฒนาให้ข้าราชการมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH

คำสำคัญ: ค่านิยม MOPH, ความต้องการพัฒนา, แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์, บรรยากาศองค์กร

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: paired.r@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 065-7261866)

Abstract

The purpose of this descriptive research study was to investigate the need for development of MOPH compliance, the factors influencing the need for development of MOPH compliance, and the factors predicting the need for development of MOPH compliance. A questionnaire was used as a tool to collect data from 352 civil servants under the Phetchaburi Provincial Health Office. Data were analyzed using percent, mean, standard deviation, maximum and minimum values. The relationship between independent and dependent variables was analyzed using Pearson Product Moment Correlation Coefficient. Analyze the rational relationship between independent variables and the need for development of MOPH compliance to predict variation using Stepwise Multiple Regression Analysis. Statistical significance was set at the .05 level.

The study found that most of the samples were following the need for development of MOPH compliance at a high level, 66.5% having an average score of 140.75, standard deviation 26.23. There were 6 independent variables influencing the need for development of MOPH compliance of the sample group, in descending order of relationship as follows: 1) achievement motivation, 2) salary rate, 3) age, 4) satisfaction with the organization climate, 5) attitude towards MOPH values, and 6) gender. (Beta = .357, .316, -.209, .169, .139 and -.107 respectively) All factors predicted the need for development of MOPH compliance by 36.5 percent. ($R^2 = .365$)

Provincial Health Offices should encourage government officials to develop their own achievement motivation. Achievement to be the inner driving force towards the desire to succeed. enhance the organization climate to be a healthy workplace. To develop civil servants to have the skills to work as a team by looking at the success goals of the organization. Strengthen and develop civil servants to have positive attitudes regarding the adherence to the MOPH values.

Keywords: MOPH values, development needs, achievement motivation, organization climate

บทนำ

ค่านิยมเป็นพลังที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใต้พฤติกรรมทางสังคมส่วนใหญ่ของมนุษย์ สังคมจะเจริญก้าวหน้าหรือเสื่อมไปในทิศทางใดนั้นย่อมขึ้นอยู่กับค่านิยมของสังคมเป็นสำคัญ ค่านิยมเป็นตัวควบคุมการตัดสินใจของคนในสังคม ค่านิยมเกิดขึ้นจากผลผลิตของวัฒนธรรม สังคม สถาบัน รวมทั้งแรงผลักดันส่วนบุคคล ซึ่งต่างก็มีอิทธิพลในการปั้นแต่งค่านิยมขึ้นมาทั้งนั้น (ราชบัณฑิตยสถาน, 2556) ค่านิยมขององค์กรจะเป็นสิ่งที่ขับเคลื่อนให้บรรลุวิสัยทัศน์ พันธกิจ ส่งผลให้เป็นองค์กรที่มีประสิทธิผลสูง หากปราศจากค่านิยมที่เหมาะสมแล้วการขับเคลื่อนองค์กรเพื่อบรรลุวิสัยทัศน์พันธกิจที่ตั้งไว้จะเป็นไปอย่างยากลำบาก ค่านิยมของข้าราชการไทยในยุคปฏิรูประบบราชการ มีความเชื่อพื้นฐานว่าค่านิยมของข้าราชการมีส่วนสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมของข้าราชการ และข้าราชการประจำเป็นกลไกหรือแขนงสำคัญในการนำนโยบายของรัฐบาลยุคทุกยุคทุกสมัยไปปฏิบัติให้ประสบความสำเร็จ จึงได้มีการกำหนดค่านิยมสร้างสรรค์สำหรับเจ้าหน้าที่ของรัฐไว้ 5 ประการ ได้แก่ 1) กล้ายืนหยัดทำในสิ่งที่ถูกต้อง 2) ซื่อสัตย์ รับผิดชอบ 3) โปร่งใสตรวจสอบได้ 4) ไม่เลือกปฏิบัติ และ 5) มุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน (สำนักงาน ก.พ., 2548)

ในการวางแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข มีเป้าหมายสำคัญ คือ ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยใช้กรอบยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (4 Excellence) ได้แก่ 1) ยุทธศาสตร์สร้างความเป็นเลิศด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Promotion & Prevention Excellence) 2) ยุทธศาสตร์สร้างความเป็นเลิศด้านบริการ (Service Excellence) 3) ยุทธศาสตร์สร้างความเป็นเลิศด้านกำลังคน (People Excellence) และ 4) ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Good Governance Excellence) ภายใต้วิสัยทัศน์ กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักด้านสุขภาพ ที่รวมพลังสังคมเพื่อประชาชนสุขภาพดี มีพันธกิจคือ พัฒนาและอภิบาลระบบสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมและยั่งยืน เพื่อให้เกิดการบรรลุเป้าหมายดังกล่าว กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดค่านิยม MOPH มาใช้ในการขับเคลื่อน ประกอบด้วย Mastery (M): เป็นนายตนเอง หมายถึงการเป็นผู้นำ สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่หลงไปตามความโลภ โกรธ หลง Originality (O): เร่งสร้างสิ่งใหม่ หมายถึงการเป็นผู้ริเริ่มคิดและทำในสิ่งใหม่ รู้จักสร้างสรรค์นวัตกรรม People - centered approach (P): ใส่ใจประชาชน หมายถึง การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ ประชาชนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา และ Humility (H): ถ่อมตนอ่อนน้อม หมายถึงมีความอ่อนน้อมถ่อมตนพร้อมที่จะสร้างความร่วมมือจากภาคทุกภาคส่วน (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ได้ถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ผ่านคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลสาธารณสุขระดับจังหวัด ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 เป็นต้นมา พร้อมกับได้ดำเนินการจัดทำแผนขับเคลื่อนค่านิยม MOPH สู่การปฏิบัติอย่างครอบคลุมทั้งในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากการนิเทศงานผสมผสานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ประจำปีงบประมาณ 2564 พบว่าหน่วยงานบางแห่งยังไม่สามารถถ่ายทอดค่านิยม MOPH สู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม ประกอบกับบุคลากรบางส่วนยังไม่ทราบถึงวิธีปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในแต่ละด้านได้อย่างถูกต้อง การที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรีจะขับเคลื่อนการดำเนินงานไปสู่เป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขได้นั้น บุคลากรทุกระดับจะต้องตระหนักถึงการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH แต่การปฏิบัตินั้นจะมีปัจจัยต่างๆ ทั้งปัจจัยภายนอก และปัจจัยภายในที่แตกต่างกันของแต่ละองค์กรเข้ามาเกี่ยวข้อง ซึ่งในช่วงเวลาที่ผ่านมายังไม่มีผลการประเมินผลการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH อย่างเป็นรูปธรรม (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี, 2564) ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เนื่องจากข้าราชการเป็นกลุ่มบุคลากรส่วนใหญ่ และมีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนส่งเสริมสนับสนุนให้ข้าราชการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ซึ่งจะนำไปสู่การสร้างวัฒนธรรมองค์กรที่กำหนดทิศทางการดำเนินงาน เพื่อเป็นการตอบสนองนโยบายของแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ตามเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอำนาจทำนายความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

สมมติฐานการวิจัย

1. ความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี อยู่ในระดับมาก
2. ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี
3. ความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH ทศนคติเกี่ยวกับค่านิยม MOPH ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร และแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม

ปัจจัยส่วนบุคคล

- 1) เพศ 2) อายุ 3) เจเนอเรชั่น 4) สถานภาพ
- 5) ระดับการศึกษา 6) ระดับตำแหน่ง
- 7) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ 8) สถานที่ปฏิบัติงาน
- 9) อายุราชการ 10) การประกอบอาชีพเสริม
- 11) อัตรารายได้เดือน 12) รายได้อื่นต่อเดือน
- 13) รายจ่ายต่อเดือน 14) ภาระหนี้สิน
- 15) ปัญหาสุขภาพ
- 16) การได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19

ปัจจัยเชิงนโยบาย

- 17) การรับรู้วิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร
- 18) การรับรู้การถ่ายทอดค่านิยม MOPH
- 19) ความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH
- 20) ทศนคติเกี่ยวกับค่านิยม MOPH
- 21) ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร
- 22) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์

ความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม

MOPH

- ๑ค่านิยม Mastery (M) : เป็นนายตนเอง
- ๑ค่านิยม Originality (O) : เร่งสร้างสิ่งใหม่
- ๑ค่านิยม People-centered approach (P) : ใส่ใจประชาชน
- ๑ค่านิยม Humility (H) : ถ่อมตนอ่อนน้อม

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ได้แก่ ข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ซึ่งได้รับการบรรจุเข้ารับราชการอยู่ก่อนวันที่ 1 พฤษภาคม 2564 จำนวน 1,974 คน
2. สำหรับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้ตารางคำนวณของเครจซี่และมอร์แกน (Robert V. Krejcie and Eayle W. Morgan, 1970) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 322 คน โดยผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและได้รับแบบสอบถามกลับมาไม่ครบถ้วน จึงใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 355 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบโควต้า โดยกำหนดสัดส่วนตามจำนวนข้าราชการของหน่วยงานทุกระดับในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 15 คน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี จำนวน 123 คน โรงพยาบาลชุมชน 7

แห่ง จำนวน 132 คน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 8 อำเภอ จำนวน 10 คน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 117 แห่ง จำนวน 75 คน และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายตามบัญชีรายชื่อข้าราชการของแต่ละหน่วยงาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามสำหรับเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งถูกสร้างและพัฒนาโดย นายชยา เครื่องทิพย์ นักวิชาการอิสระ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) เจเนอเรชั่น 4) สถานภาพ 5) ระดับการศึกษา 6) ระดับตำแหน่ง 7) ลักษณะงานที่ปฏิบัติ 8) สถานที่ปฏิบัติงาน 9) อายุราชการ 10) การประกอบอาชีพเสริม 11) อัตราเงินเดือน 12) รายได้อื่นต่อเดือน 13) รายจ่ายต่อเดือน 14) ภาระหนี้สิน 15) ปัญหาสุขภาพ 16) การได้รับผลกระทบจากโควิด-19 17) การรับรู้วิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร และ 18) การรับรู้การถ่ายทอดค่านิยม MOPH มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ และเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH ประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบให้พิจารณาข้อความ ถ้าข้อความถูกต้องให้ตอบว่าใช่ ถ้าข้อความไม่ถูกต้องให้ตอบว่าไม่ใช่ แต่ถ้าไม่ทราบว่าข้อความนั้นถูกต้องหรือไม่ถูกต้องให้ตอบว่าไม่ทราบ ข้อความที่ถูกต้อง มีจำนวน 6 ข้อ และข้อความที่ไม่ถูกต้อง มีจำนวน 4 ข้อ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบได้ 0 คะแนน ดังนั้น คะแนนจะอยู่ระหว่าง 0 – 10 คะแนน แบ่งระดับความรู้ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom (1971) ดังนี้

เกณฑ์	ระดับความรู้	ช่วงคะแนน
คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60	ต่ำ	0 – 5
คะแนนร้อยละ 60 – 79.99	ปานกลาง	6 – 7
คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป	สูง	8 – 10

ส่วนที่ 3 ปัจจัยการรับรู้ ประกอบด้วย 1) ทศนคติเกี่ยวกับค่านิยม MOPH 2) ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร และ 3) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ประกอบด้วยข้อคำถามด้านละ 10 ข้อ เป็นคำถามที่มีข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบ ใช้การประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ (อัครา ประเสริฐสิน, 2563)

ระดับการรับรู้	คะแนนเชิงบวก	คะแนนเชิงลบ
น้อยที่สุด	1	5
น้อย	2	4
ปานกลาง	3	3
มาก	4	2
มากที่สุด	5	1

ส่วนที่ 4 ความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบเป็นแบบประมาณค่า (Rating scale) ตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ เป็นคำถามที่มีข้อความเชิงบวกทั้งหมด ใช้การประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มีความต้องการพัฒนาการปฏิบัติที่น้อยที่สุด มีค่า 1 คะแนน มีความต้องการพัฒนาการปฏิบัติที่น้อย มีค่า 2 คะแนน มีความต้องการพัฒนาการปฏิบัติปานกลาง มีค่า 3 คะแนน มีความต้องการพัฒนาการปฏิบัติมาก มีค่า 4 คะแนน และมีความต้องการพัฒนาการปฏิบัติมากที่สุด มีค่า 5 คะแนน (อจศรา ประเสริฐสิน, 2563)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านตรวจสอบความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ผลปรากฏว่าได้ค่าดัชนีความสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 จากนั้นจึงนำเครื่องมือที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try out) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี ใช้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเข้าใจในเนื้อหา โดยใช้ KR-20 (Kuder-Richardson 20) สำหรับวิเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH ผลจากการวิเคราะห์ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.924 และวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของทัศนคติเกี่ยวกับค่านิยม MOPH ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1977) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.935, 0.941, 0.938 และ 0.943 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ประสานงานไปยังผู้รับผิดชอบงานบุคลากรของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลชุมชนทั้ง 7 แห่ง และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 8 อำเภอ ให้ช่วยดำเนินการแจกแบบสอบถามแก่กลุ่มตัวอย่างตามจำนวนโควตา โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากบัญชีรายชื่อข้าราชการในแต่ละหน่วยงาน สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี ผู้วิจัยดำเนินการแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง กำหนดเวลารับแบบสอบถามคืนภายใน 15 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ
2. ความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH ทัศนคติเกี่ยวกับค่านิยม MOPH ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ และความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH วิเคราะห์โดยใช้สถิติร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามโดยใช้การทดสอบสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient)

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม เพื่อทำนายความผันแปรของความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม POPH โดยใช้สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี เลขที่ คจม.พบ. 017/2565 ลงวันที่ 8 มิถุนายน 2565 ผู้วิจัย และผู้ช่วยนักวิจัยแนะนำตัว ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับในการวิจัยโดยมีเอกสารชี้แจงประกอบ รวมถึงอธิบายและตอบข้อซักถามจนเข้าใจเป็นอย่างดี โดยกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะปฏิเสธการให้ข้อมูลในบางข้อได้ หากกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยจะให้ลงนามในเอกสารยินยอมไว้เป็นหลักฐาน พร้อมกับมีพยานรับรอง

ผลการวิจัย

จากการแจกแบบสอบถามให้ข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี จำนวน 355 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืนมา 353 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.43 สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ 352 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 99.71 ผลการวิจัยปรากฏดังนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.7 มีอายุเฉลี่ย 41.36 ปี เจนเนอเรชั่น (Gen) X ร้อยละ 48.9 สถานภาพคู่ ร้อยละ 55.4 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 81.0 ระดับตำแหน่งชำนาญการ ร้อยละ 54.5 ลักษณะงานที่ปฏิบัติเป็นงานดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 47.2 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 37.5 อายุราชการเฉลี่ย 17.36 ปี ไม่ประกอบอาชีพเสริม ร้อยละ 85.5 อัตราเงินเดือนเฉลี่ย 33,718.89 บาท มีรายได้อื่นๆ ต่อเดือนเฉลี่ย 14,251.88 บาท มีรายจ่ายต่อเดือนเฉลี่ย 31,723.10 บาท มีภาระหนี้สิน ร้อยละ 66.2 จำนวนเงินที่เป็นหนี้เฉลี่ย 586,314.95 บาท ไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 82.7 ครอบครัวได้รับผลกระทบจากโรคโควิด-19 ในระดับค่อนข้างน้อย ร้อยละ 50.8 รับรู้วิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร ร้อยละ 93.2 และรับรู้การถ่ายทอดค่านิยม MOPH จำนวน 1 – 2 ครั้ง ร้อยละ 62.8

ความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับค่านิยม MOPH อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 58.2 และมีคะแนนเฉลี่ย 8.64 คะแนน จากคะแนนเต็ม 10 คะแนน (S.D. = 2.15) โดยข้อตอบถูกมากที่สุดได้แก่ ค่านิยม MOPH มีประโยชน์ในการทำให้องค์กรบรรลุเป้าหมายตามวิสัยทัศน์ และพันธกิจ (ใช่) โดยตอบถูกร้อยละ 92.9 และตอบผิดมากที่สุดได้แก่ ค่านิยม People centered approach: ใส่ใจประชาชน หมายถึงภาครัฐต้องทำทุกสิ่งทุกอย่างให้แก่ประชาชนตามรูปแบบเบ็ดเสร็จที่ภาครัฐกำหนดในลักษณะจากบนลงล่าง (ไม่ใช่) โดยตอบผิดร้อยละ 58.0

ทัศนคติต่อค่านิยม MOPH ทัศนคติต่อค่านิยม MOPH ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 3.49 (S.D. = 0.79) ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ ค่านิยม MOPH จะช่วยเสริมสร้างภาพลักษณ์ที่ดีแก่องค์กร มีคะแนนเฉลี่ย 3.58 (S.D. = 0.88) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่

ค่านิยม MOPH ทำให้องค์กรมีการจัดสรรทรัพยากรในการทำงานอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม มีคะแนนเฉลี่ย 3.42 (S.D. = 0.84)

ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กรในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 3.47 (S.D. = 0.54) ซึ่งอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ รู้สึกว่าผู้คนในหน่วยงานมีความเป็นมิตร และมีอัธยาศัยไมตรี มีคะแนนเฉลี่ย 3.69 (S.D. = 0.85) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ รู้สึกพึงพอใจต่อสวัสดิการต่างๆ ที่หน่วยงานจัดให้ มีคะแนนเฉลี่ย 3.22 (S.D. = 0.80)

แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 3.73 (S.D. = 0.59) ซึ่งอยู่ในระดับมาก ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดได้แก่ เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อตนเองสูง มีคะแนนเฉลี่ย 3.99 (S.D. = 0.94) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ ชอบทำงานที่ทำทลายความสามารถ มีคะแนนเฉลี่ย 3.42 (S.D. = 0.75)

ความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH

ด้าน Mastery (M): เป็นนายตนเอง ส่วนใหญ่มีความต้องการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.2 มีคะแนนเฉลี่ย 34.79 (S.D. = 7.32) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ รักษาระเบียบวินัยและเคารพกฎกติกาของสังคม มีคะแนนเฉลี่ย 3.92 (S.D. = 0.95) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ เป็นแบบอย่างที่ดีในด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. มีคะแนนเฉลี่ย 3.75 (S.D. = 0.85)

ด้าน Originality (O): เร่งสร้างสิ่งใหม่ ส่วนใหญ่มีความต้องการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 62.5 มีคะแนนเฉลี่ย 34.37 (S.D. = 6.26) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ พัฒนาตนเองให้เป็นคนทันโลกทันต่อเหตุการณ์และการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านเทคโนโลยีดิจิทัล มีคะแนนเฉลี่ย 3.91 (S.D. = 0.76) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ วางแผนจะทำวิจัยจากงานประจำ (R2R : Routine to Research) มีคะแนนเฉลี่ย 3.57 (S.D. = 0.90)

ด้าน People-centered approach (P): ใส่ใจประชาชน ส่วนใหญ่มีความต้องการพัฒนาการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.9 มีคะแนนเฉลี่ย 35.82 (S.D. = 7.82) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ ให้บริการแก่ประชาชน/ผู้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน มีคะแนนเฉลี่ย 4.03 (S.D. = 0.96) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดได้แก่ เป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชนในด้านการประหยัดพลังงาน และรักษาสีสิ่งแวดล้อมอย่างรู้คุณค่าเพื่อนำมาสร้างสรรค์ประโยชน์ มีคะแนนเฉลี่ย 3.89 (S.D. = 0.86)

ด้าน Humility (H): ถ่อมตนอ่อนน้อม ส่วนใหญ่มีความต้องการพัฒนาการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.9 มีคะแนนเฉลี่ย 35.76 (S.D. = 6.67) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดได้แก่ แสดงความเคารพนบถนอมต่อผู้อื่น และไม่แสดงกิริยาท่าทางที่หยาบกระด้าง มีคะแนนเฉลี่ย 4.01 (S.D. = 0.91) และข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดได้แก่ แสวงหาความร่วมมือในการดำเนินงานจากพันธมิตร และภาคีเครือข่ายต่างๆ มีคะแนนเฉลี่ย 3.90 (S.D. = 0.87)

ความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวม กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 66.5 มีคะแนนเฉลี่ย 140.75 (S.D. = 26.23)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH

ผู้วิจัยได้กำหนดให้ตัวแปรอิสระที่มีการวัดในระดับกลุ่ม (Nominal scale) และจัดอันดับ (Ordinal scale) เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy variables) โดยกำหนดค่าใหม่ให้เป็น 0 กับ 1 เพื่อเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน จากการวิเคราะห์ไม่พบว่ามีตัวแปรอิสระคู่ใดที่มีความสัมพันธ์กันมากกว่า .80 หรือภาวะ Multicollinearity จากนั้นจึงนำตัวแปรอิสระทั้งหมดมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับตัวแปรตามได้แก่ ความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ผลปรากฏตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรอิสระ	ความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH		
	Pearson		
	Correlation (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
1. เพศ	-.299*	.002	ค่อนข้างต่ำ
2. อายุ	-.373**	.000	ค่อนข้างต่ำ
3. เจนเนอเรชัน (Gen)	.119**	.016	ต่ำมาก
4. อายุราชการ	-.181**	.009	ต่ำมาก
5. อัตราเงินเดือน	.378*	.000	ค่อนข้างต่ำ
6. การรับรู้วิสัยทัศน์ พันธกิจขององค์กร	.215*	.010	ค่อนข้างต่ำ
7. การรับรู้การถ่ายทอดค่านิยม MOPH	.182**	.004	ต่ำมาก
8. ทักษะติดต่อค่านิยม MOPH	.362**	.000	ค่อนข้างต่ำ
9. ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร	.369**	.000	ค่อนข้างต่ำ
10. แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์	.512**	.000	ปานกลาง

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากนั้น ผู้วิจัยได้นำตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามทั้ง 10 ตัวแปรเข้าสู่กระบวนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ผลปรากฏดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของตัวแปรอิสระซึ่งมีอิทธิพลต่อความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปรอิสระ	B	Beta	t	p – value
1. แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ (SC)	1.007	.357	7.177	.000
2. อัตราเงินเดือน (SAL)	4.105	.316	3.599	.000
3. อายุ (AGE)	-.325	-.209	-2.377	.018
4. ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร (SB)	.515	.169	3.437	.001
5. ทศนคติต่อค่านิยม MOPH (SA)	.289	.139	2.836	.005
6. เพศ (SEX)	-1.996	-.107	- 2.383	.018

Constant = 66.394 R = .604 R² = .365

จากตารางที่ 2 พบว่าตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 6 ตัวแปร เรียงลำดับความมีอิทธิพลจากมากไปน้อยดังนี้ 1) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ 2) อัตราเงินเดือน 3) อายุ 4) ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร 5) ทศนคติต่อค่านิยม MOPH และ 6) เพศ (Beta = .357, .316, -.209, .169, .139 และ -.107 ตามลำดับ) ตัวแปรอิสระทั้ง 6 ตัวแปรสามารถทำนายความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวม ได้ร้อยละ 36.5 (R² = .365)

โดยสามารถเขียนสมการทำนาย $y = a + bx$ (เมื่อ y = ตัวแปรตาม, a = ค่าคงที่, b = สัมประสิทธิ์ความสัมพันธ์ถดถอยของตัวแปรอิสระ และ x = ตัวแปรอิสระ) ได้ดังนี้

$$\text{MOPH} = 66.394 + 1.007\text{SC} + 4.105\text{SAL} + (-.325)\text{AGE} + .515\text{SB} + .289\text{SA} + (-1.996)\text{SEX}$$

การอภิปรายผล

การอภิปรายผลความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ความต้องการเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้มนุษย์ถูกกระตุ้นให้เกิดความปรารถนาที่จะสนองตอบต่อความต้องการของตนเอง ตามแนวคิดของมาสโลว์กล่าวถึงความต้องการขั้นที่ 7 ได้แก่ความต้องการเข้าถึงศักยภาพแห่งตน คือต้องการจะเติมเต็มศักยภาพของตนเอง ต้องการความสำเร็จในสิ่งที่ปรารถนาของตนเอง ความเจริญก้าวหน้าในการพัฒนาทักษะความสามารถให้ถึงขีดสุด ยอด มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจและคิดสร้างสรรค์สิ่งต่างๆ และต้องการก้าวสู่ตำแหน่งที่สูงขึ้นในอาชีพและการงาน (Maslow, 1970)

การศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชีรวดี ยิงมี และมณฑลชัย โพล้งศิริ (2562) ที่พบว่าความต้องการในการพัฒนาตนเองของบุคลากรสายสนับสนุน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล

ธัญบุรี โดยรวมอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ วราภรณ์ โชติสาร (2563) ที่พบว่าการพัฒนาตนเองที่ส่งผลต่อความพร้อมด้านการเปลี่ยนแปลงองค์กรของพนักงานธนาคารในการเข้าสู่ธนาคารดิจิทัล (Digital Banking) ของพนักงานธนาคารในเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยาอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ สมภพ ห่วงทอง และสุทธิศักดิ์ สุริรัช (2564) ที่พบว่าการพัฒนาตนเองด้านการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุนปฏิบัติการ โรงพยาบาลบ้านคา จังหวัดราชบุรี อยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิฆัมพร อีสริยอนันต์ (2564) ที่พบว่าความต้องการพัฒนาตนเองของบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ ตามนโยบายประเทศไทย 4.0 ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา อยู่ในระดับมาก และการศึกษาของ ดุษฎี อรรถนังกุล และกัลยิตต์ กิริตอังกู (ม.ป.ป.) ก็พบว่าความต้องการในการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งอยู่ในระดับมากเช่นกัน

การอภิปรายผลปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH

แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH มากที่สุด เนื่องจากแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เป็นแรงผลักดันภายในตัวบุคคลที่มีความต้องการประสบความสำเร็จ ซึ่งบุคคลที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงจะเป็นคนที่มีความรับผิดชอบต่องานสูง มีความมุ่งมั่น ขยันอดทน มีความปรารถนาอย่างแรงกล้าที่จะประสบความสำเร็จแม้ว่าจะพบกับปัญหาอุปสรรคต่างๆ ก็ตาม และนอกจากนี้ยังกล้าที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่สถานะที่ดีขึ้น (McClelland, 1961) ดังนั้น การที่ข้าราชการมีความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH สะท้อนให้เห็นว่าข้าราชการมีความต้องการที่จะประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานและชีวิตครอบครัว ซึ่งการที่จะประสบความสำเร็จได้ต้องมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เป็นสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติศักดิ์ เชื้อนวนศ์ และคณะ (2564) ที่พบว่าแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานของบุคลากรส่งผลต่อประสิทธิภาพของศูนย์การศึกษาพิเศษ เครือข่าย 7 สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ ผกาทิพย์ บัวพงษ์ และกฤษดา เขียววัฒนสุข (2564) ที่พบว่าแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในด้านความต้องการที่จะบรรลุผลสำเร็จต่อเป้าหมายที่ท้าทาย และด้านความต้องการที่จะบรรลุผลสำเร็จเพื่อเป็นที่ยอมรับหรือชื่นชมส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของนักวิจัยในสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย

อัตราเงินเดือน ตามแนวคิดความต้องการขั้นที่สี่ของมาสโลว์ อัตราเงินเดือนที่สูงขึ้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความต้องการนับถือตนเองและได้รับการเคารพจากผู้อื่น (Maslow, 1970) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิรมณ นุชเนื่อง และจุฑามาศ ทวีไพบูลย์วงศ์ (2560) ที่พบว่าอัตราเงินเดือนมีผลต่อการพัฒนาตนเองของผู้ประกอบอาชีพวิศวกรรมในสถานประกอบการกลุ่มอุตสาหกรรมยานยนต์ในพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรชนัน หูลขุนทด และธนพัชญ์ เผือกพิพัฒน์ (2563) ที่พบว่ารายได้ต่อเดือนมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่านิยมวัฒนธรรมองค์กรของข้าราชการ และลูกจ้าง สำนักงานเขตในกรุงเทพมหานคร

อายุ ผลการวิจัยสรุปได้ว่า ข้าราชการที่อายุมากขึ้นจะมีความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ลดลง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไปมากถึงร้อยละ 31.5 ซึ่งเป็นไป

ตามความจริงที่ว่าข้าราชการที่มีอายุมากได้ปฏิบัติหน้าที่ราชการมาเป็นเวลานาน และเหลืออายุราชการอีกไม่มากจะวางแผนเกษียณราชการ และต้องการพักผ่อนจึงไม่ค่อยมีแรงจูงใจที่จะพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในขณะที่ข้าราชการกลุ่มอายุน้อยย่อมมีแรงจูงใจที่จะพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH เพื่อหวังโอกาสประสบความสำเร็จในหน้าที่การงานในอนาคต สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑามาศ ทวีขันธ์ และลลิตา นิพัฐประศาสน์ สุนทรวิภาต (2561) ที่พบว่าอายุมีผลต่อการพัฒนาตนเองของข้าราชการตำรวจสังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 32 และ ทิฆัมพร อิสริยานันต์ (2564) ยังพบว่าอายุมีผลต่อความต้องการพัฒนาตนเองของบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการ ตามนโยบายประเทศไทย 4.0 ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ความพึงพอใจต่อบรรยากาศองค์กร บรรยากาศองค์กรเป็นตัวแปรสำคัญที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม และทัศนคติของคนในองค์กร ตามแนวคิดของ Steers & Porter (1983) บรรยากาศองค์กรหมายถึงลักษณะของสภาพแวดล้อมในการทำงานซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล และเป็นเรื่องของความรู้สึกนึกคิดของพนักงานที่มีต่อองค์กร ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการปฏิบัติตามค่านิยมขององค์กร เช่นเดียวกับแนวคิดของ Brown & Moberg (1980) กล่าวว่าลักษณะต่างๆ ในองค์กรที่รับรู้โดยสมาชิกขององค์กรจะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของคนในองค์กรนั้นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ เทียนศรี บางม่วงงาม (2562) ที่พบว่าสภาพแวดล้อมในองค์กรเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ผ่านการอบรมวิศวกรใหม่ บริษัทเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร และนอกจากนี้ การศึกษาของ ดุษฎี อรรถนังกุล และกัลยทิติ์ กิริตอังกูร (ม.ป.ป.) ยังพบว่าความพึงพอใจในการทำงานได้แก่ ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน ด้านโอกาสความก้าวหน้าในตำแหน่งงาน ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ และด้านความรู้สึกมั่นคงในหน้าที่การงาน เป็นตัวแปรสำคัญที่มีอำนาจทำนายความต้องการในการพัฒนาตนเองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง

ทัศนคติต่อค่านิยม MOPH Fishbein & Ajzen (1975) อธิบายว่าทัศนคติเป็นความคิดเห็นซึ่งอารมณ์เป็นส่วนประกอบ เป็นส่วนที่พร้อมที่จะมีปฏิกิริยาเฉพาะอย่างต่อสถานการณ์ภายนอก ทัศนคติเป็นความรู้สึกและความคิดเห็นของบุคคลที่มีต่อสิ่งของ บุคคล สถานการณ์ สถาบัน และข้อเสนอใดๆ ในทางที่ยอมรับหรือปฏิเสธ ซึ่งมีผลทำให้บุคคลพร้อมที่จะแสดงปฏิกิริยาตอบสนองด้วยพฤติกรรมตามแนวคิดนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ มารวย วิชาญยุทธนากุล (2560) ที่พบว่าทัศนคติต่อการทำงานของพนักงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับประสิทธิภาพการปฏิบัติงานของพนักงานโรงแรมระดับ 5 ดาว ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร และสอดคล้องกับการศึกษาของ ถิรวัฒน์ แจ่มกระจ่าง และคณะ (2562) ที่พบว่าทัศนคติเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ หน่วยงานบริหารราชการส่วนภูมิภาค สังกัดกระทรวงมหาดไทย จังหวัดกาญจนบุรี

เพศ จากผลการวิจัยสรุปได้ว่าข้าราชการที่เป็นเพศชายจะมีความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH มากกว่าข้าราชการที่เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรารัตน์ ชูทอง (2561) ในเรื่องปัจจัยต่อการพัฒนาศักยภาพข้าราชการศาลยุติธรรมในเขตอำนาจศาลท้องถิ่นที่จังหวัด

นครศรีธรรมราช พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่เป็นเพศชายจะยอมรับในการพัฒนาศักยภาพมากกว่าเพศหญิง และการศึกษาของ ชีรวดี ยิ่งมี และมงคลชัย โพธิ์ศิริ (2562) พบว่าบุคลากรสายสนับสนุนมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรีที่มีเพศต่างกันมีความต้องการในการพัฒนาตนเองแตกต่างกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีนโยบายส่งเสริมและสนับสนุนให้ข้าราชการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH เพื่อการบรรลุเป้าหมายประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน โดยส่งเสริมให้ข้าราชการพัฒนาศักยภาพตนเองให้มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์เพื่อเป็นแรงผลักดันภายในไปสู่ความต้องการประสบความสำเร็จ โดยเฉพาะการพัฒนาศักยภาพให้เป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบต่อตนเองสูง และกล้าเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น พร้อมกับสร้างบรรยากาศองค์กรให้เอื้อต่อการเกิดแรงจูงใจของข้าราชการ และเปิดโอกาสให้ทำงานที่ท้าทายความสามารถ พัฒนาให้เป็นสถานที่ทำงานที่น่าอยู่น่าทำงาน พัฒนาให้ข้าราชการมีทักษะในการทำงานเป็นทีมโดยมองเป้าหมายความสำเร็จขององค์กรเป็นที่ตั้งร่วมกัน มีความร่วมแรงร่วมใจ มีการสื่อสารแบบหลายทางเพื่อให้การประสานการดำเนินงานมีประสิทธิภาพ มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีมีความเป็นมิตร และมีอัธยาศัยไมตรีที่ดีต่อกัน เสริมสร้างและพัฒนาให้ข้าราชการมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับค่านิยม MOPH และส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดข้าราชการต้นแบบในการนำค่านิยม MOPH มาปฏิบัติ เพื่อเป็นแบบอย่างที่ดีแก่บุคลากรในสังกัด ตลอดจนสื่อสารและถ่ายทอดทิศทางนโยบายของส่วนกลางให้บุคลากรรับทราบเพื่อถือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำตัวแปรอื่นๆ มาศึกษาเพิ่มเติม เช่น การเข้ารับการฝึกอบรม การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และความผูกพันต่อองค์กร เป็นต้น ควรศึกษาความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ของข้าราชการในระดับกลุ่มจังหวัด และ/หรือในระดับเขตสุขภาพขึ้นไป และควรศึกษาความต้องการพัฒนาการปฏิบัติตามค่านิยม MOPH ในบุคลากรกลุ่มอื่นในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เช่น พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้าง เป็นต้น

References

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน จุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม และยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข.สืบค้นวันที่ 13 พฤษภาคม 2565.จาก https://skko.moph.go.th/dward/document_file/d_phupan/common.
- กิตติศักดิ์ เชื้อนวนวงศ์, ทศพล ชีวะพร และสิทธิพร เข่ออุ่น. (2564). แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานของบุคลากรที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของศูนย์การศึกษาพิเศษ เครือข่าย 7 สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษา. วารสารวิจัยวิชาการ, 4(4), 54-64.
- จุฑามาศ ทวีขันธ์ และลลิตา นิธิฐประศาสน์ สุนทรวิภาต. (2561). การพัฒนาตนเองของข้าราชการตำรวจสังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 32.วารสารกระบวนการยุติธรรม, 11(1), 93-107.

- ชยา เครือธงทิพย์. (2564). คู่มือการทำวิจัยเบื้องต้น. เอกสารอัดสำเนา.
- ดุขฎี อรรถนังกุล และกัลยิตดี กิรติงกุล. (ม.ป.ป.). ความต้องการในการพัฒนาดตนเองของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. เอกสารอัดสำเนา.
- ธีรวัฒน์ แจ่มกระจ่าง, ฐิติวัฒน์ ยะชัยมา, สุนทร ผจญ และทักษิณา แสนเย็น. (2562). ปัจจัยที่ส่งผลต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ของรัฐ หน่วยงานบริหารราชการส่วนภูมิภาค สังกัดกระทรวงมหาดไทย จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารบัณฑิตศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาราชวิทยาลัย, 17(1), 174-184.
- ทิมพร อีสริยอนันต์. (2564). ความต้องการพัฒนาดตนเองของบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการตามนโยบายประเทศไทย 4.0 ของมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.วารสารการบริหารนิติบุคคลและนวัตกรรมท้องถิ่น, 7(4), 98-111.
- เทียนศรี บางม่วงงาม. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรที่ผ่านการอบรมวิศวกรใหม่ กรณีศึกษาบริษัทเอกชนแห่งหนึ่งในเขตกรุงเทพมหานคร. (สารนิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารจัดการองค์กร). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก.
- ธีรวิทย์ ยังมี และมงคลชัย โพล้งศิริ. (2562). ความต้องการในการพัฒนาดตนเองของบุคลากรสายสนับสนุน มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์.
- ผกาทิพย์ บัวพงษ์ และกฤษดา เขียววัฒนสุข. (2564). การรับรู้การสนับสนุนจากองค์กรและแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของนักวิจัยในสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งประเทศไทย. วารสารสมาคมนักวิจัย, 26(1), 216-230.
- พรชนัน ทูลขุนทด และธนพัชร์ เผือกพิพัฒน์. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่านิยมวัฒนธรรมองค์กรของข้าราชการ และลูกจ้าง สำนักงานเขตในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการวิทยาลัยสันตพล, 6(2), 142-151.
- มารวย วิชาญยุทธนากุล. (2560). ปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการปฏิบัติงานของพนักงานโรงแรมระดับ 5 ดาว ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร. (การศึกษาค้นคว้าอิสระปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการอุตสาหกรรมบริการและการท่องเที่ยว). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพ.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2554. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: บริษัทอักษรเจริญทัศน์ อจท.จำกัด.
- วรารณ โขติสาร. (2563). การพัฒนาดตนเองที่ส่งผลต่อความพร้อมด้านการเปลี่ยนแปลงองค์กรของพนักงานธนาคารในการเข้าสู่ธนาคารดิจิทัล (Digital Banking). (วิทยานิพนธ์หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกการจัดการ). กรุงเทพฯ: คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

- วรารัตน์ ชูทอง. (2561). ปัจจัยต่อการพัฒนาศักยภาพข้าราชการศาลยุติธรรมในเขตอำนาจศาลท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช. (การค้นคว้าอิสระตามหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). นครศรีธรรมราช: สาขาวิทยบริการเฉลิมพระเกียรติจังหวัดนครศรีธรรมราช มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- วิรมณ นุชเนื่อง และจุฑามาศ ทวีไพบูลย์วงศ์. (2560). อิทธิพลของการรับรู้ในความสามารถของตนเองและความพึงพอใจในการทำงานที่มีต่อการพัฒนาตนเองของผู้ประกอบอาชีพวิศวกรรม ในสถานประกอบการกลุ่มอุตสาหกรรมยานยนต์ในพื้นที่นิคมอุตสาหกรรมแหลมฉบัง. วารสารวิทยาลัยบัณฑิตศึกษากิจการ มข., 10(1), 140-162.
- สมภพ ห่วงทอง และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. (2564). ความต้องการพัฒนาตนเองด้านการปฏิบัติงานของบุคลากรสายสนับสนุนปฏิบัติการ โรงพยาบาลบ้านคา จังหวัดราชบุรี. วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม, 1(1), 51-64.
- สำนักงาน ก.พ.. (2548). ค่านิยมสร้างสรรค์ของเจ้าหน้าที่ของรัฐ. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมจริยธรรม สถาบันพัฒนาข้าราชการพลเรือน สำนักงาน ก.พ..
- สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). การขับเคลื่อนค่านิยม MOPH สู่การปฏิบัติ. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี. (2564). เอกสารสรุปผลการนิเทศงานสาธารณสุขผสมผสาน ประจำปีงบประมาณ 2564. เอกสารอัดสำเนา.
- อัครา ประเสริฐสิน. (2563). เครื่องมือการวิจัยทางการศึกษาและสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: อัครา ประเสริฐสิน.
- Best, J. W. (1986). Research in Education. (3 rd ed). New Jersey: Prentice hall Inc.
- Bloom, B.S. (1971). Human characteristics and school learning. New York: Mc Graw – Hill Book.
- Brown, W.B., & Moberg. D. J. (1980). Organization theory and Management: A macro approach. New York: John Wiley and Sons.
- Cronbach, Lee. J. (1977). Educational Psychology. New York: Harcourt Brace Jevanovich.
- Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975). Belief, Attitude, Intention and Behavior: An Introduction to Theory and Research. Massachusetts: Addison-Wesley.

- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Maslow, A. H. (1970). *Motivation and Personality*. (2nd ed.). New York: Harper & Row.
- McClelland, David C. (1961). *The Achieving Society*. New York: D. Van Nostrand Company Inc.
- Steers, R.M., & Porter, L.W. (1979). *Motivation and work behavior*. New York: McGraw-Hill.

การพัฒนาแบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

The Development of a Social Support Model to Promote Health Care Behaviors of Uncontrollable Diabetes Patients

สินีนาน นาวสุวรรณ^{*1}, ปิยะพร ทองเนื่อนวล¹

Sineenad Nawsuwan^{*1}, Piyaporn Thongnuanual¹

โรงพยาบาลสิงหนคร^{*1}

Singhanakorn Hospital^{*1}

(Received: November 7, 2023; Revised: December 21, 2023; Accepted: December 22, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้เพื่อศึกษา 1) ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ 2) พัฒนารูปแบบ และ 3) ประสิทธิภาพของรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาวิธีการที่ดีในการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จำนวน 13 คน เก็บข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สนทนา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบโดยการยกร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนนี้เป็นใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงหนคร จำนวน 27 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รูปแบบ SINHA Model แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบบันทึกระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) ระหว่าง .67 – 1.00 และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .805 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติ Paired sample t-test และ Wilcoxon signed ranks test ผลวิจัยพบว่า

1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้แก่ การอดอาหารหวาน อาหารมัน กาแฟ การเดินออกกำลังกาย การใช้เวลาในการเข้าวัดฟังธรรม การทำอาหารรับประทานเองเน้นการรับประทานปลาและผัก การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานจากโทรทัศน์ และการกินสมุนไพร

2. รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ คือ SINGHA Model ประกอบด้วย 1) S: Social Media หมายถึง สื่อสังคมออนไลน์ มี 2) I: Information Support หมายถึง การให้ความรู้และคำแนะนำ 3) N: Nurturing of Local wisdom หมายถึง ภูมิปัญญาท้องถิ่น 4) G: Good Role Model หมายถึง คนต้นแบบ 5) H: Home หมายถึง ความผูกพันในครอบครัว 6) A: Administration หมายถึง การบริหารจัดการ

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบ พบว่า หลังใช้รูปแบบผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้นควรนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปปรับใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่มอื่น ๆ และขยายผลสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

คำสำคัญ : การสนับสนุนทางสังคม, ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

*ผู้ให้การติดต่อ e-mail : ahc_919@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-7390364

Abstract

This research and development is to study 1) Factors for success in controlling blood sugar levels 2) Developing a model and 3) Effectiveness of a social support model to promote health care behavior among diabetic patients who cannot control their blood sugar levels. The research was conducted in 3 steps: Step 1: Study good strategies for social support that affect self-care behavior. From 13 diabetic patients whose sugar levels were well controlled, data were collected using conversational analysis. and analyze the content data. Step 2: Develop the model by drafting the developed model through examination by experts. Step 3: This step uses a quasi-experimental research method, a type of group. Measurement before and after the experiment in patients with type 2 diabetes who receive services in the diabetes clinic Outpatient department Singhanakhon Hospital, 27 people, calculated using the G* Power program, research tool, SINHA Model, self-care behavior questionnaire. Blood sugar level recording form The content validity (IOC) was obtained between .67 - 1.00 and the Cronbach's alpha coefficient was .805. Data were analyzed using descriptive statistics, paired sample t-test and Wilcoxon signed ranks test. The research found that

1. Factors for success in controlling blood sugar levels include avoiding sugary foods, fatty foods, coffee, and walking and exercising. Taking time to attend the temple and listen to Dhamma Cooking for yourself emphasizes eating fish and vegetables. Finding information related to diabetes from television and eating herbs.

2. The social support model to promote health care behavior of diabetic patients who cannot control their sugar levels is the SINGHA Model, consisting of 1) S: Social Media, meaning social media, 2) I: Information Support, meaning providing Knowledge and advice 3) N: Nurturing of Local wisdom means local wisdom 4) G: Good Role Model means role model 5) H: Home means family ties 6) A: Administration means management.

3. The effectiveness of the model was found to be After using the model, diabetic patients whose blood sugar levels cannot be controlled have increased self-care behavior and accumulated blood sugar levels decreased at a statistical significance of .001.

Therefore, the developed model should be applied to promote health behavior in other patient groups and expand the results to subdistrict health promotion hospitals.

Keywords: Social Support, Diabetic patients who cannot control

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก และอันดับหนึ่งของประเทศไทย กลุ่มโรคสำคัญได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ประชากรกลุ่มเสี่ยงและป่วยด้วยโรคไม่ติดต้อมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกในปี 2564 มีผู้ป่วยจำนวน 537 ล้านคนและคาดว่าในปี 2573 จะมีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 643 ล้านคน และโรคเบาหวานมีส่วนทำให้เสียชีวิต สูงถึง 6.7 ล้านคน หรือเสียชีวิต 1 ราย ในทุกๆ 5 วินาที (กรมควบคุมโรค, 2565)

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ NCDs (Noncommunicable diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) ยังคงเป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก จากรายงานสถิติสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.3 ล้านคน ในปี 2563 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวานทั้งหมด 16,388 คน (อัตราการตาย 25.1 ต่อประชากรแสนคน) ค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุขในการรักษาโรคเบาหวานเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี นอกจากนี้โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง ฯลฯ โรคเบาหวานเป็นอีกหนึ่งโรคในกลุ่มโรคเรื้อรัง มีอัตราการเสียชีวิต 3.2 ล้านคนต่อปี เสี่ยงต่อหลอดเลือดหัวใจตีบ 2 เท่าของคนปกติ นอกจากนี้ยังมีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดความพิการและเสียชีวิตจากภาวะแทรกซ้อนทางตา ไต และเท้า สำหรับประเทศไทยพบว่าทุก 100 คน จะมีผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวานสูงถึง 8 คน โดยผู้ที่มียาอายุ 35 ปีขึ้นไปป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 9.60 สมาพันธ์เบาหวานแห่งชาติ (International Diabetes Federation: IDF) ได้ประมาณการว่ามีผู้ป่วยเป็นเบาหวานทั่วโลกแล้วกว่า 382 ล้านคนและคาดว่าในปี ค.ศ.2035 หากไม่มีการดำเนินการในการป้องกันและควบคุมที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้มีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นมากกว่า 592 ล้านคนหรือใน 10 คนจะพบผู้ป่วยเบาหวาน 1 คน (Ayele & Ketema, 2012)

จังหวัดสงขลา พบว่าจำนวนผู้ป่วยเบาหวานต่อแสนประชากรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อมูลปีงบประมาณ 2559-2562 อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร เท่ากับ 1,042 / 1,077.67 / 1,257.69 และ 1,424.36 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2566) สำหรับอำเภอสิงหนคร พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานมีแนวโน้มสูงขึ้น ทุกปีเช่นกัน จากข้อมูลปี พ.ศ. 2558 -2560 เท่ากับ 2,421 ราย 2,483 ราย และ 2,729 ราย ตามลำดับ และอัตราการตายด้วยโรคเบาหวาน ข้อมูลตั้งแต่ปี 2559-2563 เป็น 22.01 ,21.96 ,21.87 , 25.30 ตามลำดับซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของประเทศและจังหวัดสงขลาในภาพรวม

อำเภอสิงหนคร มีประชากรโรคเบาหวานปี 2563-2565 จำนวน 3,159, 4,100 และ 3,370 คน ตามลำดับ ร้อยละผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี คิดเป็นร้อยละ 34.85, 10.44 และ 13.90 ตามลำดับ ส่วนผู้ป่วยเบาหวานที่คุมระดับน้ำตาลไม่ได้คิดเป็นร้อยละ 65.15, 89.56 และ 86.10 ตามลำดับ มีผู้ป่วยรายใหม่กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 1.24 จากการวิเคราะห์สาเหตุของการควบคุมระดับ

น้ำตาลไม่ได้ส่วนหนึ่งเนื่องจาก ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม หรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบกับ บริบทพื้นที่อำเภอสิงหนคร มีร้านค้า ร้านขายของชำ ร้านขายน้ำหวาน มีเทศกาลงานบุญต่างๆ ทำให้ผู้ป่วย เบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมจึงไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โดยเฉพาะในผู้ป่วย ที่ผู้ดูแลไม่ทราบวิธีการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย (ปิยะพร ทองเนียนวล, 2562) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัย เรื่องความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับ บริการที่คลินิกเบาหวาน รพ.สิงหนครและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมอยู่ใน ระดับสูง (ปิยะพร ทองเนียนวล, 2562) และสอดคล้องกับผลการวิจัยของ แอนดิกา ชิสวีโรโบโว, เมเทียส สกนดาโนและมุฮัมหมัด มูอิน (2561) พบว่าหนึ่งในโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาเป็นเวลานานคือ โรคเบาหวาน ผู้ดูแลในฐานะผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดจำเป็นต้องมีความสามารถในการจัดการ โรคเบาหวาน ได้

ประกอบกับรูปแบบการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่ผ่านมายังเน้นการดำเนินงานเชิงรับ เช่น การให้ความรู้ในคลินิกผ่านเสียงตาม สาย การใช้สื่อสิ่งพิมพ์ ขาดการนำผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม นอกจากนี้เพื่อให้สอดคล้องกับ แผนยุทธศาสตร์ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ซึ่งเน้นการพัฒนาและส่งเสริมการจัดระบบบริการสุขภาพ ทุกระดับให้มีคุณภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อให้มีกิจกรรมสนับสนุนให้ ผู้ป่วยเบาหวาน บุคคลในครอบครัว และผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วม ในการดูแลส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการ ดูแลตนเอง จะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเอง ดีขึ้น และควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

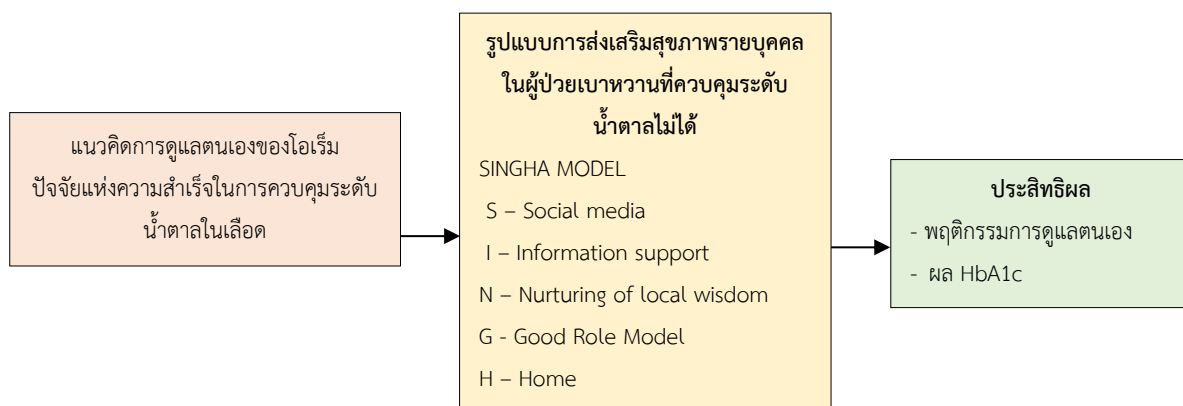
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ของผู้ป่วยเบาหวานที่ ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
3. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแล สุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการดูแลตนเอง ซึ่งเน้นการดูแลตนเองระดับบุคคล และความสามารถซึ่ง โอเร็มอิบายมโนทัศน์ของการดูแลไว้ว่า “ การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำ เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการดำรงไว้ซึ่งชีวิต มีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี” (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) ทั้งนี้หากบุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้ย่อมต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (McEwen & Wills, 2014) ดังนั้นรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพ จึงดำเนินกิจกรรม ภายใต้งานแนวคิด SINGHA Model ประกอบ ด้วย 1) S: Social Media หมายถึง การใช้สื่อสังคมออนไลน์ 2) I: Information Support หมายถึงการให้ความรู้และคำแนะนำ 3) N: Nurturing of Local wisdom

หมายถึง การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการแก้ปัญหา 4) G: Good Role Model หมายถึงคนต้นแบบที่ดี ที่สามารถเป็นตัวอย่างให้กับคนอื่นได้ 5) H: Home หมายถึงบุคคลในครอบครัว ความผูกพันในครอบครัว และ A: Administration หมายถึง การบริหารจัดการ ทั้งนี้หากมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนแล้วจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลง ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี ขั้นตอนนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มีการดำเนินงานดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล คือผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสองพี่น้อง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2564- 31 มกราคม 2564 ระยะเวลา 1 เดือน จำนวน 13 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แนวทางคำถามในการสนทนารายกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร มีแนวคำถามได้แก่ ปัจจัยใดบ้างที่เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้
2. เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก สำหรับจดข้อมูล

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คนประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา 1 คน และพยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน 1 คน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับ

วัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 1.00 จากนั้นนำไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีที่มีคุณสมบัติคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนและความเข้าใจตรงกันในประเด็นคำถามก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง ช่วงเดือนมกราคม พ.ศ.2564 โดยจัดกลุ่มสนทนา 13 คน ไม่รวมผู้วิจัย มีแนวคำถามในการสนทนารายกลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร มีแนวคำถาม ได้แก่ ปัจจัยใดบ้างที่เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.30 – 2.00 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จ ผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามขั้นตอนของ Crabtree, & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้ม การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การสร้างหมวดหมู่การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง (Verify)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนารูปแบบโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. ผู้วิจัยนำกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

2. จัดสนทนากลุ่ม (Focus Group) จำนวน 1 ครั้ง ช่วงเดือนมกราคม พ.ศ. 2564 โดยจัดกลุ่มสนทนา 9-12 คน ไม่รวมผู้วิจัย โดยกำหนดผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี รวมทั้งสิ้น 13 คน มีแนวทางคำถามในการสนทนารายบุคคล ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสาร มีแนวคำถาม ได้แก่ ปัจจัยใดบ้างที่เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีให้ผู้ให้ข้อมูลได้แสดงความคิดเห็นโดยมีผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นให้แสดงความคิดเห็น มีผู้จดบันทึก 2 คน (Note-Taker) และขออนุญาตบันทึกการสนทนา ใช้เวลาสนทนากลุ่มประมาณ 1.30 – 2.00 ชม. เมื่อสนทนาเสร็จผู้วิจัยสรุปใจความสำคัญแล้วให้ ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้อง หลังจากนั้นมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ

3. ผู้วิจัยนำผลวิจัยจากขั้นตอนที่ 1 และ 2 รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มในขั้นตอนที่ 3 มาสรุป วิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดทฤษฎีของ HOUSE (1985) ใน ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

4. นำรูปแบบที่ได้ คือ SINHA Model ประกอบด้วย 1) S: Social Media หมายถึง สื่อสังคมออนไลน์ มี 2) I: Information Support หมายถึงการให้ความรู้และคำแนะนำ 3) N: Nurturing of Local wisdom หมายถึง ภูมิปัญญาท้องถิ่น 4) G: Good Role Model หมายถึง คนต้นแบบ 5) H: Home

หมายถึง ความผูกพันในครอบครัว 6) A: Administration หมายถึง การบริหารจัดการ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ โดยเสนอแนะแก้ไขในประเด็นการตั้งกฎ กติกาในการเข้ากลุ่มไลน์

5. แก้ไขรูปแบบตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะการตั้งกฎ กติกาในการเข้ากลุ่มไลน์ เช่น การการใช้คำสุภาพ การไม่ว่ากล่าวตีส่อเสียดสี และการเคารพในความคิดเห็น

6. นำรูปแบบ SINHA Model ฉบับสมบูรณ์ หาคความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ จากผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ด้าน จำนวน 3 คน ด้วยการส่งด้วยจดหมายอิเล็กทรอนิกส์พบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ต่อผู้รับบริการ

7. นำรูปแบบ SINHA Model ในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ฉบับสมบูรณ์ไปใช้ทดลองในขั้นตอนที่ 3

ขั้นตอนที่ 3 ศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ขั้นตอนนี้เป็นใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดหนึ่งกลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Groups Pre-test Post-test Design) มีขั้นตอนการวิจัยดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงหนคร อำเภอสิงหนคร จังหวัดสงขลา ปี 2564 จำนวน 676 คน กำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่มีค่าระดับน้ำตาลสะสม (HbA1C) ตั้งแต่ 7 มก/ดล ขึ้นไป อาศัยอยู่ในอำเภอสิงหนคร มีผู้ดูแลหลักและมารับการรักษาต่อเนื่อง กำหนดเกณฑ์คัดออก คือ 1) ขณะทดลองต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2) มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานขึ้นตา โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคไต และแผลติดเชื้อที่เท้า

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสิงหนคร ระหว่างเดือน มกราคม ถึง เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จำนวน 27 คน คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference between Two Dependent Means (Match Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen (1988) ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกันสามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง กำหนดค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = 0.8 การได้มาของกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจงกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ รูปแบบ SINHA Model ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการดำเนินการวิจัยขั้นตอนที่ 2

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ โดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสิงหนคร ของสุปรียา เสี่ยงดัง (2560) ลักษณะของแบบถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับจากมีความคิดเห็นมากที่สุดให้ 5 คะแนน ถึงความคิดเห็นน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

2.2 แบบบันทึกระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) ของผู้ป่วยเบาหวาน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ได้เสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน อาจารย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา 1 คน และพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเบาหวานความดัน 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 สำหรับการตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 3 มาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้รวมจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ .805

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ทำหนังสือถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา
2. ผู้วิจัยอธิบายลักษณะงานวิจัย ลักษณะพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ อธิบายขั้นตอน วิธีการเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บรวบรวมข้อมูลตลอดการวิจัยให้ผู้ช่วยผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างได้รับทราบพร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย
3. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม
4. ผู้วิจัยทำแบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้และตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือดก่อนเข้ารับโปรแกรม (Pre-test) ในกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นทดลอง

5. ผู้วิจัยนำรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมภายใต้แนวคิด SINGHA Model จัดกิจกรรมดังนี้

รูปแบบ SINGHA Model	กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม
S: Social Media	สื่อสังคมออนไลน์	จัดตั้งกลุ่มไลน์เพื่อ ใช้เป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนข้อมูลการดูแลตนเอง ของโรคเบาหวาน
I: Information Support	การให้ความรู้และคำแนะนำ	1. สอนให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน 2. สอนให้เกิดทักษะ 3. ให้มีสภาพจิตใจที่ดี
N: Nurturing of Local wisdom	ภูมิปัญญาท้องถิ่น	เน้นการใช้พืชผักสมุนไพรพื้นบ้านที่หาง่ายในท้องถิ่น เน้น “กินปลาเป็นหลัก กินผักเป็นพื้น”
G: Good Role Model	คนต้นแบบ	หาบุคคลต้นแบบในการลดระดับน้ำตาลในเลือด ช่วยชักชวนให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
H: Home	ความผูกพันในครอบครัว	1. เชิญผู้ดูแลหลัก เข้าร่วมทำกิจกรรมในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเบาหวาน
A: Administration	การบริหารจัดการ	1. จัดทำทะเบียนข้อมูลรายชื่อของผู้ป่วยเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการ 2. ประเมินปัจจัยเสี่ยงรายบุคคล ได้แก่ การประเมินพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา เป็นต้น ประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรอง 2Q/9Q 3. ประเมินความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 4. แจ้งผลการประเมินพร้อมสร้างแรงจูงใจ สนับสนุนให้เกิดการจัดการตนเองเพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ เช่น คลินิก DPAC คลินิกเลิกบุหรี่ คลินิกเลิกสุรา คลินิกจิตเวช เป็นต้น 5. สนับสนุนให้มีการปฏิบัติ และติดตามประเมินผล อย่างต่อเนื่อง 6. มีการนัดติดตาม อย่างสม่ำเสมอ เช่นการนัดมา รพ. การติดตามทางไลน์กลุ่ม โทรศัพท์ติดตาม

ขั้นหลังการทดลอง

8. หลังจากดำเนินการตามรูปแบบ SINGHA Model ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพและตรวจระดับน้ำตาลสะสมในเลือด (Posttest) ของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้อีกครั้ง

9. ทำการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดโปรแกรมนี้ให้แก่กลุ่มที่สนใจ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ
2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมและการดูแลตนเอง ระหว่างก่อนและหลังการจัดโปรแกรม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test ข้อมูลไม่แจกแจงเป็นโค้งปกติ (Shapiro-wilk, sig = .001, <.001) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019)

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระหว่างก่อนและหลังการจัดโปรแกรมด้วยสถิติ Paired sample t-test เนื่องจากข้อมูลมีแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Shapiro-wilk, sig = .282, .843) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อ และข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่득จากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อรักษาพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว นอกจากนี้ขณะดำเนินการทดลองยังมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนการทดลองภายใต้การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 ของกระทรวงสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ได้แก่ การอดอาหารหวาน อาหารมัน กาแฟ การเดินออกกำลังกาย การใช้เวลาในการเข้าวัดฟังธรรม การทำอาหารรับประทานเองเน้นการรับประทานปลาและผัก การค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานจากโทรทัศน์ การกินสมุนไพรใบกระท่อมมาเลย ดังคำพูดต่อไปนี้

“ป่ากินสมุนไพร ป่าช้าเหงา คล้ายๆกระท่อมมาเลย เอามาต้มกินกับน้ำร้อน” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3

“รู้ตัวว่ากินกาแฟมากวันละ 2-3 แก้ว ก้อเลยลดลง ลดน้ำตาล กินแต่กาแฟดำ กินข้าวน้อยลง งดหวานมันเค็ม เมียช่วยดูแลเรื่องอาหาร ส่วนใหญ่เป็นแกงส้ม ผัดผัก น้ำพริกผักลวก” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 7

“ป่ากินข้าว ของหวานหิดเดียวนิ ไปกินพวกปลาแทน ลูกทำกับข้าวให้ เข้าๆเดินออกกำลังกายมั่ง เวลาไปวัดเวลา อสม.เค้าแจ้งเรื่องของเบาหวาน ปากะกลัน้ำตาลขึ้น เป็นภาระลูกหลานหล่าว” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 12

“ป่าไม่กินของมันๆ แล้วก้อออกกำลังกายเดินทุกวัน ๆหิด ตอนเช้าๆ แล้วก้อได้รู้เรื่องเบาหวานจากโทรทัศน์ และก้อ อสม.มาเล่าให้ฟัง” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2

“ลุงหยุดกินของหวานๆ ตามที่หมอบอก แล้วก้อออกกำลังกาย ถีบรถทุกวัน แล้วก้อกินฟ้าทะลายโจรไม่ให้เป็นหวัด” ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 9

2. รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้



ภาพ 2 รูปแบบ SINGHA Model

จากภาพ 2 รูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ จึงเกิดขึ้นและดำเนินกิจกรรมภายใต้แนวคิด SINGHA Model ประกอบด้วย 1) S: Social Media หมายถึง สื่อสังคมออนไลน์ มี 2) I: Information Support หมายถึง การให้ความรู้และคำแนะนำ 3) N: Nurturing of Local wisdom หมายถึง ภูมิปัญญาท้องถิ่น 4) G: Good Role Model หมายถึง คนต้นแบบ 5) H: Home หมายถึง ความผูกพันในครอบครัว 6) A: Administration หมายถึง การบริหารจัดการ

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลสะสมในเลือด ระหว่างก่อนและหลังใช้รูปแบบ SINGHA Model ด้วยสถิติ Paired sample t-test

รูปแบบ SINGHA Model	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>Z</i>	<i>p-value</i> (1-tailed)
พฤติกรรมการดูแลตนเอง						
ก่อนใช้รูปแบบ	27	3.07	0.46	-	4.545	<.001
หลังใช้รูปแบบ	27	3.61	0.59			
ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด						
ก่อนใช้รูปแบบ	27	10.16	2.18	5.387	-	<.001
หลังใช้รูปแบบ	27	8.10	1.30			

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานหลังการใช้รูปแบบ SINGHA Model ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=3.61$, $SD=0.59$) และระดับน้ำตาลสะสมในเลือด หลังใช้รูปแบบ SINGHA Model

ในภาพรวมพบว่าน้ำตาลสะสมในเลือดลดลง ($\bar{x}=8.10$, $SD=1.30$) ทั้งนี้เนื่องจาก บุคคลเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ ก็จะปรับตัวในการดูแลตนเองให้เหมาะสม พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ด้านการควบคุมอาหาร จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดได้ด้านการออกกำลังกายสามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยส่งเสริมกระบวนการใช้น้ำตาลเพิ่ม ความไวในการใช้อินซูลินของกล้ามเนื้อ ด้านการใช้ยา การเลือกรับประทานยา และวิธีการรับประทานยาที่ ถูกต้องเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดด้านการดูแลสุขภาพอนามัยของร่างกายตนเองจะช่วยป้องกันภาวะแทรกซ้อน จากเบาหวาน (Orem, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปรียา เสียงดัง (2560) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมอยู่ในระดับ สูง ($\bar{x}=2.41$, $SD=0.21$) ทั้งนี้ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดูแลพฤติกรรมสุขภาพนั้นเนื่องจากการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสอดคล้องกับผลการวิจัยของ ปิยะพร ทองเนื้อนวล (2652) ได้ศึกษาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ ผลการวิจัยพบว่าการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวานโรงพยาบาลสิงหนครและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในภาพรวมอยู่ในระดับสูง และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี จึงควรเน้นการจัดกิจกรรมสนับสนุนให้ผู้ป่วยเบาหวาน บุคคลในครอบครัว และผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานดูแลตนเองดีขึ้นและควบคุมระดับน้ำตาลได้ดีขึ้น

2.รูปแบบ SINGHA Model ที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ซึ่งรูปแบบ SINGHA Modelประกอบด้วย 1) S: Social Media หมายถึง สื่อสังคมออนไลน์ มี 2) I: Information Support หมายถึง การให้ความรู้และคำแนะนำ 3) N: Nurturing of Local wisdom หมายถึง ภูมิปัญญาท้องถิ่น 4) G: Good Role Model หมายถึง คนต้นแบบ 5) H: Home หมายถึง ความผูกพันในครอบครัว 6) A: Administration หมายถึง การบริหารจัดการ จะเห็นได้ว่ารูปแบบที่ได้เน้นให้ผู้ป่วยเบาหวานสามารถดูแลตนเอง (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) ภายใต้อาสาช่วยเหลือจากบุคคลอื่น (McEwen & Wills, 2014) ที่เป็นทั้งผู้ดูแลบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสอดคล้องกับการศึกษาของประศักดิ์ สันติภาพ (2563) ซึ่งได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงผ่านสื่อสังคมออนไลน์สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง/เบาหวาน ผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมที่ประกอบด้วยกิจกรรมกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก การสนทนา การสำรวจข้อเสนอทัศนคติใหม่ในตนเองแล้วต่อการสนทนาผ่านสื่อสังคมออนไลน์ ทำให้มีความรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจักษณ์ญาณและการปฏิบัติสอดคล้องกับเพ็ญศรี ทองเพชร (2562) ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบนวิถีวัฒนธรรมภูมิปัญญา ผลการศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับเบาหวานเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยในด้านการดูแลตนเองมีการเน้นการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย

กาย ปรับวิธีรับประทานยา ให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต และประยุกต์ใช้วัฒนธรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยใช้ การนวดแผนไทย การออกกำลังกายแบบโบราณ เป็นการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และป้องกันข้อติด การใช้ สมุนไพร เช่นมะระขี้นก ใบเตยหอม ยอดตำลึง ว่านหางจระเข้ และใบกระเพรา มาทดลองใช้ทำให้ระดับ น้ำตาลในเลือดคงที่

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้รูปแบบ SINGHA Model ขยายผลลงสู่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพภายใต้การสนับสนุนให้คำปรึกษา และเป็นพี่เลี้ยงของโรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีการดูแลอย่างไร้รอยต่อระหว่างโรงพยาบาลชุมชนลงสู่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตลอดจนบ้านของผู้ป่วย

2. นำรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้รูปแบบ SINGHA Model ไปประยุกต์ใช้ในคลินิกพิเศษ อื่นๆ เช่น คลินิกโรคหืด คลินิกรับยาต้านไวรัสเอดส์ คลินิกผู้สูงอายุ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษารูปแบบการสนับสนุนทางสังคมโดยใช้รูปแบบ SINGHA Model ในครั้งต่อไป ศึกษาถึงทดลองโดยมีกลุ่มเปรียบเทียบเพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบก่อนนำไปขยายผลต่อไป

2. ควรศึกษาในกลุ่มที่ไม่สามารถลดระดับน้ำตาลในเลือดได้โดยการติดตามและประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อกำหนดรูปแบบในการส่งเสริมการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในกลุ่ม ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน

References

- กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนัก โรคไม่ติดต่อ .(2560). *แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและ ควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี(พ.ศ. 2560 - 2564)*. กรุงเทพฯ: บริษัท อีโมชั่น อาร์ต จำกัด.
- ประศักดิ์ สันติภาพ. (2563). ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิดการ เรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงผ่านสื่อสังคมออนไลน์สำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง/เบาหวาน. *วารสารวิชาการวิทยาลัยสันตพล*, 6(1), 9-18.
- ปิยะพร ทองเนียนวล. (2562). ความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลได้. *วารสารสาธารณสุขและ วิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 2(2), 14-25.
- เพ็ญศรี ทองเพชรและคณะ. (2562). การดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบนวิถีวัฒนธรรมภูมิปัญญา. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(3), 2562.
- สุปรียา เสี่ยงดัง. (2560). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลใน เลือดไม่ได้. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 4(1), 191-204.
- Ayele, Ketema. (2012). Self care behavior among patients with diabetes in Harari, Eastern Ethiopia: the health belief model perspective. *PLoS One*, 7(4), 1-6.
doi: 10.1371/journal.pone.0035515

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Crabtree, B. F., & Miller, W. L. (1992). *Doing Qualitative Research*. London: SAGE Publications.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Hair, F. J., Black, C. W., Babin, J. B., & Anderson, E. R. (2019). *Multivariate Data Analysis*. (7th ed). New Jersey: Pearson Education.
- McEwen, M., & Wills, E.M. (2014). *Theoretical basis for nursing (4th ed.)*. Philadelphia: Lippincott.
- Orem, D. E., Taylor, S. G., & Renpenning, K. M. (2001). *Nursing: Concepts of Practice (6th ed.)*. St. Louis: Mosby.

ผลของการนิเทศแบบเสริมพลังต่อความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วย

ของพยาบาลและนักเวชกิจฉุกเฉิน ในแผนกผู้ป่วยนอก

The Effects of Empowerment Supervision on Knowledge and Triage Skills of Nurses and Emergency Medical Technician in the Outpatient Department

ศิริพร หอมสวาสดี^{1*} วิจิตรา บำรุงสุข¹ อูรารัตน์ กาละบุตร¹ กิตติพร เนาว์สุวรรณ²

Siriporn Homsawat^{1*} Wichittra Bumrungsuk¹ Urarat Kalabuth¹ Kittiporn Nawsuwan²

^{1*}โรงพยาบาลน้ำโสม อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี

²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

^{1*}Namsom Hospital, Udontani Province

²Boromarajonani College of Nursing, Songkhla, Faculty of Nursing Prabromarajchanok Institute

(Received: January 6, 2023; Revised: November 30, 2023; Accepted: December 1, 2023)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนหลังนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการนิเทศแบบเสริมพลังต่อความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน นักเวชกิจฉุกเฉินและพยาบาลผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลน้ำโสม อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี จำนวน 21 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือโปรแกรมการนิเทศแบบเสริมพลังตามแนวคิดของกิบสัน แบบทดสอบความรู้และทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย ได้ค่า KR20 เท่ากับ 0.73 และ 0.75 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Wilcoxon signed rank test ผลวิจัยพบว่า

หลังการนิเทศแบบเสริมพลังพบว่า พยาบาลและนักเวชกิจฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน้ำโสม อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้นโรงพยาบาลน้ำโสมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำวิธีการนิเทศแบบเสริมพลังมาปรับใช้ในการพัฒนาศักยภาพการคัดแยกผู้ป่วยให้กับพยาบาลวิชาชีพ นักเวชกิจฉุกเฉิน ตลอดจนขยายผลไปสู่หน่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้นในชุมชน

คำสำคัญ: การนิเทศแบบเสริมพลัง, การคัดแยกผู้ป่วย, พยาบาลวิชาชีพ, นักเวชกิจฉุกเฉิน

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Homsawas2523@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-3859377)

Abstract

A single-group quasi-experimental trial was previously available. have a purpose To study the effects of empowerment supervision on the knowledge and skills of emergency patient triage of emergency room nurses of Namsom Hospital UdonThani 21 people. The research tool was the Gibson Empowerment Supervision program. a test of knowledge and skills about patient discrimination The KR20 values were .73 and .75 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics. and statistics Wilcoxon signed rank test.

The research found that After empowering supervision, it was found that Nurses and emergency medicine practitioners Namsom Hospital Outpatient Department Namsom District Udon Thani increased knowledge and skills in patient discrimination statistically significant at the .001.

Therefor Namsom Hospital and relevant agencies should apply the Empowerment Supervision method to develop the potential of patient screening for professional nurses. emergency medical practitioner As well as extending the results to first aid units in the community.

Keywords: empowerment supervision, Triage, Nurses, Emergency Medical Technician

บทนำ

การคัดแยกประเภทผู้ป่วยมีความสำคัญต่อกระบวนการคัดกรองการดูแลผู้ป่วย ความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ที่ทำการคัดแยก การประเมินสภาวะความรุนแรงของการเจ็บป่วย กระบวนการคัดแยก (Triage) ผู้ป่วยจึงมีความสำคัญอย่างมาก ในประเทศไทยได้นำระบบการแยกประเภทผู้ป่วยฉุกเฉิน (Emergency severity Index ย่อว่า ESI) มาใช้งาน ที่ประกาศออกมาโดยคณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยกำหนดหลักเกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉิน Triage Score (Modify National Triage Algorithm) มีการแบ่งผู้ป่วยเป็น 5 ประเภท ได้แก่ 1) สีแดง Resuscitation (R) 2) สีชมพู Emergent (E) 3) สีเหลือง Urgent (U) 4) สีเขียว Semi Urgent (SU) 5) สีขาว Non Urgent (N) (สถานบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ, 2556) ซึ่งเป็นระบบคัดแยกที่รวดเร็วทำได้ง่ายและความผิดพลาดน้อย การอบรมระบบการคัดแยกผู้ป่วยตาม MOPH ED Triage สามารถเพิ่มความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความเร่งด่วนของผู้ป่วยฉุกเฉินได้ สามารถลดการประเมินระดับความเร่งด่วนต่ำกว่าความเป็นจริง (พิมพ์า วีระคำ, คัคณันท์ วิริยาภรณ์ประภาส, ศิริพร จักรอ้อม, พิษณุตม์ ภิญโญ, 2562) การพัฒนาระบบการคัดแยกของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็ว ทำให้ระยะเวลารอพบแพทย์และระยะเวลาอยู่ในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินลดลง สามารถสร้างความพึงพอใจให้กับผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ได้ (อรรณณ ฤทธิ์อินทรางกูร, วรุฒิ ขาวทอง, ปาริณันท์ คงสมบูรณ์., สมศรี เขียวอ่อน.การพัฒนา, 2561)

โรงพยาบาลน้ำโสมเป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิขนาด 60 เตียง ที่รับผู้ป่วยทุกประเภท แบ่งจุดคัดแยกผู้ป่วยเป็น 2 จุดได้แก่งานผู้ป่วยนอกและงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่เดินได้จะผ่านการคัดแยกที่จุดคัดแยกงานผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยที่มาโดยรถนอน เดินไม่ได้ จะผ่านการคัดแยกที่จุดคัดแยกงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยพยาบาลแต่ละจุดจะหมุนเวียนสับเปลี่ยนกันไป ทำให้แนวทางการคัดแยกไม่เป็นแนวทางเดียวกัน ปี 2561 เกิดอุบัติเหตุการณผู้ป่วยที่รอตรวจอาการทรุดลงจำนวน 1 ราย ปี2562 จำนวน 1 ราย ดังนั้น เพื่อให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานทั้ง 2 หน่วยงานมีความรู้ ความเข้าใจและปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการนิเทศแบบเสริมพลังต่อความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยของ

พยาบาลและนักเวชกิจฉุกเฉิน ในแผนกผู้ป่วยนอก โดยแนวความคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ตามแนวคิดของกิบสัน (Gibson, 1995) ซึ่งเป็นแนวคิดแบบพลวัตมีการให้ การรับการแลกเปลี่ยน การมีปฏิสัมพันธ์กัน วางเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนัก เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้บุคคล มุ่งเน้นการแก้ปัญหา การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็นกระบวนการพัฒนาคนและกลุ่มบุคคล โดยใช้กระบวนการที่เน้นให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ร่วมกันระบุปัญหาของตนเองวิเคราะห์หาสาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณ์ภายในการมองภาพที่ต้องการจะเป็น และร่วมกันพัฒนาที่จะแก้ไขอุปสรรคเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ หัวใจสำคัญของการเสริมสร้างพลังอำนาจ คือการให้เครื่องมือ ทักษะ ข้อมูล ความช่วยเหลือ เพื่อให้การคัดแยกผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของการนิเทศแบบเสริมพลังต่อความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลและนักเวชกิจฉุกเฉิน ในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลและนักเวชกิจฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน้ำโสม อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี ระหว่างก่อนและหลังการนิเทศแบบเสริมพลัง
2. เพื่อเปรียบเทียบทักษะการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลและนักเวชกิจฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน้ำโสม อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี ระหว่างก่อนและหลังการนิเทศแบบเสริมพลัง

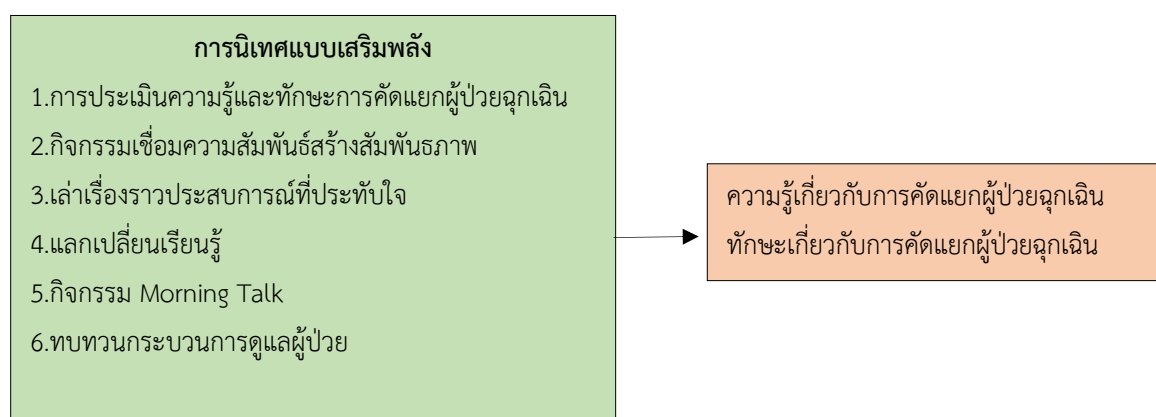
สมมติฐานวิจัย

1. หลังการนิเทศแบบเสริมพลัง พยาบาลและนักเวชกิจฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน้ำโสม อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี มีความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น
2. หลังการนิเทศแบบเสริมพลัง พยาบาลและนักเวชกิจฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน้ำโสม อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี มีทักษะการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดกระบวนการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2020) โดยสาระสำคัญเน้นการให้ความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาลและนักเวชกิจฉุกเฉิน ซึ่งมีกระบวนการประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน 1) การประเมินเรื่องความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 2) การทดสอบความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 3) กระบวนการนิเทศแบบเสริมพลังต่อความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 4) การติดตามประเมินผลของการให้ความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน การนิเทศแบบเสริมพลังต่อความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน ในทางปฏิบัติก่อนที่ผู้วิจัยจะให้กระบวนการให้ความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินสำหรับแนวความคิดการเสริมพลังผู้วิจัยใช้

แนวคิดของ Gibson (1995) ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดแบบพลวัตมีการให้ การรับ การแลกเปลี่ยน การมีปฏิสัมพันธ์กันวางเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนัก เป็นการสร้างความเข้มแข็งให้บุคคล มุ่งเน้นการแก้ปัญหา การเสริมสร้างพลังอำนาจเป็น กระบวนการพัฒนาคนและกลุ่มบุคคล โดยใช้กระบวนการที่เน้นให้กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมในการ ดำเนินการ ใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ร่วมกันระบุปัญหาของ ตนเองวิเคราะห์หาสาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้จรรยาบรรณในการมองภาพที่ต้องการจะเป็น และร่วมกันพัฒนา (ดังภาพ 1)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-test post-test design) รายละเอียด ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน และแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลน้ำโสม อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี ประกอบด้วยพยาบาลห้องฉุกเฉิน 6 คน เวชกิจฉุกเฉิน 4 คน และพยาบาลผู้ป่วยนอก 11 คน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือประชากรทั้งหมด ระหว่างเดือน ตุลาคม 2565 – ธันวาคม 2565

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการนิเทศแบบเสริมพลัง ประกอบด้วยกิจกรรม 1) การประเมินความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 2) กิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์สร้างสัมพันธภาพ 3) เล่าเรื่องราวประสบการณ์ที่ประทับใจ 4) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 5) กิจกรรม Morning Talk และ 6) ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบประเมินวัดความรู้และทักษะ การคัดแยกผู้ป่วยของโรงพยาบาลอุดรธานี (2020) ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 4 ข้อ ได้แก่

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบให้เลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบวัดทักษะการคัดแยกผู้ป่วยจำนวน 12 ข้อ เป็นแบบประเมินจากสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (2563) ลักษณะคำถามเป็นสถานการณ์จำลองเกี่ยวกับลักษณะอาการเจ็บป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจำนวน 12 ข้อ โดยมีคำตอบเป็นตัวเลือกของระดับความรุนแรงตามการแบ่งโดยใช้สี ได้แก่ สีแดง สีชมพู สีเหลือง สีเขียว และสีขาว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำรูปแบบการนิเทศแบบเสริมพลังและแบบประเมินความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบประกอบด้วยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 3 คน ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ระหว่าง .67 -1.00 จากนั้นนำแบบประเมินความรู้และทักษะการคัดแยกไปทดลองใช้กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างได้ค่า KR20 เท่ากับ .73 และ .75 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำโสม
2. ผู้วิจัยอธิบายให้ผู้ช่วยวิจัยทราบเกี่ยวกับลักษณะงานวิจัย ลักษณะของกระบวนการ โปรแกรมการนิเทศแบบเสริมพลังตลอดจนการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วย (Pre test) ก่อนการทดลอง
4. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่าง มีข้อคำถาม

ขั้นตอนการทดลอง

	กิจกรรม
1.การประเมินความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน	ผู้วิจัยดำเนินการทดลอง โดยจัดกิจกรรมตาม โปรแกรมเสริมพลังในกลุ่มทดลองตามรายละเอียดดังต่อไปนี้ สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยประเมินความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วย 1.ทำแบบทดสอบความรู้ Pre-Post test 2. ทำแบบทดสอบทักษะ Pre-Post test
2.กิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์สร้างสัมพันธ์ภาพ	สัปดาห์ที่ 2 1.แนะนำตัว 2.กิจกรรมสนทนาการ 3.ผู้วิจัยชี้แจงการดำเนินการวิจัยในการประเมินความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วย 3.ทำการพูดคุยสะท้อนคิดเกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับการคัดแยกประเภทผู้ป่วย
3.เล่าเรื่องราวประสบการณ์ที่ประทับใจ	สัปดาห์ที่ 3 1.กิจกรรมการคนหาสถานการณ์จริงแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ดำเนินกิจกรรมโดยกระบวนการกลุ่ม 2.เล่าประสบการณ์การคัดแยกผู้ป่วยที่ทำแล้วมีความภาคภูมิใจ
4.แลกเปลี่ยนเรียนรู้	สัปดาห์ที่ 4 1.กิจกรรมการสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณเพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการให้ผู้เข้าร่วมวิจัย 2.มีการสาธิตรูปแบบในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของตนเอง 3.มีการตัดสินใจเลือกรูปแบบความรู้และทักษะในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่เหมาะสมกับและวางแผนรวมกัน
5.กิจกรรม Morning Talk	สัปดาห์ที่ 5 1.กิจกรรมการคงไว้ซึ่งการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน 2.เลือกตัวอย่างผู้ป่วยสัปดาห์ละ 3 เหตุการณ์มาทบทวนร่วมกันโดยมีแพทย์เป็นผู้นำในการทบทวน 3.ให้ความรู้เรื่องการคัดแยกประเภทผู้ป่วยโดยแพทย์ PCT
6.ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วย	1.สุ่มตรวจเวชระเบียนที่ตรวจโดยพยาบาลคนละ 5 ราย 2.เก็บอุบัติการณ์จากการทบทวนความเสี่ยง

ชั้นหลังการทดลอง

8. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วย (Post test) หลังการทดลอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลและนักเวชกิจฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน้ำโสม อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี ระหว่างก่อนและหลังการนิเทศแบบเสริมพลัง โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=21)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	2	9.5
หญิง	19	90.5
อายุเฉลี่ย 38.71 ปี SD= 6.08 Min = 30, Max=47		
อายุงานเฉลี่ย 16.24 ปี SD=6.87 Min =6 , Max= 27		
การศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	0	0
ปริญญาตรีขึ้นไป	21	100
แผนก		
อุบัติเหตุฉุกเฉิน	10	47.6
ผู้ป่วยนอก	11	52.4

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 90.5 เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 38.71 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี และอายุสูงสุด 47 ปี อายุงานเฉลี่ย 16.24 ปี อายุงานสูงสุด 27 ปี อายุงานน้อยสุด 6 ปี

2. เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลและนักเวชกิจฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน้ำโสม อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี ระหว่างก่อนและหลังการนิเทศแบบเสริมพลัง

ตาราง 2 เปรียบเทียบความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินของพยาบาล นักเวชกิจฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างก่อนและหลังการนิเทศแบบเสริมพลัง

ตัวแปร	M	SD	Z	p-value (1-tailed)
ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วย			3.75	<.001
ก่อนการเสริมพลัง	7.09	1.04		
หลังการเสริมพลัง	8.24	0.77		
ทักษะการคัดแยกผู้ป่วย			3.87	<.001
ก่อนการเสริมพลัง	6.95	1.99		
หลังการเสริมพลัง	8.81	1.21		

จากตาราง 2 หลังการนิเทศแบบเสริมพลังพบว่า พยาบาลและนักเวชกิจฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน้ำโสม อ.น้ำโสม จ.อุดรธานี มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

หลังการนิเทศแบบเสริมพลัง พยาบาลและนักเวชกิจฉุกเฉิน แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลน้ำโสม จ.อุดรธานี มีความรู้และทักษะเกี่ยวกับการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบที่ผู้วิจัยนำมาใช้ประกอบด้วยกิจกรรมการประเมินความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน กิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์สร้างสัมพันธภาพ เล่าเรื่องราวประสบการณ์ที่ประทับใจ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กิจกรรม Morning Talk ทบทวนกระบวนการดูแลผู้ป่วยโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นไปตามกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจของ Gibson (1995) 4 ขั้นตอน ซึ่งประกอบด้วย ได้แก่ การค้นพบสภาพจริง การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ การตัดสินใจเลือกและลงมือปฏิบัติ และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเป็นแนวคิดแบบพลวัตมีการให้ การรับ การแลกเปลี่ยน การมีปฏิสัมพันธ์กันวางเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน ช่วยให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ เกิดความตระหนัก สร้างความเข้มแข็งให้บุคคล เน้นการแก้ปัญหา ภายใต้การมีส่วนร่วมในการดำเนินการ ใช้วิธีการสนทนาแลกเปลี่ยนความรู้และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ร่วมกันระบุปัญหาของตนเองวิเคราะห์สาเหตุและความเป็นมาของปัญหาโดยใช้วิจารณญาณในการมองภาพที่ต้องการจะเป็นและร่วมกันพัฒนาจึงส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพและนักเวชกิจฉุกเฉินมีความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยดีขึ้น สอดคล้องกับผลการวิจัยของสุมาลี จักรไพศาล, ชฎาภรณ์ เปรมปรางอมร และณัฐนันท์ มาลา (2560) ที่พบว่าแนวคิดการเสริมพลังของ Gibson ช่วยให้ความตรงของการคัดแยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยระหว่างพยาบาลคัดแยกกับผู้ตรวจสอบอยู่ในระดับดีมากซึ่งเพิ่มมากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนใช้

การนำผลการวิจัยไปใช้

โรงพยาบาลน้ำโสมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำวิธีการนิเทศแบบเสริมพลังมาปรับใช้ในการพัฒนาศักยภาพการคัดแยกผู้ป่วยให้กับพยาบาลวิชาชีพ นักเวชกิจฉุกเฉิน ตลอดจนขยายผลไปสู่หน่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้นในชุมชน โดยการสอดแทรกในการจัดอบรมให้ความรู้และมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการคัดกรอง อันจะส่งผลให้การช่วยชีวิตผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่และถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยภายหลังการนิเทศแบบเสริมพลัง 3 เดือน หรือ 6 เดือน เพื่อเป็นการตรวจสอบถึงความคงทนหรือความยั่งยืนของความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วยในรูปแบบของการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มวัดซ้ำ (Repeated Measure)

References

- พิมพา วีระคำ, คศนันทน์ วิริยาภรณ์ประภาส , ศิริพร จักรอ้อม , พิชญุตม์ ภิญโญ. (2562). ประสิทธิภาพของการอบรมการคัดแยกผู้ป่วยตามระบบ MOPH ED Triage ต่อความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย โดยเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลแม่สายกลุ่มงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน. วารสารกรมการแพทย์. 44(5), 70-74.
- ศูนย์ข้อมูลและสถิติ โรงพยาบาลน่าน. (2563). สถิติการเกิดอุบัติเหตุ. น่าน: โรงพยาบาลน่าน.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2558). คู่มือแนวทางการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินและจัดลำดับการบริบาล ณ ห้องฉุกเฉินตามหลักเกณฑ์ที่ กพฉ.กำหนด ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ นนทบุรี.
- สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. (2563). แบบประเมินวัดความรู้และทักษะการคัดแยกผู้ป่วย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข
- สุมาลี จักรไพศาล, จินตนันท์ สิทธิประชาราษฎร์, ขวัญภรณ์ เปรมปรมอมร และณัฐนันท์ มาลา. (2560). การพัฒนาโปรแกรมการสร้างความรู้และความสามารถในการคัดกรองระดับความรุนแรงผู้ป่วยฉุกเฉินโดยใช้ทฤษฎีการเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ ของพยาบาลวิชาชีพ งานผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี. วารสารกองการพยาบาล. 44(2), 117-140
- อรรธรณ ฤทธิ์อินทรางกูร, วรวิมล ขาวทอง, ปาริณันท์ คงสมบุญ, สมศรี เขียวอ่อน. (2561). การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ตำบลปากน้ำโพ จังหวัดนครสวรรค์. วารสารกรมการแพทย์. 43(2), 146-151.
- Gibson, C.H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advance Nursing*, 21, 1201-1210.

รูปแบบการบริโภคอาหารมีผลหลักของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง

FOOD CONSUMPTION PATTERNS

OF UNDERGRADUATE STUDENTS AT A PUBLIC HEALTH COLLEGE

ศุภนิจ ทับชัย, เรวดี จงสุวัฒน์*, สุธรรม นันทมวงคชัย, จันทร์จิรา โพธิ์สัตย์

Supanij Tabchai, Rewadee Chongsuwat*, Sutham Nanthamongkolchai, Chanchira Phosat

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Faculty of Public Health, Mahidol University

(Received: September 9, 2023; Revised: October 23, 2023; Accepted: October 24, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับรูปแบบการบริโภคอาหารมีผลหลักของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 273 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ หาความสัมพันธ์ไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการบริโภคอาหารมีผลหลักของนักศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 88.6) อยู่ในกลุ่มไม่เหมาะสม ความรู้ทางโภชนาการของนักศึกษา อยู่ในระดับดี มากที่สุด (ร้อยละ 45.4) ผลการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านโภชนาการกับรูปแบบการบริโภคอาหารมีผลหลัก พบว่า ระดับความรู้ด้านทักษะการสื่อสารด้านโภชนาการ ด้านทักษะการตัดสินใจการเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ และด้านทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการบริโภคอาหารมีผลหลัก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน และจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับนักศึกษาต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการบริโภคอาหารมีผลหลัก, ความรู้ด้านโภชนาการ, นักศึกษาระดับปริญญาตรี

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: r.chongsuwat@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-7974757)

Abstract

This research is a cross-sectional study aimed at examining the food consumption patterns of undergraduate students at a public health college. A total of 273 individuals participated, and data were collected using questionnaires. Statistical analysis included frequency, percentage, and Chi-square test at a significance level of 0.01. The study found that the food consumption patterns of the majority of students were unhealthy, accounting for 88.6%. Overall, the nutritional literacy level of the students was considered good at 45.4%. The analysis revealed a significant relationship between nutritional literacy levels and food consumption patterns in terms of accessing nutritional information, communication skills in nutrition, decision-making skills in nutrition choices,

and self-management skills in nutrition and food consumption patterns, all with statistical significance ($p \leq 0.05$). The findings of this study can be applied to develop teaching methods and health promotion programs tailored to the needs of future students.

Keywords: Food consumption patterns, Nutritional literacy, Undergraduate students.

บทนำ

ปัจจุบันพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ก่อให้เกิดความเสื่อมถอยของร่างกายและเป็นปัญหาสุขภาพ อันได้แก่ โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคกระดูกพรุน โรคหลอดเลือดสมอง และโรคระบบทางเดินอาหาร ซึ่งปัญหาสุขภาพดังกล่าวนี้มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ การบริโภคอาหารรสจัด รสหวาน มัน เค็มที่มากเกินไปเกินความต้องการของร่างกาย (ฉัตรภา หัตถโกศล, 2564) การมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะในปริมาณมากเป็นประจำนั้น จะส่งผลเสียต่อสุขภาพ ทำให้คุณภาพชีวิตลดลง เกิดภาวะเจ็บป่วย และสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลอย่างมหาศาล (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

ในกลุ่มวัยรุ่นเป็นระยะที่ร่างกายมีการเจริญเติบโตอย่างเต็มที่ และรวดเร็ว รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงทั้งขนาด และโครงสร้างของร่างกาย จึงจำเป็นต้องรับประทานอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ ได้แก่ มื้อเช้า มื้อกลางวัน และมื้อเย็น ที่มีคุณค่าทางโภชนาการ โดยเฉพาะอาหารเช้าเป็นมื้ออาหารที่สำคัญที่สุด หากอดอาหารเช้าจะทำให้สมอง และกล้ามเนื้อทำงานไม่ดี เป็นผลให้การเรียนรู้ช้า ขาดสมาธิ เหนื่อยง่าย หงุดหงิดง่าย และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคสมองเสื่อมในอนาคต ซึ่งปัญหาสุขภาพทางโภชนาการที่มักพบในกลุ่มวัยรุ่น ได้แก่ การรับประทานอาหารไม่ตรงเวลา การไม่รับประทานอาหารเช้า การอดอาหารบางมื้อเพราะกังวลเรื่องน้ำหนักตัว ความเชื่อแบบผิด ๆ เรื่องอาหาร และหลงเชื่อคำเชิญชวนของโฆษณา (ฝ่ายโภชนาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงภาวะทางสังคมของวัยรุ่นโดยการเข้าสู่การเรียนในระดับอุดมศึกษา นักศึกษาต้องดูแลและรับผิดชอบตนเองมากขึ้น มีความเป็นอิสระในการตัดสินใจในการดำเนินชีวิตมากขึ้น (ปิยะนุช จิตตุนนท์, สุมาลี วัจนกร, 2561) เช่น การใช้จ่ายเงิน การทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมทั้งรูปแบบการรับประทานอาหารที่เปลี่ยนแปลงไป ความสามารถในระดับบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ พิจารณา ไตร่ตรอง ใช้ข้อมูล และจัดการตนเองทางด้านโภชนาการในรูปแบบวิธีการต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง (ปนนดา จันทรสุกรี, นิตินัย รุ่งจินดารัตน์, 2558)

สถาบันการศึกษาระดับอุดมศึกษาในประเทศไทยล้วนผลิตบัณฑิตให้มีคุณภาพภายใต้มาตรฐานการประกันคุณภาพการศึกษาในระดับอุดมศึกษา (ศิวาพร ยอดทรงตระกูล, 2562) ซึ่งนักศึกษาที่กำลังศึกษาในสถานศึกษาด้านสาธารณสุขถือเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญ และเป็นแบบอย่างในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีต่อประชาชนในอนาคต (วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ชลบุรี, 2563) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลักของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยการ

สาธารณสุขแห่งหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับรูปแบบการบริโภคอาหารมีหลักของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง ซึ่งประยุกต์จากทฤษฎีความรู้ทางด้านสุขภาพ (Health literacy) ของ Don Nutbeam (2000) และแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, (2556) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการเรียนการสอน และจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับนักศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

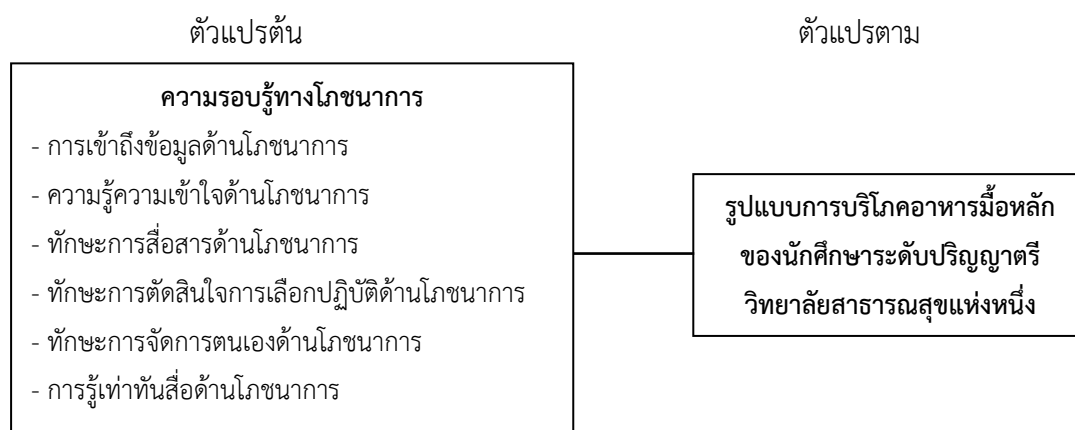
วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านโภชนาการกับรูปแบบการบริโภคอาหารมีหลักของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านโภชนาการของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง
2. เพื่อศึกษารูปแบบการบริโภคอาหารมีหลักของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านโภชนาการกับรูปแบบการบริโภคอาหารมีหลักของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เก็บรวบรวมข้อมูลในปีการศึกษา 2565 ช่วงเดือนธันวาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง ที่มีสถานภาพกำลังศึกษาอยู่ ปีการศึกษา 2565 จำนวน 294 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดจากการคำนวณสูตรของ Daniel (2013) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % confident interval เท่ากับ 1.96 ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับให้เกิดขึ้น เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 216 คน โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) ขั้นตอนที่ 1 สุ่มแบบแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แบ่งชั้นปี ออกเป็น 4 ชั้นปี ขั้นตอนที่ 2 สุ่มแบบโควตา (Quota Sampling) โดยกำหนดสัดส่วน ขั้นตอนที่ 3 สุ่มคัดเลือกแบบอาสาสมัคร (Voluntary Selection) จนครบจำนวน 216 คน ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนธันวาคม 2565 – เดือนกุมภาพันธ์ 2566 อาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด จำนวน 273 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากเครื่องมือเครือข่ายการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562 (วิล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม, 2562) และแบบสอบถาม ความถี่ของอาหารบริโภคถึงปริมาณ (รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย, 2541) ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วย เพศ, ชั้นปี, ดัชนีมวลกาย (BMI), ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านโภชนาการ จำนวน 76 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการประเมินค่า (Rating scale) แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ตัวเลือก ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ซึ่งมีค่าคะแนนเท่ากับ 5 4 3 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลผลระดับคะแนน 4 ระดับ ได้แก่ คะแนนน้อยกว่า 60% คือ ไม่ดี, คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 60.00 ถึง ร้อยละ 69.99 คือ พอใช้, คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 70.00 ถึงร้อยละ 79.99 คือ ดี, คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป คือ ดีมาก

ส่วนที่ 3 รูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลัก โดยประเมินการรับประทานอาหารมื้อหลัก 3 มื้อ ได้แก่ มื้อเช้า มื้อกลางวัน และมื้อเย็น เป็นการสอบถามย้อนหลังใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา จำนวน 3 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบการประเมินค่า (Rating scale) แบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ตัวเลือก ได้แก่ รับประทานทุกวัน รับประทานบางวัน และไม่รับประทานเลย ซึ่งมีค่าคะแนนเท่ากับ 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ การแปลผลระดับรูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลัก 2 ระดับคือ เหมาะสม หมายถึง รับประทานอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อในทุกวัน ไม่เหมาะสม คือ รับประทานอาหารมื้อหลักไม่ครบ 3 มื้อในแต่ละวัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และได้พิจารณาตัดสินตามความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญ จากค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ของแต่ละข้อคำถาม ซึ่งอยู่ระหว่าง 0.66 – 1.00 ผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของมาตรวัด (Reliability) ทั้งฉบับ

โดยใช้วิธีการวัดความสอดคล้องภายในแบบครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha) กับกลุ่มนักศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เท่ากับ 0.860

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังการได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จาก คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับสถานศึกษาที่ต้องการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในสถานศึกษา
2. เนื่องจากผู้วิจัยเป็นบุคคลภายนอกสถานศึกษา และได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ผู้วิจัยจึงตรวจหาเชื้อโควิด-19 ด้วยชุดตรวจ ATK และมีผลเป็นลบ จึงดำเนินการเข้าพบผู้เข้าร่วมวิจัยและได้ดำเนินการภายใต้มาตรการ Sandbox Safety Zone in School โดยกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงศึกษาธิการ (2564)
3. ผู้วิจัยติดต่อกับผู้เข้าร่วมวิจัย โดยมีการแนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูลวิจัยอย่างละเอียด โดยเอกสารประกอบด้วย เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย เอกสารยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย พร้อมชี้แจงว่าการเข้าร่วมเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยครั้งนี้เป็นด้วยความสมัครใจ และหากผู้เข้าร่วมวิจัยต้องการออกจากการวิจัยสามารถกระทำได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากผู้เข้าร่วมวิจัยถือเป็นความลับและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว
4. การเก็บข้อมูลในโครงการวิจัยนี้ ใช้การสอบถามโดยไม่มีการบันทึกเสียงขณะที่ผู้เข้าร่วมวิจัยให้ข้อมูล โดยหลังจากท่านลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และให้ข้อมูลตามแบบสอบถามแล้ว เอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของท่านจะถูกแยกออกจากข้อมูลที่บันทึก โดยการแยกเก็บจากกัน เพื่อป้องกันการเชื่อมโยงข้อมูลจากแบบสอบถามกับใบยินยอมตนเข้าร่วมวิจัย ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามจะถูกนำมาสรุปทางวิชาการ และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และหลังการดำเนินโครงการวิจัยเสร็จสิ้น ผู้วิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์จะทำลายข้อมูลทั้งหมดภายหลังการตีพิมพ์เผยแพร่ด้วยตนเอง m โดยใช้วิธีที่เหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วย โปรแกรม SPSS for window version 18 (License Mahidol) โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ในการอธิบายตัวแปรข้อมูลส่วนบุคคล, ระดับความรอบรู้ด้านโภชนาการ และรูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลัก และใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ สถิติไคสแควร์ Chi-square test ในการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านโภชนาการ กับรูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลัก

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้เป็นข้อมูลส่วนหนึ่งของการวิจัยที่ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารรับรองโครงการวิจัย COA. No. MUPH 2022-093 เมื่อวันที่ 11 กรกฎาคม 2565

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคลของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง (n=273)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	40	14.7
หญิง	233	85.3
ชั้นปี		
ชั้นปีที่ 1	101	37.0
ชั้นปีที่ 2	82	30.0
ชั้นปีที่ 3	27	9.9
ชั้นปีที่ 4	63	23.1
ดัชนีมวลกาย		
ผอม	58	21.2
ปกติ	116	42.5
น้ำหนักเกินเกณฑ์	29	10.6
อ้วนระดับ 1	40	14.7
อ้วนระดับ 2	30	11.0

จากตารางที่ 1 พบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.3 กำลังศึกษาอยู่ในชั้นปีที่ 1 – 4 พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 ของนักศึกษาทั้งหมด กำลังศึกษาในชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 ดัชนีมวลกายของนักศึกษาแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ซึ่งนักศึกษาที่มีดัชนีมวลกายในกลุ่มปกติ คิดเป็นร้อยละ 42.5 กลุ่มผิปกติ คิดเป็นร้อยละ 67.5 ซึ่งในกลุ่มผิปกติ(ผอม น้ำหนักเกินเกณฑ์ อ้วนระดับ1 และอ้วนระดับ2) พบว่า มีค่าดัชนีมวลกายเกินขึ้นไปประมาณ 1 ใน 3 ของนักศึกษาทั้งหมด คิดเป็นร้อยละ 36.3

ส่วนที่ 2 ระดับความรู้ด้านโภชนาการของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความรู้ด้านโภชนาการรายด้านของนักศึกษา
ระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง(n=273)

ความรู้ด้านโภชนาการ	ระดับไม่ดี		ระดับพอใช้		ระดับดี		ระดับดีมาก	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ	18	6.6	72	26.4	96	35.2	87	31.9
การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ	30	11.0	37	13.6	96	35.2	110	40.3
ทักษะการสื่อสารด้านโภชนาการ	42	15.4	75	27.5	64	23.4	92	33.7
ทักษะการตัดสินใจการเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ	25	9.2	82	30.0	51	18.7	115	42.1
ทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการ	48	17.6	84	30.8	75	27.5	66	24.2
การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ	29	10.6	116	42.5	88	32.2	40	14.7
ความรู้ด้านโภชนาการโดยรวม	18	6.6	90	33.0	124	45.4	41	15.0

จากตารางที่ 2 พบว่า ความรู้ด้านโภชนาการมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ ทักษะการสื่อสารด้านโภชนาการ ทักษะการตัดสินใจการเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ ทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการ และการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ทางโภชนาการในด้านการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ อยู่ในระดับพอใช้ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.5 รองลงมา คือ ทักษะการตัดสินใจการเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 42.1 ในภาพรวมนักศึกษามีความรู้ทางโภชนาการโดยรวม อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 45.4

ส่วนที่ 3 รูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลักของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละจำแนกตามรูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลักของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง (n=273)

รูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลัก	รับประทานทุกวัน		รับประทานบางวัน		ไม่รับประทานเลย	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาหารมื้อเช้า	52	19.0	200	73.3	21	7.7
อาหารมื้อกลางวัน	173	63.4	98	35.9	2	0.7
อาหารมื้อเย็น	165	60.4	106	38.8	2	0.7

จากตารางที่ 3 พบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง มีจำนวน 1 ใน 5 รับประทานอาหารเช้าทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 19.0 มีจำนวน 3 ใน 5 รับประทานอาหารมื้อกลางวันทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 63.4 มีจำนวน 3 ใน 5 รับประทานอาหารมื้อเย็นทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 60.4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละจำแนกตามความเหมาะสมของรูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลัก
ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง (n=273)

รูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลัก	จำนวน	ร้อยละ
เหมาะสม (รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อทุกวัน)	73	26.7
ไม่เหมาะสม (รับประทานอาหารเช้าไม่ครบ 3 มื้อ)	200	73.3

จากตารางที่ 4 พบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง มีจำนวน 3 ใน 10 มีรูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลักที่เหมาะสม(รับประทานอาหารเช้า 3 มื้อทุกวัน) คิดเป็นร้อยละ 26.7 มีจำนวน 7 ใน 10 มีรูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลักที่ไม่เหมาะสม (รับประทานอาหารเช้าไม่ครบ 3 มื้อ) คิดเป็นร้อยละ 73.3

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านโภชนาการกับรูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลัก ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง
ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านโภชนาการกับรูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลัก ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง (n=273)

ความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ	รูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลัก				X ²	p-value
	ไม่เหมาะสม		เหมาะสม			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ						
ระดับไม่ดี-พอใช้	80	88.89	10	11.11	0.008	0.929
ระดับดี-ดีมาก	162	88.52	21	11.48		
การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ						
ระดับไม่ดี-พอใช้	56	83.58	11	16.42	2.261	0.133
ระดับดี-ดีมาก	186	90.29	20	9.71		
ทักษะการสื่อสารด้านโภชนาการ						
ระดับไม่ดี-พอใช้	109	93.16	8	6.84	4.152	0.042*
ระดับดี-ดีมาก	133	85.26	23	14.74		
ทักษะการตัดสินใจการเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ						
ระดับไม่ดี-พอใช้	101	94.39	6	5.61	5.776	0.018*
ระดับดี-ดีมาก	141	84.94	25	15.06		
ทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการ						
ระดับไม่ดี-พอใช้	124	93.94	8	6.06	7.118	0.008**
ระดับดี-ดีมาก	118	83.69	23	16.31		

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ด้านโภชนาการกับรูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลัก ของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง (n=273)(ต่อ)

ความรู้ด้านโภชนาการ	รูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลัก				X ²	p-value
	ไม่เหมาะสม		เหมาะสม			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ						
ระดับไม่ดี-พอใช้	125	86.21	20	13.79	1.826	0.187
ระดับดี-ดีมาก	117	91.41	11	8.59		
ความรู้ด้านโภชนาการโดยรวม						
ระดับดี	98	90.74	10	9.26	0.780	0.377
ระดับปานกลาง-ปรับปรุง	144	87.27	21	12.73		

*p-value $\leq$ 0.05, **p-value $\leq$ 0.01

จากตารางที่ 5 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความรู้ด้านโภชนาการกับรูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลักของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง พบว่า ทักษะการสื่อสารด้านโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลัก ($\chi^2 = 4.152$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านทักษะการตัดสินใจการเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลัก ($\chi^2 = 5.776$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 และด้านทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลัก ($\chi^2 = 7.118$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

การศึกษาความรู้ด้านโภชนาการของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่งพบความรู้ด้านโภชนาการโดยรวม อยู่ในระดับดี มากที่สุด รองลงมาคือ ระดับพอใช้ เมื่อพิจารณาความรู้ด้านโภชนาการในแต่ละด้าน พบว่า ความรู้ด้านโภชนาการ 4 ด้าน อยู่ในระดับดี ขึ้นไป มากที่สุด ได้แก่ ด้านความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ ด้านการเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการ ด้านทักษะการสื่อสารด้านโภชนาการ ด้านทักษะการตัดสินใจการเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ และมีความรู้ด้านโภชนาการ 2 ด้านอยู่ในระดับพอใช้ มากที่สุด ได้แก่ ด้าน ทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการ การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ อธิบายได้ว่าด้วยประชากรที่ศึกษาคือนักศึกษาสาธารณสุข ซึ่งเน้นการศึกษาเกี่ยวกับโภชนาการเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรการศึกษา เช่น การป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับอาหารและการสื่อสารเรื่องโภชนาการในสาธารณสุข ดังนั้น นักศึกษามีโอกาสได้รับความรู้และฝึกทักษะด้านโภชนาการในระหว่างการศึกษาอย่างเหมาะสม ที่ทำให้พัฒนาความรู้ทางโภชนาการในระดับดีขึ้นไป ได้ในช่วงเวลาของการศึกษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศรีสุดา บุญขยาย (2562) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป กรณีศึกษาเขตสุขภาพที่ 4 พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ Don Nutbeam (2000) กล่าวว่า ความรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถของบุคคลที่พัฒนาจนกลายเป็น

ทักษะ ซึ่งแต่ละสังคมกำหนดว่าบุคคลจำเป็นต้องมีเพื่อเข้าถึง เข้าใจ รู้จักตั้งคำถาม ที่ทำให้สามารถตัดสินใจและนำข้อมูลไปใช้อย่างถูกต้องเหมาะสมอย่างต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพตนเอง

รูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลักของนักศึกษาระดับปริญญาตรีวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง มีรูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลักที่ไม่เหมาะสม คิดเป็นร้อยละ 73.3 รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อใน 1 วัน โดยมื้ออาหารที่มีความถี่ในการรับประทานทุกวันนี้ น้อยที่สุด คือ อาหารมื้อเช้า สอดคล้องกับการศึกษาของ ศวิตา ศรีสวัสดิ์, สุวลี โลวีวรรณ (2562) ได้ศึกษาการรับรู้และการบริโภคอาหารเช้าของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ระดับปริญญาตรีกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่า อาหารมื้อเช้าคือมื้อที่ถูกมองข้ามมากที่สุด และสอดคล้องกับการศึกษาของสิริไพศาล ยัมประเสริฐ (2560) ได้ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสานนครราชสีมา พบว่า นักศึกษามีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับพอใช้ และไม่ได้รับประทานอาหารเช้า เนื่องจากต้องรีบเข้าเรียนให้ทัน จากข้อค้นพบจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า นักศึกษาที่มีเรียนในช่วงเช้าหรือวิชาทางคลินิก นักศึกษาจะเลือกงดเว้นการรับประทานอาหารเช้าเพื่อเตรียมตัวเข้าเรียนให้ทัน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้นักศึกษาเห็นความสำคัญของการรับประทานอาหารเช้าแก่นักศึกษากลุ่มนี้อย่างเหมาะสม

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรู้ทางโภชนาการกับรูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลัก ของนักศึกษาวิทยาลัยสาธารณสุขแห่งหนึ่ง พบว่า ด้านทักษะการสื่อสารด้านโภชนาการ ด้านทักษะการตัดสินใจการเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ และด้านทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการบริโภคอาหารมื้อหลัก ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรสนับสนุนและส่งเสริมปัจจัยดังกล่าวให้กับนักศึกษากลุ่มนี้ เช่น การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และความรู้ด้านโภชนาการระหว่างอาจารย์และนักศึกษา ทบทวนวิธีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง เพื่อการเสริมสร้างสุขภาพตนเองตามหลักการบริโภคอาหารในปริมาณที่เหมาะสม หลากหลายอย่างสมดุล เป็นต้น ซึ่งผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล (2562) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล พบว่า ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสารในการป้องกันโรคอ้วน ด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันโรคอ้วน และด้านการจัดการตนเองในการป้องกันโรคอ้วน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการ อันเป็นประโยชน์แก่การดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพ และสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของนักศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านทักษะการจัดการตนเองด้านโภชนาการ การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ และการรับประทานอาหารมื้อหลักครบทั้ง 3 มื้อ ที่มีคุณค่าทางโภชนาการหลากหลายและสมดุล เพื่อเป็นแบบอย่างด้านสุขภาพแก่ประชาชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาติดตามความรอบรู้ทางโภชนาการและแบบแผนการบริโภคอาหารของนักศึกษาอย่างต่อเนื่องตลอด 4 ปี
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางโภชนาการ และหรือแบบแผนการบริโภคอาหารของนักศึกษา เช่น คุณภาพชีวิต ความเครียด ภาวะสุขภาพ เป็นต้น
3. ควรศึกษาการพัฒนาการจัดรูปแบบการเรียนการสอน และจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ วร้งเสริมความรอบรู้ทางโภชนาการ และ/หรือแบบแผนการบริโภคอาหารของนักศึกษา เป็นต้น

References

- กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงศึกษาธิการ. (2564). คู่มือการปฏิบัติมาตรการ Sandbox Safety Zone in School เปิดเรียนมั่นใจ ปลอดภัยไร้โควิด-19 ในสถานศึกษา. สืบค้นวันที่ 7 กันยายน 2566, จาก: <https://hp.anamai.moph.go.th/teenager-emag/download/?did=207341&id=82880&reload=>
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข(พิมพ์ครั้งที่3). (2556). ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย (จำกัด).
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2558). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารสำหรับวัยทำงาน: นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ฉัตรภา หัตถโกศล. (2555). *สุขภาพดีไม่ต้องอด.. แคลด หวาน มัน เค็ม*. สืบค้นวันที่ 6 กันยายน 2566, จาก: https://med.mahidol.ac.th/rama_hospital/th/services/knowledge/11132020-1637
- วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชลบุรี. (2560). *เกี่ยวกับสถาบันพระบรมราชชนก* . สืบค้นวันที่ 6 กันยายน 2566. จาก : <http://www.bnc.ac.th/eng/index.php/about>
- ปณินดา จันทร์สุกรี, นิตินัย รุ่งจินดารัตน์. (2558). การวิเคราะห์พฤติกรรมเพื่อสุขภาพของวัยรุ่นตอนปลายโดยใช้ตัวชี้วัดทางปัญญาสังคม: กรณีศึกษานักศึกษามหาวิทยาลัยในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล. (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพมหานคร: เอ็น เอส พีเซอร์วิสเซ็นเตอร์.
- ปิยะนุช จิตตบุญ, สุมาลี วัจนากกร. (2561). สมดุลชีวิตนักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคใต้. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 17 (2), 103-133. สืบค้น 6 กันยายน 2566, จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/download/163916/118725/455154>
- ฝ่ายโภชนาการ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). *โภชนาการสำหรับวัยรุ่น*. สืบค้นวันที่ 6 กันยายน 2566. จาก: https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/admin/article_files/1287_1.pdf

- พรภัทรา แสนเหลา, เบญจพร สืบทอง, ภิญญารัตน์ เปลี่ยนจันทิก, ปิยะกุล ศิริ, ศุภลักษณ์ โคบำรุง, สิริินยา ผลไธสง และคณะ. (7 – 8 กรกฎาคม 2565). ความสัมพันธ์ด้านความรู้สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพหลัก3อ.2ส.ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ. *วิจัยสร้าง Innovation and Technology เพื่อรองรับสังคมไทยสู่ยุค Digital World*. การประชุมวิชาการระดับชาติครั้งที่ 14, มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม.
- รุ่งนภา ป้องเกียรติชัย, เรวดี จงสุวัฒน์, ดวงพร แก้วศิริ, วงเดือน ปั่นดี. (2541). การศึกษาการได้รับสารอาหารของนักเรียนมัธยมปลายในกรุงเทพมหานคร โดยใช้แบบสอบถาม ความถี่ของอาหารบริโภคถึงปริมาณ[วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม. (2562). รายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ.2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศวิตา ศรีสวัสดิ์, สุวลี โลวีกรรณ์. (2562). การรับรู้และการบริโภคอาหารเข้าของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ระดับปริญญาตรีกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, สืบค้น 6 กันยายน 2566, 12(4), 88-96. จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/187948/156837>
- ศิวาพร ยอดทรงตระกูล. (2562). “อาจารย์: ตัวชี้วัดสำคัญในการประกันคุณภาพการศึกษา”. *วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร*, 17 (2), 22-32. สืบค้นวันที่ 6 กันยายน 2566. จาก <https://so02.tci-thaijo.org/index.php/suedujournal/article/view/110876/160695>
- ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล. (2562). ความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคอ้วนของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารสหวิทยาการวิจัย: ฉบับบัณฑิตศึกษา*, 8(1), สืบค้น 7 กันยายน 2566, จาก https://papers.ssm.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3335182
- สิริไพศาล ยัมประเสริฐ. (2560). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา. *วารสารราชพฤกษ์*. 15(1). 33-41. สืบค้น 6 กันยายน 2566, จาก <https://so05.tci-thaijo.org/index.php/Ratchaphruekjournal/article/view/90783/71262>
- Daniel ACQG, Veiga EV. (2013). Factors that interfere the medication compliance in hypertensive patients. *Einstein (Sao Paulo)* [อินเทอร์เน็ต] . ;11(3):331–7. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4878592/>
- Nutbeam D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into health 21th century. Health Promotion International: Printed in Great Britain.

การสำรวจปริมาณน้ำตาลจากเครื่องดื่มชาและกาแฟในห้างสรรพสินค้า จังหวัดสุพรรณบุรี

A survey of sugar beverages of tea and coffee in the department store in Suphanburi province.

สิริสกุล สงฆ์คุ้ม¹, มารุต ภูพะเนียด^{2,*}, ภาสกร ศรีไทย², ภัทริน เกียนมิตรภาพ²

Sirisakun Songkhum¹, Marut Phuphaniat^{2,*}, Passakorn Srithai², Phattarin Tianmitrapap²

โรงพยาบาลเนินขาม¹,

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข²

Noen kham hospital¹

Sirindhorn College of Public Health Suphanburi, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok

Institute, Ministry of Public Health²

(Received: April 9, 2023; Revised: September 27, 2023; Accepted: September 28, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณน้ำตาลที่ผสมในเครื่องดื่มประเภทชา และกาแฟที่จำหน่ายในห้างสรรพสินค้า จังหวัดสุพรรณบุรี ตัวอย่างเครื่องดื่มทั้งหมดจำนวน 77 ชนิด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เครื่องตรวจค่าความหวาน (BRIX Refractometer) และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า เครื่องดื่มชาและกาแฟที่ทำการสำรวจทั้งหมด 77 ชนิดมีค่าเฉลี่ยของปริมาณน้ำตาลเท่ากับ มีระดับน้ำตาลอยู่ในระดับสูง เมื่อจำแนกรายกลุ่มพบว่า กลุ่มเครื่องดื่มกาแฟมีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลที่พบมากที่สุด คือ ลาเต้ (16.54 g/100ml) และมอคค่า (16.04 g/100ml) ซึ่งมีระดับน้ำตาลอยู่ในระดับสูง ส่วนกลุ่มเครื่องดื่มชามีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาล ที่พบมากที่สุดคือ ชาไทย (20.28 g/100ml) และชาเขียว (19.68 g/100ml) มีระดับน้ำตาลอยู่ในระดับสูง ผู้บริโภคควรเลือกบริโภคหรือควบคุมการบริโภคเครื่องดื่มให้เหมาะสมเพื่อลดการได้รับน้ำตาลเกินความจำเป็น

คำสำคัญ : เครื่องดื่ม, ความหวาน, น้ำตาล

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: marut.phph@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 098-3673321)

Abstract

This study is descriptive research. This study aimed to study the amount of sugar mixed in tea and coffee beverages sold in department stores in Suphanburi Province. Samples of all 77 types of beverages. Data were collected with a sweetener (BRIX Refractometer). The data

were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The study found that all 77 tea and coffee beverages had high sugar levels. When classified by group, coffee beverages with the highest average sugar content were latte (16.54 g/100ml) and mocha (16.04 g/100ml), which had high sugar levels. The tea beverages with the highest average sugar content were Thai tea (20.28 g/100ml) and green tea (19.68 g/100ml), with high sugar levels. Consumers should choose to consume or control their beverage consumption appropriately to reduce excess sugar intake.

KEYWORDS: Beverages, Sweetness, Sugar

บทนำ

น้ำตาล คือ สารประกอบคาร์โบไฮเดรตประเภทโมโนแซ็กคาไรด์ (monosaccharide) และ ไดแซ็กคาไรด์ (disaccharide) ซึ่งมีรสหวาน โดยทั่วไปจะได้มาจากอ้อย มะพร้าว แต่โดยทั่วไปแล้วจะเรียกอาหารที่มีรสหวานว่าน้ำตาลแทบทั้งสิ้น (องค์การพิพิธภัณฑศึกษาาสตร์แห่งชาติ, 2564) ปัจจุบันที่มีการบริโภคน้ำตาลผ่านทางอาหาร เครื่องดื่มแปรรูปหลายชนิดโดยเฉพาะเครื่องดื่มประเภทชา และกาแฟที่มีความนิยมเพิ่มสูงขึ้น แสดงถึงการเจริญเติบโตในธุรกิจประเภทนี้เพิ่มมากขึ้น การรับน้ำตาลผ่านทางเครื่องดื่มทั้งสองประเภทนี้จึงค่อนข้างสูง ซึ่งการดื่มชา และกาแฟของในแต่ละพื้นที่ทั่วโลกมีความแตกต่างกัน แม้กระทั่งในไทยที่แต่ละภาคมีการดื่มชา และกาแฟที่แตกต่างกัน การดื่มกาแฟจึงถือได้ว่าเป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน (สุภณัฐ ลิฟหาวงศ์, 2557) ปัจจุบันมีร้านขายเครื่องดื่มอยู่ทั่วไปในชุมชนเมือง ริมถนนที่เป็นแหล่งธุรกิจ โดยเฉพาะห้างสรรพสินค้า ทำให้ประชาชนสามารถเข้าถึงเครื่องดื่มรสหวานได้ง่าย สะดวก และมีโอกาสรับประทานได้บ่อย ดังนั้นหากประชาชนรับรู้ถึงปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มแต่ละชนิดทำให้ประชาชนตระหนักถึงผลเสียต่อสุขภาพที่อาจเกิดจากการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง (พิมพ์พนภานัท ศรีดอนไพร และคณะ, 2562) โดยเฉพาะเครื่องดื่มรสหวานที่ซื้อมารดื่มน้ำที่ไม่สามารถดูฉลากได้ ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าเครื่องดื่มผสมน้ำตาลส่วนใหญ่มีปริมาณน้ำตาลอยู่ในระดับสูง (Lin, et al., 2018)

ผลกระทบของการบริโภคน้ำตาลเกินมีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ในระยะยาว เช่น โรคอ้วน เบาหวาน หัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้น (พรรณพิมล วิปุลากร, 2563) นอกจากนี้การศึกษาในอดีตพบว่าน้ำตาลมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุ เช่น ในประเทศไนจีเรียสมัยที่การบริโภคน้ำตาลเฉลี่ยเท่ากับ 2 กรัม/คน/วัน ความชุกของโรคฟันผุเท่ากับร้อยละ 2 เท่านั้น เมื่อปี ค.ศ. 1938 การบริโภคน้ำตาลเฉลี่ยเท่ากับ 1.8 กรัม/คน/วัน ความชุกของฟันผุในกลุ่มอายุ 13-19 ปีมีเพียงร้อยละ 2 และในกลุ่มอายุ 30-39 ปี เท่ากับร้อยละ 7 ต่อมาในช่วงทศวรรษ 1960 การบริโภคน้ำตาลเพิ่มขึ้นเท่ากับ 50 กรัม/คน/วัน โรคฟันผุสูงขึ้นอย่าง

มากโดยมีความชุกเท่ากับ 17.5 โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก (Akpabio, 1968) และมีรายงานว่าผู้ที่มีฟันผุน้อยจะพบในกลุ่มที่บริโภคน้ำตาลน้อยกว่าผู้ที่บริโภคน้ำตาลมาก (Moynihan, 2016) สำหรับประเทศไทยจากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พบว่า ร้อยละ 82.3 มีพฤติกรรมการบริโภคที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ คือ พฤติกรรมดื่มน้ำหวาน ร้อยละ 83.7 โดยดื่มทุกวันร้อยละ 17 (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) ทางด้านผู้อำนวยการสำนักทันตสาธารณสุข กล่าวว่า น้ำตาลเป็นแหล่งอาหารชั้นดีของแบคทีเรียในการผลิตกรดทำลายผิวฟัน จนลุกลามไปเรื่อย ๆ หากไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หากต้องการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล แนะนำให้สั่งสูตรหวานน้อย เพื่อลดปริมาณน้ำตาลส่วนเกิน ทั้งนี้เครื่องดื่มที่ดีที่สุดสำหรับร่างกาย คือ น้ำเปล่า โดยควรดื่ม อย่างน้อย 6-8 แก้วต่อวัน เพราะจะช่วยชะล้างเศษอาหารที่ตกค้างในช่องปาก ทำให้ปากไม่แห้ง ลดปัญหากลิ่นปากเป็นผลดีต่อสุขภาพฟันไม่ก่อให้เกิดฟันผุ(ผิยะดา ประเสริฐสม, 2562) อธิปไตยกรมอนามัย กล่าวว่า การบริโภคน้ำตาลที่เป็นส่วนประกอบของอาหาร และเครื่องดื่มที่มากเกินไปจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพตามมา โดยปริมาณน้ำตาลที่คนไทยได้รับส่วนใหญ่มาจากขนม และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล โดยเฉลี่ยในแต่ละวันคนไทยดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลเฉลี่ยกว่า 3 แก้ว (519.3 มิลลิลิตร) โดยผู้ชายดื่มมากกว่าผู้หญิง เครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลที่วางจำหน่ายในประเทศไทยพบมีปริมาณน้ำตาลสูงมาก เฉลี่ย 9-19 กรัม/100 มิลลิลิตร ในขณะที่ปริมาณที่เหมาะสม คือ ไม่ควรมีน้ำตาลมากกว่า 6 กรัม/100 มิลลิลิตร เพราะจะเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังได้ในระยะยาว เช่น โรคอ้วน เบาหวาน หัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้น (พรรณพิมล วิบุลากร, 2563)

จากข้อมูลดังกล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าปัจจุบันมีการบริโภคเครื่องดื่มผสมน้ำตาลสูงมากขึ้น โดยเฉพาะเครื่องดื่มประเภทชา และกาแฟ ส่งผลให้ธุรกิจร้านขายเครื่องดื่มประเภทชา และกาแฟมีเพิ่มขึ้นอยู่ไม่ว่าจะชนบท หรือชุมชนเมือง โดยส่วนมากธุรกิจประเภทนี้มักตั้งอยู่ในห้างสรรพสินค้าทำให้การเข้าถึงเครื่องดื่มรสหวานเหล่านี้เป็นไปได้ง่ายและบริโภคได้บ่อยขึ้น ประกอบกับสภาพอากาศที่ร้อนอบอ้าวทำให้ผู้คนหันมานิยมบริโภคเครื่องดื่มรสหวานมากกว่าการดื่มน้ำเปล่า นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของสภาวะเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมมีผลต่อการเข้าถึง และการบริโภคอาหาร ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะสำรวจชนิด และวิเคราะห์ปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มชนิดต่าง ๆ ที่มีจำหน่ายภายในห้างสรรพสินค้า จังหวัดสุพรรณบุรี เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการเลือกบริโภคให้แก่ประชาชนให้ตระหนักถึงผลเสียต่อสุขภาพ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการบริโภคเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มประเภทชา และกาแฟในห้างสรรพสินค้า จังหวัดสุพรรณบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มประเภทชา และกาแฟในห้างสรรพสินค้า จังหวัดสุพรรณบุรี

ประชากร

กลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ เครื่องดื่มชา กาแฟที่จำหน่ายในห้างสรรพสินค้าทั้งหมด จำนวน 77 ชนิด ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องดื่มชาชงพร้อมดื่ม เครื่องดื่มกาแฟชงพร้อมดื่ม

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- ร้านแฟรนไชส์ที่ขายเครื่องดื่มชา และกาแฟบริเวณห้างสรรพสินค้าในจังหวัดสุพรรณบุรี

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- ร้านแฟรนไชส์ที่ขายเครื่องดื่มชา และกาแฟบริเวณห้างสรรพสินค้าในจังหวัดสุพรรณบุรี ที่ปิดตัวในระหว่างที่ทำการศึกษา
- เป็นเครื่องดื่มชา และกาแฟที่เป็นเครื่องดื่มร้อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ศึกษาค่าความหวาน และปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมน้ำตาลจำหน่ายในห้างสรรพสินค้า เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

1. เครื่องวัดค่าความหวาน BRIX Refractometer แบบส่องวัด ยี่ห้อ ATC บริษัท Safety Drink รุ่น BRIX 30 ช่วงวัด 0 ถึง 32 % Brix (Brix คือ หน่วยที่ใช้บอกความเข้มข้นของของแข็งที่ละลายอยู่ในสารละลายเป็นเปอร์เซ็นต์น้ำหนักต่อน้ำหนัก) ความแม่นยำ: $\pm 0.2\%$ Brix
2. แบบบันทึกข้อมูลปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม ประกอบไปด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ประเภทของเครื่องดื่ม ชนิดเครื่องดื่ม ปริมาณของเครื่องดื่ม และปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทดสอบเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมน้ำตาล ดังนี้

- 4.1 เตรียมเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลโดยเก็บเครื่องดื่มที่นิยมสูงสุด 5 อันดับแรก ทั้งประเภทชา และกาแฟ ของร้านค้าที่สำรวจโดยให้ผู้ประกอบการตวงเครื่องดื่มในปริมาณที่จำหน่ายตามปกติใส่ในถุงพลาสติกโดยไม่รวมน้ำแข็ง ประเภทกาแฟ ได้แก่ คาปูชิโน มอคค่า ลาเต้ เอสเพรสโซ และอเมริกาโน่ ส่วนประเภทชา ได้แก่ ชาเขียว ชานมเย็น ชานม ชามะนาว และชาดำ
- 4.2 ผสมเครื่องดื่มกับน้ำแข็งและเขย่าเครื่องดื่มเพื่อให้ไม่ตกตะกอนทิ้งไว้ 1 นาที
- 4.3 ทดสอบเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล โดยหยดเครื่องดื่มปริมาณ 3 หยด ที่เครื่องวัดค่าความหวานเพื่อวัดค่า แต่ละตัวอย่างวัดค่า 3 ครั้ง เพื่อหาค่าเฉลี่ย
- 4.5 บันทึกข้อมูลค่าความหวานที่แสดงบนเครื่องวัด และเปลี่ยนเป็นปริมาณน้ำตาลเป็นกรัม ต่อ 100 มิลลิลิตร
- 4.6 เช็ดปริซึมให้สะอาดจากนั้นทำการวัดค่าเครื่องดื่มชนิดต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ประเภทเครื่องดื่มชาชงพร้อมดื่มที่สำรวจส่วนใหญ่ คือ ชนิดชาเขียว จำนวน 11 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 14.3 รองลงมาคือชนิดชาไทยและชามะนาว จำนวน 8 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 10.4 ประเภทกาแฟชงพร้อมดื่มที่สำรวจส่วนใหญ่เป็นชนิด อเมริกาโน่ ลาเต้ มอคค่า และคาปูชิโน่ จำนวน 8 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 10.4

ตารางที่ 1 ปริมาณน้ำตาลที่ผสมในเครื่องดื่มประเภทชาชงพร้อมดื่ม

ชนิดเครื่องดื่ม	ปริมาณน้ำตาล (กรัม/100 มล.)		ปริมาณน้ำตาล (กรัม/แก้ว)		ปริมาณน้ำตาล (ช้อนชา/แก้ว)		ระดับปริมาณ น้ำตาล
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
ชาเขียว	19.68	2.66	57.82	9.01	11.56	1.80	สูง
ชานม	18.41	4.66	52.16	12.14	10.43	2.42	สูง
ชาดำ	15.32	4.29	44.35	13.85	8.87	2.77	สูง
ชาไทย	20.28	3.15	57.69	9.92	11.54	1.98	สูง
ชามะนาว	15.92	4.05	45.56	12.75	9.11	2.55	สูง
เฉลี่ย	18.16	3.97	52.34	12.19	10.47	2.43	สูง

จากตารางที่ 1 พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลที่ผสมในเครื่องดื่มประเภทชาชงพร้อมดื่ม 18.16 กรัม/100 มิลลิลิตร (S.D.= 3.97) มีระดับปริมาณน้ำตาลสูง เมื่อแยกตามชนิดของชาชงพร้อมดื่ม พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลที่ผสมในเครื่องดื่มประเภทชาชงพร้อมดื่มที่พบมากที่สุด คือ เครื่องดื่มชนิดชาไทย 20.28 กรัม/100 มิลลิลิตร (S.D.= 3.15) มีระดับปริมาณน้ำตาลสูงรองลงมา คือ เครื่องดื่มชนิดชาเขียว 19.68 กรัม/100 มิลลิลิตร (S.D.= 2.66) มีระดับปริมาณน้ำตาลสูง และค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลที่ผสมในเครื่องดื่มประเภทชาชงพร้อมดื่มที่น้อยที่สุด คือ เครื่องดื่มชนิดชาดำ 15.32 กรัม/100 มิลลิลิตร (S.D.= 4.29) มีระดับปริมาณน้ำตาลสูง

ค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลที่ผสมในเครื่องดื่มประเภทชาชงพร้อมดื่มต่อแก้วเท่ากับ 52.34 กรัม (S.D.= 12.19) หรือ 10.47 ช้อนชา (S.D.= 2.43) เครื่องดื่มชาเขียวมีปริมาณน้ำตาลเฉลี่ยต่อแก้วมากที่สุดคือ 57.82 กรัม (S.D.= 9.01) หรือ 11.56 ช้อนชา (S.D.= 1.80) รองลงมาคือเครื่องดื่มชาไทยมีปริมาณน้ำตาลเฉลี่ยต่อแก้ว 57.69 กรัม (S.D.= 9.92) หรือ 11.54 ช้อนชา (S.D.= 1.98) และเครื่องดื่มชาดำมีปริมาณน้ำตาลต่อแก้วน้อยที่สุดคือ 44.35 กรัม (S.D.= 13.85) หรือ 8.87 ช้อนชา (S.D.= 2.77)

ตารางที่ 2 ปริมาณน้ำตาลที่ผสมในเครื่องดื่มประเภทกาแฟพร้อมดื่ม

ชนิดเครื่องดื่ม	ปริมาณน้ำตาล (กรัม/100 มล.)		ปริมาณน้ำตาล (กรัม/แก้ว)		ปริมาณน้ำตาล (ซองชา/แก้ว)		ระดับปริมาณ น้ำตาล
	Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	
อเมริกาโน่	6.97	4.98	20.00	14.12	4.00	2.82	ปานกลาง
ลาเต้	16.54	3.76	46.01	11.02	9.20	2.20	สูง
มอคค่า	16.04	4.53	44.80	13.52	8.96	2.70	สูง
คาปูชิโน่	15.23	3.47	42.06	10.49	8.41	2.09	สูง
เอสเพรสโซ	13.93	3.57	39.47	10.78	7.89	2.15	สูง
เฉลี่ย	13.74	5.30	38.44	15.05	7.67	3.01	สูง

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลที่ผสมในเครื่องดื่มประเภทกาแฟพร้อมดื่มหลังผสมน้ำแข็ง 13.74 กรัม/100 มิลลิลิตร (S.D.= 5.30) มีระดับปริมาณน้ำตาลสูง เมื่อแยกตามชนิดของกาแฟพร้อมดื่ม พบว่า ค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลที่ผสมในเครื่องดื่มประเภทกาแฟพร้อมดื่มที่พบมากที่สุด คือ เครื่องดื่มชนิดลาเต้ 16.54 กรัม/100 มิลลิลิตร (S.D.= 3.76) มีระดับปริมาณน้ำตาลสูง รองลงมา คือ เครื่องดื่มชนิดมอคค่า 16.04 กรัม/100 มิลลิลิตร (S.D.= 4.53) มีระดับปริมาณน้ำตาลสูง และค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลที่ผสมในเครื่องดื่มประเภทกาแฟพร้อมดื่มน้อยที่สุด คือ เครื่องดื่มชนิดอเมริกาโน่ 6.97 กรัม/100 มิลลิลิตร (S.D.= 4.98) มีระดับปริมาณน้ำตาลปานกลาง

ค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลที่ผสมในเครื่องดื่มประเภทกาแฟพร้อมดื่มต่อแก้วเท่ากับ 38.44 กรัม (S.D.= 15.05) หรือ 7.67 ซองชา (S.D.= 3.01) เครื่องดื่มลาเต้มีปริมาณน้ำตาลเฉลี่ยต่อแก้วมากที่สุดคือ 46.01 กรัม (S.D.= 11.02) หรือ 9.20 ซองชา (S.D.= 2.20) รองลงมาคือเครื่องดื่มมอคค่ามีปริมาณน้ำตาลเฉลี่ยต่อแก้ว 44.80 กรัม (S.D.= 13.52) หรือ 8.96 ซองชา (S.D.= 2.70) และเครื่องดื่มอเมริกาโน่มีปริมาณน้ำตาลต่อแก้วน้อยที่สุดคือ 20.00 กรัม (S.D.= 14.12) หรือ 4.00 ซองชา (S.D.= 2.82)

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มประเภทชาชงพร้อมดื่ม และกาแฟพร้อมดื่มในห้างสรรพสินค้า ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

จากการศึกษา พบว่า ปริมาณน้ำตาลเฉลี่ยของเครื่องดื่มชาชงพร้อมดื่ม และกาแฟพร้อมดื่ม ที่ได้ทำการสำรวจ มีระดับปริมาณน้ำตาลอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับชุดิมา ศิริกุลชยานนท์ (2557) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มหวาน จากการสำรวจปริมาณน้ำตาลของร้านขายเครื่องดื่ม โดยโครงการเด็กไทยดูดี มีพลานามัยเพื่อเปรียบเทียบปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่ม 1 แก้ว ปริมาณ 250 มล. จากตัวอย่าง

ร้านค้า 62 ร้านค้า รวม 270 ตัวอย่าง ผลการสำรวจพบว่า ชามะนาวมีปริมาณน้ำตาล 12.6 ช้อนชา ชาดำเย็น 12.5 ช้อนชา ส่วนชาเย็น กาแฟเย็น ชาเขียวเย็น มีปริมาณน้ำตาลเฉลี่ย 11 ช้อนชา ซึ่งอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน แสดงให้เห็นถึงการได้รับปริมาณน้ำตาลเกินความจำเป็นที่ควรบริโภคในแต่ละวัน ตามหลักขององค์การอนามัยโลกแนะนำว่าปริมาณน้ำตาลที่เติมในอาหาร ไม่ควรเกินร้อยละ 10 ของปริมาณพลังงานทั้งหมดที่ได้รับในแต่ละวัน ซึ่งสามารถกำหนดเป็นปริมาณน้ำตาลในแต่ละวันได้ว่า ไม่ควรเกิน 4 ช้อนชา สำหรับผู้ที่ต้องการพลังงาน 1,600 กิโลแคลอรี ไม่เกิน 6 ช้อนชา สำหรับผู้ที่ต้องการพลังงาน 2,000 กิโลแคลอรี (WHO, 2015) ซึ่งจากผลการศึกษา พบว่า ปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มชาชงพร้อมดื่ม และกาแฟพร้อมดื่มมีค่าเฉลี่ยปริมาณน้ำตาลที่เกินกว่าปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าคนไทยส่วนใหญ่นิยมรับประทานเครื่องดื่มรสชาติหวาน จึงทำให้ผู้ประกอบการที่จำหน่ายเครื่องดื่มจำเป็นต้องคิดค้นสูตรเครื่องดื่มที่ตอบสนองความต้องการของผู้บริโภค อีกทั้งในเรื่องของการแข่งขันทางการตลาดของร้านเครื่องดื่มที่มากขึ้นเรื่อย ๆ ในปัจจุบันทำให้มีการเพิ่มวัตถุดิบที่หลากหลายมากขึ้นในการทำเครื่องดื่ม โดยวัตถุดิบเหล่านั้นก็มักมีส่วนประกอบของน้ำตาลเช่นกัน จึงทำให้ปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับ ลิน และคณะ (Lin, et al., 2018) ศึกษาปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มมีน้ำตาลในประเทศอังกฤษ พบว่า ปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มมีน้ำตาลในระดับสูง (>11.25 กรัม/100 มิลลิลิตร) เช่นเดียวกับประเทศไทย แม้ว่าในประเทศไทยได้มีการเก็บค่าภาษีความหวานในเครื่องดื่มชนิดบรรจุภัณฑ์โดยเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลไม่เกิน 6 กรัมต่อ 100 มิลลิลิตร จะได้รับการยกเว้นการเก็บค่าภาษีในเครื่องดื่ม แต่การที่เครื่องดื่มประเภทชาชงพร้อมดื่ม และกาแฟพร้อมดื่มมีปริมาณน้ำตาลอยู่ในระดับสูง อาจสอดคล้องกับการเก็บภาษีน้ำตาลในเครื่องดื่ม SSB (sugar-sweetened beverage) ซึ่งไม่สามารถใช้ได้กับเครื่องดื่มอื่นๆ ที่ไม่ได้บรรจุหีบห่อ เช่น เครื่องดื่มสมุนไพร เครื่องดื่มชา และกาแฟในร้านกาแฟ รวมไปถึงผู้ขายตามท้องถนนทั้งขนมไทย และของว่างเครื่องดื่มรสหวานจากแผงขายของข้างทางซึ่งเป็นแหล่งน้ำตาลที่คนไทยนิยมบริโภคกันทั่วไป (Urwannachotima, et al., 2020) จึงทำให้เครื่องดื่มประเภทนี้มีปริมาณน้ำตาลอยู่ในระดับสูง

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. เป็นข้อมูลให้แกทันทบุคลากรสามารถนำไปแนะนำในเรื่องการบริโภคเครื่องดื่มผสมน้ำตาลให้แก่บุคคลทั่วไป และในกลุ่มเด็กวัยเรียน
2. เป็นข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำไปใช้แนะนำประชาชนเรื่องการควบคุมการบริโภคอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ เช่น ภาวะโภชนาการเกิน โรคเบาหวาน ฟันผุ เป็นต้น
2. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริโภคในการเลือกบริโภคสำหรับลดการได้รับน้ำตาลจากเครื่องดื่มเพื่อควบคุมภาวะโภชนาการเกิน โรคเบาหวาน ฟันผุ เป็นต้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

- 1.ควรศึกษาประเด็น เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคเครื่องดื่ม ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการนำข้อมูลไปวางแผนกระตุ้นให้ลดการบริโภคน้ำตาล
- 2.การวัดค่าความหวานด้วยเครื่องวัดค่าความหวานแบบส่องวัด อาจจะทำให้ผลการศึกษาคลาดเคลื่อนมากกว่าการใช้เครื่องวัดความหวานแบบดิจิตอลที่มีความแม่นยำในการอ่านค่า
- 3.ควรมีการสำรวจร้านค้าในเรื่องความถี่ของการขายเครื่องดื่มแต่ละชนิด เพื่อให้ทราบลำดับความนิยมของผู้บริโภค และสามารถให้ข้อมูลผู้บริโภคในการปรับลดปริมาณน้ำตาลให้ได้
- 4.ควรศึกษาประเด็น เรื่องพฤติกรรมการบริโภคเครื่องดื่มทุก 5 ปี เพื่อเป็นการติดตาม และเป็นข้อมูลในการแนะนำการบริโภคเครื่องดื่มเพื่อส่งเสริมให้ผู้บริโภคมีสุขภาพดี

References

- ชุตินา ศิริกุลชยานนท์. (2557). เครื่องดื่มน้ำหวานความอร่อยเคลือบยาพิษ. สืบค้นวันที่ 30 ตุลาคม 2564. เข้าถึงได้จาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/34048-เครื่องดื่มน้ำหวานความอร่อยเคลือบยาพิษ>.
- ปิยะดา ประเสริฐสม. (2564). โรคฟันผุ. สืบค้นเมื่อ 23 เมษายน 2564 เข้าถึงได้จาก <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:6eii2a9QrFQJ:dental.anamai.moph.go.th/elderly/PR/media/nextdec/dent.html>
- พรรณพิมล วิบุลากร. (2563). เพราะอะไรถึงต้อง “ลดหวาน”. สืบค้นเมื่อ 25 เมษายน 2564 เข้าถึงได้จาก <https://mgronline.com/goodhealth/detail/9630000019836>
- พิมพ์นภณัท ศรีดอนไผ่, ปิยณัฐ ศรีดอนไผ่, ประภาศรี ภูวเสถียร, ยุภาพร นาคงามอนงค์ และประไพศรีศิริจักรวาล. (2562). ปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มรสหวานที่จำหน่ายในมหาวิทยาลัยและบริเวณโดยรอบกรณีศึกษาที่มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์, 49(1), 32-44.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561). รายงานผลการสำรวจสถานะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์.
- องค์การพิพิธภัณฑ์วิทยาศาสตร์แห่งชาติ. (2018). น้ำตาล. สืบค้นเมื่อ 23 เมษายน 2564 เข้าถึงได้จาก <https://www.nsm.or.th/other-service/1757-online-science/knowledge-inventory/sci-article/science-article-nsm/2724-the-secret-of-sweetness.html>
- Akpabio, S.P. (1968). The prevalence of dental caries in Nigerian populations. Br Dent J, 124(1), 6.

- Lin, L., Li, C., Jin, C., Peng, Y., Hashem, K. M., MacGregor, G. A., He, F. J., & Wang, H. (2018). Sugar and energy content of carbonated sugar-sweetened beverages in Haidian District, Beijing: a cross-sectional study. *BMJ open*, 8(8), e022048. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022048>.
- Moynihhan P. (2016). Sugars and Dental Caries: Evidence for Setting a Recommended Threshold for Intake. *Advances in nutrition* (Bethesda, Md.), 7(1), 149–156.
- Urwannachotima, N., Hanvoravongchai, P., Ansah, J. P., Prasertsom, P., & Koh, V. R. Y. (2020). Impact of sugar-sweetened beverage tax on dental caries: a simulation analysis. *BMC oral health*, 20(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-1061-5>.
- WHO. (2015). WHO calls on countries to reduce sugars intake among adults and children. Searched on 2021 October, 29 from <https://www.who.int/news/item/04-03-2015-who-calls-on-countries-to-reduce-sugars-intake-among-adults-and-children>.

ผลของโปรแกรมสมาร์ตแพเร้นท์สต่อความรู้และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

The Effects of The Smart Parents Program on Knowledge and Skills in Promoting Early Childhood Development

ณปภา ประยูรวงษ์¹, ปิยะธิดา ขจรชัยกุล^{2,*}, กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์², มลีนี สมภพเจริญ³

Napapha Prayoonwong¹, Piyathida Khajornchaikul^{2,*}, Kanittha Chamroonsawasdi²,

Malinee Sompopcharoen³

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังหลุมพอง อำเภออุทุมพร จันทบุรี¹

ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล²

ภาควิชาสุขภาพและการพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล³

Ban Wang Lum Pong Health Promoting Hospital, U-Thong District, Suphan Buri Province¹

Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University²

Department of Health Education and Behavioral Sciences, Mahidol University³

(Received: June 30, 2023; Revised: September 27, 2023; Accepted: September 28, 2023)

บทคัดย่อ

เด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการเกิดจากหลายปัจจัย การพัฒนาผู้ปกครองให้สามารถคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการให้กับบุตรตนเองได้ในเบื้องต้นจึงมีความสำคัญ การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสมาร์ตแพเร้นท์ (Smart Parents) ต่อความรู้และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ศึกษาในผู้ปกครองเด็กที่มีอายุในช่วง 1-3 ปี จำนวน 60 คน โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสมาร์ตแพเร้นท์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 4 ครั้ง โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง เนื้อหาประกอบด้วย 1) ช่วงเวลาทองของหนู 2) เติบโตอย่างมั่นใจ สมองฉับไว ร่างกายแข็งแรง 3) สื่อใจถึงใจ เข้าใจภาษา และ 4) ฉลาด มั่นใจ ไหวพริบดี เก็บข้อมูลด้วยแบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย และแบบประเมินทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองด้วยการใช้คู่มือเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) เก็บข้อมูล 2 ครั้ง คือ ก่อนทดลองและหลังทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Pair Sample t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 จากงานวิจัยนี้จึงมีข้อเสนอแนะว่าควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้และทักษะเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กสำหรับผู้ปกครองเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพและแก้ปัญหาเด็กที่มีพัฒนาการที่ไม่ปกติได้อย่างทันทั่วถึง

คำสำคัญ: การประเมินพัฒนาการ พัฒนาการเด็ก เด็กปฐมวัย

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: piyathida.kha@mahidol.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 081-8668298)

Abstract

Many factors cause early childhood children with developmental problems. Therefore, the development of parents to screen and promote their children's development, in the beginning is important. This quasi-experimental research aimed to study the effects of the Smart Parents program on knowledge and skills promoting the early childhood development of parents. The study consisted of 60 parents of children aged 1-3 using a simple random sampling method with were divided into the experimental group of 30 people and the comparison group of 30 people. The experimental group participated in the Smart Parent Program to promote early childhood development for 4 times, each time a week and 2 hours per session. The contents of the program consisted of 1) the golden period of childhood, 2) confident growth, quick brain, strong body, 3) communicating heart to heart and understanding language and 4) intelligent, confident, tactful ability. The data were collected using a knowledge test about early childhood development, and the parents' child development promotion skills were assessed using the developmental surveillance and promotion manual (DSPM) twice: pre-experimental and post-experimental. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, pair sample t-test and independent t-test. The results showed that the experimental group had a mean score of the early childhood development knowledge after the experiment higher than before and higher than the comparison group at a significance level of 0.05. The mean scores of parents' early childhood developmental assessment skills after the experiment were higher than before and higher than the comparison group at a significance level of 0.05. Therefore, this research suggests that there should be activities to promote knowledge and skills about assessment and child development promotion for parents to develop quality early childhood and promptly solve problems for children with abnormal development.

Keywords: Developmental assessment, Child development, Early childhood

บทนำ

เด็กวัยแรกเกิดถึงอายุ 5 ปีเป็นช่วงเวลาที่สำคัญช่วงหนึ่งในชีวิต เนื่องจากเด็กวัยนี้เป็นวัยที่มีการเจริญเติบโตทางร่างกาย อารมณ์และสติปัญญาอย่างรวดเร็ว เป็นช่วงวัยที่สำคัญในการสร้างพื้นฐานเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตในอนาคต(สมัย ศิริทองถาวร, 2555) นโยบายตามยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ว่าด้วยการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต และยุทธศาสตร์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประเด็นยุทธศาสตร์ 1.1 ส่งเสริมการเกิดและเติบโตคุณภาพ เป้าประสงค์ที่ 2 เด็กอายุ 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกช่วงวัย โดยเฉพาะการพัฒนาด้านการส่งเสริมสุขภาพให้เด็กปฐมวัยทุกคนได้รับการพัฒนาตามวัยอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่อง โดยกำหนดเป้าหมายให้เด็กปฐมวัย ร้อยละ 85 มีพัฒนาการตามวัยภายในปี 2559 และ เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการประเมินเพื่อช่วยเหลือ กระบวนการส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยนั้น เด็กทุกคนควรได้รับการเฝ้าระวังโดยครอบครัว พ่อแม่ ผู้ปกครองหรือผู้ดูแลเด็กและบุคลากรสาธารณสุข โดยใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Developmental Surveillance and Promotion Manual : DSPM) (กิตติ กรรภิรมย์ และพวงผกา มะเสนา, 2560) แม้รัฐบาลพยายามกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่องเพียงใด ยังคงมีอีกหลายปัจจัยที่ทำให้การพัฒนาเด็กปฐมวัยดำเนินการได้ไม่เต็มประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังปรากฏในผลสำรวจ สถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2558-2559 ที่ดำเนินการสำรวจโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับองค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย การสำรวจของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ข้อมูลสอดคล้องกันหลายประการ เช่น ปัญหาด้านพัฒนาการ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการปฐมวัย และคุณภาพการจัดบริการ พ่อแม่ผู้ปกครองขาดความรู้ความเข้าใจและขาดทักษะการดูแลเลี้ยงดูบุตรที่ถูกต้องตามวัย นำไปสู่การจัดทำร่างแผนพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2560-2564 เพื่อกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์ในการพัฒนาเด็กปฐมวัยของประเทศให้เด็กปฐมวัยทุกคนต้องได้รับการพัฒนาอย่างมีคุณภาพ และหนึ่งในยุทธศาสตร์สำคัญคือการพัฒนาบทบาทความเป็นพ่อแม่เป็นแม่ โดยสร้างความรู้ความเข้าใจให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ ทักษะในการอบรมเลี้ยงดูและส่งเสริมการเรียนรู้แก่เด็กปฐมวัยได้ (สมัย ศิริทองถาวร, 2555)

จากผลการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยภาพรวมของประเทศไทย พ.ศ. 2558 – 2560 พบเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 12.1 13.7 และ 16.4 ตามลำดับ (สถาบันพัฒนานาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2561) จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าเด็กปฐมวัยยังคงมีพัฒนาการที่สงสัยล่าช้าอยู่มาก จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพัฒนาการของเด็กไทยอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่าปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพัฒนาการเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะการจัดสิ่งแวดล้อมภายในให้เอื้อต่อกิจกรรมการส่งเสริมพัฒนาการของเด็กอย่าง

เหมาะ รวมถึงการมีพื้นที่ใช้สอยกว้างขวางเพื่อให้เด็กได้มีพื้นที่ในการวิ่งเล่นทำกิจกรรมต่างได้ (รวี ศิริปริชยากร, 2561) นอกจากนี้พบว่า การจัดโปรแกรมให้ความรู้แก่พ่อแม่ ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กปฐมวัย มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างศักยภาพของพ่อแม่ ผู้ปกครอง หรือผู้เลี้ยงดูหลัก ในการส่งเสริมการเจริญเติบโต สุขภาพ และพัฒนาการ ตลอดจนให้การศึกษา มีจุดเน้นที่หลากหลายและมีรูปแบบที่แตกต่างกัน ทั้งแบบที่ไม่เป็นทางการและเป็นทางการ อีกทั้งยังขึ้นอยู่กับเนื้อหาความรู้ที่ต้องการให้ และขนาดของกลุ่มเป้าหมาย (องค์กรยูนิเซฟ ประเทศไทย, 2561) จากงานวิจัยของโครงการ Head Start Program พบว่า ร้อยละ 99 ระบุว่าการเข้าร่วมโปรแกรมทำให้ผู้ปกครองปรับปรุงทักษะการเป็นพ่อแม่ เช่น การรับมือกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของลูกและช่วยให้ผู้ปกครองเข้าใจเด็ก (ปิยะธิดา ขจรชัยกุล, 2561)

ในจังหวัดสุพรรณบุรีเป็นจังหวัดที่มีการดำเนินงานในด้านการส่งเสริมและคัดกรองพัฒนาการในเด็กปฐมวัยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่เป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมด้านการใช้คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) มาและปฏิบัติงานด้านนี้โดยตรง จากผลการดำเนินงานการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรี ปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่า เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 74.48 ในปี 2561 และลดลงเหลือ ร้อยละ 73 ในปี 2563 เด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้ารวมไปถึงเด็กที่สงสัยว่าจะมีพัฒนาการล่าช้าต้องส่งต่อทันที ร้อยละ 16.95 ในปี 2561 และเพิ่มขึ้นมาเป็นร้อยละ 24.79 ในปี 2563 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี, 2563) ซึ่งจากผลการดำเนินงานแสดงให้เห็นว่ายังมีเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าอยู่มากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยที่ผู้ปกครองไม่ทราบมาก่อนเลยว่าเด็กมีพัฒนาการที่ล่าช้า เนื่องจากการคัดกรองพัฒนาการส่วนใหญ่ปฏิบัติโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขแทบทั้งหมด โดยที่ผู้ปกครองยังคงขาดความรู้ ทักษะและการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม อันเนื่องมาจากสถานภาพทางเศรษฐกิจในครอบครัวจึงต้องออกไปทำงานทั้งพ่อและแม่ ซึ่งในจังหวัดสุพรรณบุรีนั้นเป็นเมืองเกษตรกรรม ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพทางการเกษตรและรับจ้าง ทำให้พ่อแม่ไม่มีเวลาที่จะเรียนรู้วิธีการดูแลเด็กอย่างถูกต้องเหมาะสม (ธนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์, 2558) ซึ่งข้อจำกัดและอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขนั้น คือ หน่วยบริการจะมีการคัดกรองพัฒนาการตามช่วงเวลาที่สถานบริการกำหนด เช่น เดือนละ 1 ครั้งหรือ เดือนละ 2 ครั้ง เนื่องจากภาระงานที่หลากหลายในหน่วยบริการจึงทำให้ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องเท่าที่ควร ทำให้เด็กปฐมวัยบางรายที่แสดงอาการของการมีพัฒนาการที่ล่าช้าไม่ถูกสังเกตจากผู้ปกครอง เพราะไม่มีเวลาในการดูแลหรือพ่อแม่ไม่ทราบว่าบุตรของตนแสดงอาการของพัฒนาการที่ไม่ปกติ และ เมื่อกว่าจะมาถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอาจพบว่าเด็กมีพัฒนาการล่าช้าไปเสียแล้ว

จากข้อมูลข้างต้นสามารถสรุปได้ว่า เด็กปฐมวัยที่มีปัญหาพัฒนาการ เกิดจากหลายปัจจัย เพื่อให้ผู้ปกครองจะสามารถคัดกรองและส่งเสริมพัฒนาการให้กับบุตรตนเองได้ในเบื้องต้น และหากพบว่าเด็กมี

พัฒนาการล่าช้าผู้ปกครองจะสามารถรู้ได้และนำเด็กส่งต่อเพื่อกระตุ้นและรักษาได้อย่างทันท่วงที ผู้ศึกษาซึ่งทำงานด้านสาธารณสุขในจังหวัดสุพรรณบุรีจึงได้สนใจทำการวิจัยและพัฒนาโปรแกรมพัฒนาทักษะการส่งเสริมพัฒนาการสมาร์ต แพรเ็นท์ส (Smart Parents) เพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

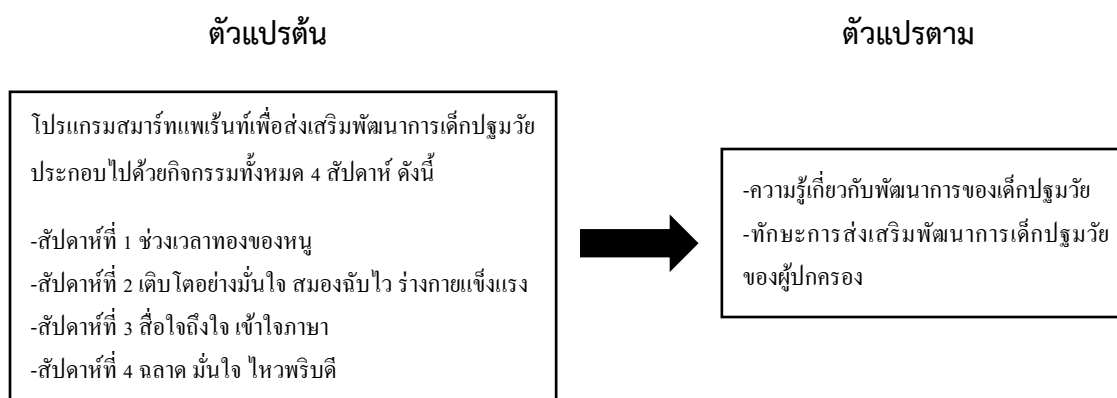
วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสมาร์ตแพเร็นท์ (Smart Parents) ต่อความรู้และทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

สมมติฐาน

1. หลังการทดลอง ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. หลังการทดลอง ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ
3. หลังการทดลอง ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองด้วยคู่มือเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง
4. หลังการทดลอง ทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองด้วยคู่มือเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Two group pretest-posttest design) ประกอบด้วย กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental Groups) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison Groups) มีระยะเวลาการศึกษา 6 สัปดาห์ ช่วงเดือนมกราคม-กุมภาพันธ์ 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร คือ ผู้ปกครองเด็กที่มีอายุในช่วง 1-3 ปี อำเภอร่องทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
2. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กที่มีอายุในช่วง 1-3 ปี อำเภอร่องทอง จังหวัดสุพรรณบุรี คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของโฮสเมอร์และเลเมโชว์ (Hosmer & Lemeshow, 2000)

$$n = \frac{(Z\alpha + Z\beta)^2 2\sigma^2}{(\mu_1 - \mu_0)^2}$$

เนื่องจากไม่ทราบค่าเฉลี่ยและความแปรปรวนของประชากรจึงต้องประมาณค่าจากการศึกษางานวิจัยของระดับ ศรีหมีนไวย (ระดับ ศรีหมีนไวย และคณะ, 2560) ผู้วิจัยปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 30 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดตั้งแต่ 30 คนขึ้นไปจะทำให้ค่าความคลาดเคลื่อนต่ำ ความแม่นยำสูง ค่าความแปรปรวนที่คำนวณได้จากกลุ่มตัวอย่างสามารถใช้แทนค่าความแปรปรวนของประชากรได้ (บุญธรรม กิจปรีดาภิสุทธิ์, 2545) จึงได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 30 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่คืนที่จากบัญชีรายชื่อเด็กอายุ 1-3 ปี จากนั้นให้ครอบครัวของเด็กที่มีอายุในช่วง 1-3 ปี ส่งตัวแทน 1 คน เป็นอาสาสมัครวิจัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กำหนดเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ปกครองมีสัญชาติไทยและดูแลเด็กที่มีอายุ 1-3 ปี 2) มีระยะเวลาในการดูแลเด็กมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 ปี 3) ไม่มีความพิการทางด้านร่างกายและสติปัญญา และ 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กเล็ก 1-3 ปี ที่มีความพิการทางด้านร่างกายและสติปัญญา และ 2) ไม่ได้อยู่กับเด็ก 1-3 ปี ที่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิตหรือเครือญาติ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง โปรแกรมสมาร์ตแพเร้นท์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Smart Parents) โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมโดยการสังเกตจากตัวแบบ (Bandura & McClelland, 1977) ในการออกแบบกิจกรรม จัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 4 สัปดาห์ เนื้อหาประกอบด้วย 1) ช่วงเวลาทองของหนู 2) เติบโตอย่างมั่นใจ สมองฉับไว ร่างกายแข็งแรง 3) สู้ใจถึงใจ เข้าใจภาษา และ 4) ฉลาด มั่นใจ ไหวพริบดี

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบไปด้วย 4 ส่วน ดังนี้

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว และ จำนวนบุตร
2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับผู้ปกครอง จำนวน 20 ข้อ โดยเป็นข้อความให้เลือกตอบแบบ ถูก เท้ากับ 1 คะแนน และผิด เท้ากับ 0 คะแนน

3.แบบประเมินทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองด้วยการใช้คู่มือเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ซึ่งเป็นคู่มือมาตรฐานของกรมอนามัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2562) จำนวน 45 ข้อ เป็นแบบสำรวจรายการ 2 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติถูกต้อง เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติไม่ถูกต้อง เท่ากับ 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมสมาร์ตแพเร้นท์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Smart Parents) โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาการศึกษาเด็กปฐมวัยและพัฒนาการเด็กปฐมวัย

ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย และ แบบประเมินทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครองที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความสอดคล้องระหว่างข้อความถามกับวัตถุประสงค์ มีค่า IOC เท่ากับ 0.66 ถึง 1

ความเชื่อมั่น (Reliability) ทดลองใช้เครื่องมือวิจัย (Try out) กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะเหมือนกับประชากรศึกษา จำนวน 30 ชุด ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ค่า KR-20 ได้เท่ากับ 0.707 ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) ได้เท่ากับ 0.933

วิธีการดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1.ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา ตลอดจนสิทธิที่จะออกจากการศึกษาเมื่อไรก็ได้กับผู้ปกครอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลและผู้ปกครองลงลายมือชื่อในเอกสารการยินยอมให้ทำวิจัย

2.ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย และ แบบประเมินทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง

ขั้นทดลอง

อาสาสมัครวิจัยกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรมสมาร์ตแพเร้นท์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (Smart Parents) ดังนี้

ลำดับที่	ชื่อกิจกรรม	ประเด็น
1	ช่วงเวลาทองของหนู	ความรู้สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยในประเทศไทย ความสำคัญของการส่งเสริมและเฝ้าระวังพัฒนาการและความรู้ เกี่ยวกับพัฒนาการและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยทั้ง 5 ด้าน
2	เติบโตอย่างมั่นใจ สมองฉับไว ร่างกาย แข็งแรง	ความรู้พัฒนาการด้านเคลื่อนไหว และการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและ สติปัญญา และฝึกทักษะการประเมินพัฒนาการ
3	สื่อใจถึงใจ เข้าใจภาษา	ความรู้พัฒนาการการเข้าใจภาษา และการใช้ภาษา และฝึกทักษะ การประเมินพัฒนาการ
4	ฉลาด มั่นใจ ไหวพริบดี	ความรู้พัฒนาการทักษะการช่วยเหลือตัวเองและสังคม และสรุป เนื้อหา ร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และฝึกทักษะการประเมิน พัฒนาการ

ขั้นหลังทดลอง

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย และ แบบประเมินทักษะการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของผู้ปกครอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. อธิบายข้อมูลทั่วไป ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ด้วย Pair Sample t-test
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้วย Independent t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัส MUPH 2022-081 ลงวันที่ 6 มิถุนายน 2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง

อายุเฉลี่ยของผู้ปกครองในกลุ่มทดลอง คือ 33.33 ปีและในกลุ่มเปรียบเทียบ 33.40 ปี เพศผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 96.70 และ ร้อยละ 90.00) สถานภาพ ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีสถานภาพสมรสแล้วมากที่สุด (ร้อยละ 86.70 และ ร้อยละ 90.00) การศึกษา ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับ

ประถมศึกษาามากที่สุด (ร้อยละ 56.70 และ ร้อยละ 40.00) อาชีพ ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 43.30 และ ร้อยละ 46.70) จำนวนบุตรหลานในครอบครัว ผู้ปกครองในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีจำนวนบุตรหลานมากกว่า 2 คน (ร้อยละ 40.00) และผู้ปกครองในกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีบุตรหลานเพียง 2 คนในครอบครัว (ร้อยละ 43.30)

ความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครอง

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเท่ากับ 15.00 และ 17.60 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 1) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเท่ากับ 15.00 และ 15.70 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.121$) หลังทดลองคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเท่ากับ 17.60 และ 16.00 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองระหว่างก่อนและหลังทดลอง

กลุ่ม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean	t	P-value
	M	SD	M	SD	Difference		
กลุ่มทดลอง	15.00	2.18	17.60	1.19	-2.60	-7.407	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	15.70	1.08	16.00	1.11	-0.30	-2.757	0.010

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ช่วง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean	t	P-value
	M	SD	M	SD	Difference		
ก่อนทดลอง	15.00	2.18	15.70	1.08	-0.70	-1.572	0.121
หลังทดลอง	17.60	1.19	16.00	1.11	1.60	5.371	0.000

ทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองด้วยคู่มือเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัย

กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยมีคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเท่ากับ 84.23 และ 127.26 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 3) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า ก่อนทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเท่ากับ 14.36 และ 13.66 ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($P\text{-value} = 0.491$) หลังการทดลอง จากการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเท่ากับ 43.00 และ 13.80 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ($P\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองด้วยคู่มือเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยก่อนและหลังการทดลอง

กลุ่ม	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean	t	P-value
	M	SD	M	SD	Difference		
กลุ่มทดลอง	14.36	3.88	43.00	1.72	-28.63	-38.194	0.000
กลุ่มเปรียบเทียบ	13.66	3.93	13.80	3.84	-0.13	-1.682	0.103

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยของผู้ปกครองด้วยคู่มือเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กปฐมวัยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ช่วง	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean	t	P-value
	M	SD	M	SD	Difference		
ก่อนทดลอง	14.36	3.88	13.66	3.93	0.70	0.694	0.491
หลังทดลอง	43.00	1.72	13.80	3.84	29.20	40.183	0.000

อภิปรายผล

ผลของของโปรแกรมสมาร์ทแพเรนธ์ต่อความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า หลังการทดลอง ผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยมากกว่าก่อนทดลอง และมีความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการจัดโปรแกรมให้ความรู้แก่พ่อแม่ ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กปฐมวัยนั้น เน้นไปที่การเสริมสร้างศักยภาพของพ่อแม่ ผู้ปกครองหรือผู้เลี้ยงดูหลัก ในการส่งเสริมการเจริญเติบโต สุขภาพและพัฒนาการ ตลอดจนให้การศึกษาเด็กปฐมวัย ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ที่ว่าบุคคลจะเกิดการเรียนรู้จากการผ่านการสังเกตพฤติกรรม ทักษะคติ และผลของพฤติกรรมเหล่านั้นจากผู้อื่น ซึ่งสามารถเรียนรู้ได้จากการสังเกตจากต้นแบบและเข้าสู่กระบวนการเก็บจำ และสุดท้ายคือการแสดงพฤติกรรมดังกล่าวออกมาในรูปแบบต่างๆ (Bandura & McClelland, 1977) ทำให้กลุ่มทดลองที่เข้ารับโปรแกรมสมาร์ทแพเรนธ์เพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยสูงกว่าก่อนการทดลองจึงยอมรับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับการศึกษาของสิริพันธุ์ ปัญญา ยงค์ กุลขญา ลอยหา และสุภาพร ใจการุณ (2563) ที่ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่ และผู้ปกครอง ตำบลขามป้อม อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ผล

การศึกษาพบว่า หลังการใช้โปรแกรมคะแนนความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของพ่อแม่ ผู้ปกครอง สูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของมาลี เอื้ออำนวย และคณะ (2564) ที่ได้ทำการศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อ ความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของบิดามารดาและผู้ดูแล อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ผล การศึกษาพบว่า ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมคะแนนเฉลี่ยความรู้ในการประเมินและการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฐมวัยของบิดามารดาและผู้ดูแลเด็กสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลของของโปรแกรมสมาร์ทแพเรนธ์ต่อทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า หลังการ ทดลองผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือเฝ้าระวังพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย (DSPM) ดีกว่าก่อนทดลอง และมีทักษะการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือเฝ้าระวัง พัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการจัดโปรแกรม สมาร์ทแพเรนธ์มีกิจกรรมการบรรยายเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ประกอบการสาธิตการใช้ อุปกรณ์ 5 ด้าน ตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย มีการแบ่งกลุ่มจัดกิจกรรมโดยผู้วิจัย แนะนำอุปกรณ์และสาธิตการใช้อุปกรณ์จากชุดประเมินพัฒนาการเด็ก DSPM มีการให้ชมคลิปวิดีโอจาก บุคคลที่เป็นตัวแบบ สรุปเนื้อหาโดยผู้จัดกิจกรรม และให้ผู้เข้าอบรมได้ทดลองใช้อุปกรณ์จากชุดประเมิน พัฒนาการเด็ก และมีการประเมินผลทันทีหลังจบกิจกรรมซึ่งเป็นไปตามโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย (องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย, 2561) ที่เน้นไปที่การจัดเป็นกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อย เช่น การบรรยาย การอภิปราย การประชุมเชิงปฏิบัติการ การสนทนาพูดคุย และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ นำไปสู่การลงมือ ปฏิบัติจริง สอดคล้องกับสิริพันธ์ ปัญญาพงศ์ กุลขญา ลอยหา และสุภาพร ใจการณ (2563) ที่ได้ทำการศึกษา วิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่ และผู้ปกครอง ตำบลขามป้อม อำเภอ เขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้โปรแกรมคะแนนทักษะเกี่ยวกับการส่งเสริม พัฒนาการเด็กของพ่อแม่ ผู้ปกครองสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานของ Wagner, Spiker & Lin, (2002) ศึกษาเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมผู้ปกครองเสมือน ครู (Parents as Teachers: PAT) กับครอบครัวผู้มีรายได้น้อย ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมการ ดูแลลูกดีขึ้น ผู้ปกครองอ่านออกเสียง และเล่าเรื่องให้ลูกฟังมากขึ้น และด้านพัฒนาการเด็กพบว่ากลุ่มทดลองมี พัฒนาการทุกด้าน และยังดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบแม้จะเพียงเล็กน้อยก็ตาม

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้และทักษะเกี่ยวกับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก สำหรับผู้ปกครองเพื่อพัฒนาเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพและแก้ปัญหาเด็กที่มีพัฒนาการที่ไม่ปกติได้อย่างทันทั่วทั้งที่

2. นักสาธารณสุข นักวิจัย สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรู้และทักษะด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในกิจกรรมอื่นๆ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในระยะยาว ในช่วง 6 เดือน เพื่อประเมินความต่อเนื่องของการแสดงพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ ผีกลั่น ทำซ้ำ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทั้งในเด็กปฐมวัยและผู้ปกครอง

2. ในงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาในผู้ปกครองที่เป็นพ่อแม่ที่มีลูกอายุ 1-3 ปีเพียงอย่างเดียว ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ดูแลเด็กที่มีความสัมพันธ์แบบอื่น เช่น ลุง, ป้า, น้า, อา, ปู่, ย่า, ตา, ยาย และขยายไปยังช่วงอายุอื่นๆ ซึ่งนั่นจะทำให้กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาสามารถขยายไปได้จนถึงครูผู้ดูแลเด็กในศูนย์เด็กเล็กหรือในโรงเรียน

References

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การทหารผ่านศึก.
- กิตติ กรรภิรมย์, พวงผกา มะเสนา. (2560). การเฝ้าระวังพัฒนาการเด็กกลุ่มอายุ 0-5 ปี เขตสุขภาพที่ 5 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารแพทย์เขต 4-5*, 36(4), 305-316.
- ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์. (2558). พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตบริการสุขภาพที่ 4. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 5(2), 173-187.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2545). *ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์*. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- ประดับ ศรีหมื่นไวย, นฤมล เอื้อมณีกุล, ปัญญรัตน์ ลาววงศ์วัฒนา, อาภาพร เภาวัฒนา. (2560). ผลของโปรแกรมการพัฒนาคู่มือผู้ดูแลเด็กในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(2), 127-144.
- ปิยะธิดา ขจรชัยกุล. (2561). *การพัฒนาเด็กและครอบครัว*. นครปฐม: เมตตาเก็ปปี้ปรีน.
- มาลี เอื้ออำนวย, อภิรัช อินทรางกุล ณ อรุณยา, กมลทิพย์ ทิพย์สังวาลย์, พรณนิภา บุญกล้า, ศศิธร คำมี และกรชนก หน้าขาว. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยต่อความรู้และพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของบิดามารดาและผู้ดูแล อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท.*, 3(1), 48-63.

- รวี ศิริปริชยากร. (2561). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก จังหวัดนครนายก ตามการปฏิบัติที่เหมาะสมกับพัฒนาการ. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยสวนดุสิต*, 14(1), 91-109.
- สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). *สรุปผลการดำเนินงานโครงการส่งเสริมพัฒนาการเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ในโอกาสฉลองพระชนมายุรอบ 2 เมษายน 2558*. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมการค้าต่างประเทศในกรุงเทพฯ.
- สมัย ศิริทองถาวร. (2555). ผลของการใช้คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กวัยแรกเกิดถึง 5 ปีสำหรับผู้ปกครองต่อพัฒนาการเด็ก. กรุงเทพฯ: สถาบันเด็กราชพฤกษ์.
- สิริพันธุ์ ปัญญาพงศ์ กุลชญา ลอยหา และสุภาพร ใจการุณ. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยสำหรับพ่อแม่ และผู้ปกครอง ตำบลขามป้อม อำเภอยะรัง จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, 4(3), 70-84.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรี. (2563). ผลการดำเนินการคัดกรองพัฒนาการเด็กตามกลุ่มอายุ specialpp. สืบค้นเมื่อ 14 มิถุนายน 2563 จาก https://spb.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5&id=2238b7879f442749bd1804032119e824
- องค์กรยูนิเซฟ ประเทศไทย. (2561). *คู่มือการฝึกอบรมครูและผู้ดูแลเด็กในการดำเนินการจัดโปรแกรมให้ความรู้การอบรมเลี้ยงดูเด็กแก่พ่อแม่ ผู้ปกครอง และการจัดบริการให้คำปรึกษาแก่พ่อแม่ ผู้ปกครองของเด็กปฐมวัยช่วงอายุ 2- 5 ปี*. กรุงเทพฯ: วาย เค เอช แอนด์ เพรส.
- Bandura A & McClelland DC. (1977). *Social learning theory*. Englewood cliffs: Prentice Hall.
- Hosmer, D.W. & Lemeshow, S. (2000). *Applied Logistic Regression*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons
- Wagner, M., Spiker, D., Linn, M. (2002). The effectiveness of the Parents as Teachers program with low-income parents and children. *TECSE*, 22(2), 67-81.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี

Factors Related to Coronavirus Disease Prevention Behaviors of Dependent Elderly Caregivers Pathum Thani Province

สิรินาถ อินทร์เข้มขึ้น¹, เกษร สำเภาทอง^{2*}, นนทิยา หอมขำ³

Sirinath Inchamchuen¹, Kaysorn Sumpowthong^{2*}, Nontiya Homkham³

นักศึกษาระดับปริญญาโท, หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสุขภาพ ความปลอดภัย และอนามัยสิ่งแวดล้อม) คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์¹, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์^{2*}, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์³

Graduate student, Master of Science (Health, Safety and Environment Management) Faculty of Public Health Thammasat

University¹, Faculty of Public Health Thammasat University^{2*}, Faculty of Public Health Thammasat University³

(Received: November 9, 2023; Revised: November 17, 2023; Accepted: November 18, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้และปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี จำนวน 209 คน ใช้วิธีสุ่มแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.88 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Odds Ratio และสถิติ Multiple logistic regression ผลการศึกษาพบว่า

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.8 ผลการวิเคราะห์ Multiple logistic regression พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง (Adjusted Odd Ratio [Adjusted OR]=2.99, 95% Confidence Interval [CI]=1.16-7.71) และปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค อยู่ในระดับสูง (Adjusted OR=3.07, 95% CI=1.36-6.92) จากผลการวิจัยมีข้อเสนอแนะว่า ภาครัฐและภาคเอกชนควรมีการจัดกิจกรรม ประชาสัมพันธ์เพิ่มข้อมูลข่าวสารเน้นให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การป้องกันโรคโดยให้เจ้าหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือหน่วยงานท้องถิ่น เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน สื่อสารข้อมูลผ่านทางออนไลน์ให้มากยิ่งขึ้น เพื่อสร้างความตระหนัก ในการดูแลสุขภาพและมีพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : โรคโควิด 19, ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิง, พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sirinathoney@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 092-2924665)

Abstract

Analytical cross-sectional research was done to study the relationship between personal factors and perceptions inducing disease prevention practices and specifically Novel Coronavirus 2019 (COVID-19) prevention behavior. From July to August 2022, data was collected from 290 caregivers of dependent elderly patients in Pathum Thani Province and statistically analyzed by multiple logistic regression.

Results were that COVID-19 prevention behavior among caregivers was at a high level (81.8 percent). The multiple logistic regression indicated that perception of disease risk was most influential, at a high level (Adjusted OR=2.99, 95% CI=1.16-7.71) and factors inducing disease prevention practices at a high level (Adjusted OR=3.07, 95% CI=1.36-6.92). These findings suggest that government and private sectors should organize public relations activities boosting awareness of disease risk, prevention, and healthcare measures by having volunteer public health officials in village or local agencies, municipalities, sub-district administrative organizations, and community leaders communicate information online.

Keywords: COVID-19, dependent elderly, prevention behaviors for coronavirus infection 2019

บทนำ

สถานการณ์ที่ทั่วโลกยังคงเผชิญและให้ความสำคัญคือการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด 19 เริ่มจากประเทศจีนมีการรายงานครั้งแรก เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2562 พบผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ ไม่ทราบสาเหตุในเมืองอู่ฮั่น ต่อมามีการรายงานอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2563 ว่าโรคปอดอักเสบที่ระบาดในเมืองอู่ฮั่น มีสาเหตุมาจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 สามารถแพร่กระจายผ่านการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง ผ่านทางละอองเสมหะการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย การแพร่ระบาดเป็นไปอย่างรวดเร็วและเกิดการแพร่ระบาดอย่างหนักในหลายประเทศ องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นโรคระบาดใหญ่ (Pandemic) ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2564) เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564

ในสถานการณ์ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศยกเลิกโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการเป็นโรคติดต่ออันตราย และกำหนดให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง เนื่องจากสถานการณ์การระบาดทั่วโลก มีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและอัตราการเสียชีวิตลดลง ข้อมูล ณ วันที่ 27 สิงหาคม 2566 ผู้ติดเชื้อสะสมตั้งแต่มีนาคม 2566 พบผู้ป่วยสะสม 32,488 ราย เสียชีวิต 790 ราย ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นกลุ่ม

ผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัวร่วมด้วย (กรมควบคุมโรค, 2565) ขณะที่ประชาชนยังคงเฝ้าระวัง และป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19 ปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและลดความเสี่ยงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยประชาชนจะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตแบบวิถีชีวิตใหม่ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสถานการณ์ปัจจุบันได้ สวมหน้ากากทุกครั้ง เมื่ออยู่ในพื้นที่คนหนาแน่น หรือพื้นที่ปิดที่อากาศไม่ถ่ายเท หากมีอาการไม่สบายหรือเป็นไข้ ควรสวมหน้ากาก เมื่อออกไปนอกบ้าน หมั่นล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือเจลแอลกอฮอล์ เมื่อสัมผัสจุดสัมผัสร่วมและควรฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ครบตามเกณฑ์และรับเข็มกระตุ้น โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและผู้ที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ (กรมอนามัย, 2565)

ในขณะที่โรคโควิด 19 มีการระบาด ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (completed aged society) ในปี 2564 โดยมีประชากรสูงวัยมากกว่าร้อยละ 20 และในปี 2574 ไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) จะมีอัตราส่วนของผู้สูงวัยร้อยละ 28 จากจำนวนประชากรทั้งประเทศ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) รายงานสถานการณ์ วันที่ 15 สิงหาคม 2564 มีผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ทั้งหมด 6,758 ราย พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 68 เป็นผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป รองลงมาร้อยละ 18 เป็นผู้ที่อายุ 50-59 ปี ข้อมูล ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563 จังหวัดปทุมธานีมีประชากรผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 175,287 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.9 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) มีผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคโควิด 19 จำนวน 4,049 ราย เสียชีวิต 518 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.8 นับว่าเป็นอัตราที่สูงในจำนวนนี้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรวมอยู่ด้วย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี, 2564) จังหวัดปทุมธานีมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คิดเป็นร้อยละ 9.9 (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

การป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนามีความสำคัญเช่นเดียวกับการรักษาโรค พฤติกรรมการป้องกันโรค (Preventive and Promotive Behavior) หมายถึง พฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรคเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค (วีรณัฐ ไตรรัตน์, 2562) ส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น Becker and Maiman (1974 อ้างถึงใน นกษา สิ่งวิริธรรมและคณะ, 2563) กล่าวว่าโมเดลความเชื่อทางสุขภาพ (Health believe Model) เป็นแบบแผนหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาจากทฤษฎีทางด้านจิตวิทยาสังคม เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพโดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดๆด้วยความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดีและมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันไม่ให้เกิดโรคขึ้นกับปัจจัยหลักสามประการ ประการแรก ได้แก่ ความพร้อมที่จะปฏิบัติ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และการรับรู้ความรุนแรงของโรค ประการที่สอง ได้แก่ การประเมินถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติและการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ประการที่สาม ได้แก่ สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ ซึ่งอาจเป็นสิ่งชักนำมาจากภายในหรือภายนอก

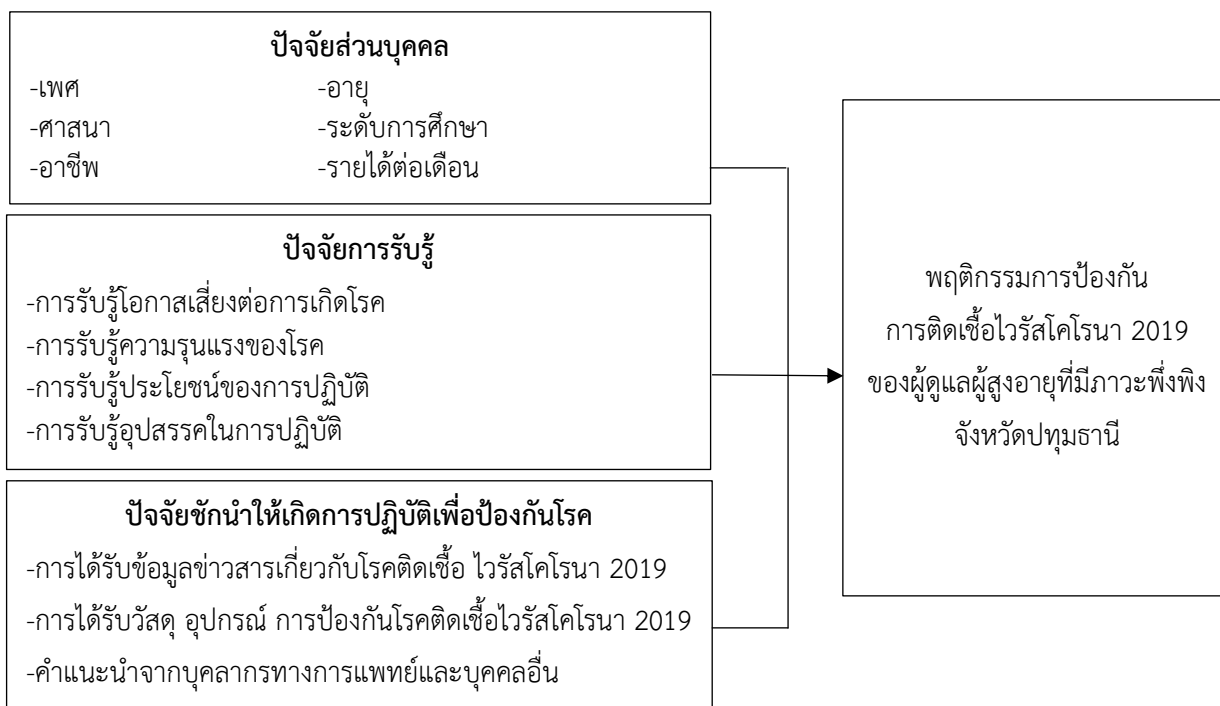
แม้ว่าในปัจจุบันการระบาดของไวรัสโคโรนาจะลดความรุนแรงลง แต่สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มที่จะมีอาการข้างเคียงมากเมื่อติดเชื้อไวรัสเมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรอื่น ซึ่งอาจนำไปสู่อาการป่วยที่มากขึ้นและเป็นอันตรายถึงชีวิต จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี เพื่อนำผลการศึกษาไปใช้ในการดูแล บริหารจัดการ และวางแผนการป้องกัน การติดเชื้อของโรคโควิด 19 ในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ผู้ดูแลมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองที่ดีและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม เพื่อลดอัตราการแพร่ระบาดและลดการเสียชีวิตในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) อธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลจะเกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคนั้น บุคคลต้องเกิดการรับรู้และเชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรมสุขภาพ โดยบุคคลจะแสดงพฤติกรรมใด ๆ ด้วยความเชื่อว่าจะทำให้มีสุขภาพดี



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษารั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Analytical cross-sectional research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร (Population) ที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ ผู้ดูแลซึ่งมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานี

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) ที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ ผู้ดูแลซึ่งมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดปทุมธานี อย่างน้อย 6 เดือน โดยกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ในกรณีทราบจำนวนของประชากรที่แน่นอน Wayne W.D. (1995) โดยกำหนดความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ดังนี้

$$n = \frac{NZ_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \pi(1-\pi)}{d^2(N-1) + \pi(1-\pi)Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2}$$

โดยกำหนดให้

N = ขนาดของประชากร จำนวน 494 คน อ้างอิงกลุ่มประชากรจากจำนวนของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดปทุมธานี (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
 d = ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (กำหนด $d = 0.05$)
 $Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1.96$)
 π = สัดส่วนพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 72.4 (ธรรมนูญฯ พันธ์สุมาและพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา, 2564)

กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ คือ 190 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือการตอบกลับที่ไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม (Non-response rate) กำหนดที่ร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ 209 คน

เกณฑ์การคัดเข้า 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อย่างน้อย 6 เดือน ใกล้ชิดและใช้เวลาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากที่สุด 2) มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป 3) สามารถอ่านภาษาไทยและเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและตอบแบบสอบถามการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก กลุ่มตัวอย่างที่เคยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และกลุ่มตัวอย่างที่กำลังติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ณ วันที่เก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง ซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จำนวน 11 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ (วีรนุช ไตรรัตน์โนภาส และคณะ, 2562) คือ 5=มากที่สุด 4=มาก 3=ปานกลาง 2=น้อย 1=น้อยที่สุด โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของบลูม Bloom (1971) ได้แก่ มีการรับรู้ต่ำ (11– 32 คะแนน) มีการรับรู้ปานกลาง (33 – 43 คะแนน) มีการรับรู้สูง (44 – 55 คะแนน)

2) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 5 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ (วีรนุช ไตรรัตน์โนภาส และคณะ, 2562) คือ 5=มากที่สุด 4=มาก 3=ปานกลาง 2=น้อย 1=น้อยที่สุด โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของบลูม Bloom (1971) ได้แก่ มีการรับรู้ต่ำ (5– 14 คะแนน) มีการรับรู้ปานกลาง (15 – 19 คะแนน) มีการรับรู้สูง (20 – 25 คะแนน)

3) ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ จำนวน 11 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ (วีรนุช ไตรรัตน์โนภาส และคณะ, 2562) คือ 5=มากที่สุด 4=มาก 3=ปานกลาง

2=น้อย 1=น้อยที่สุด โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของบลูม Bloom (1971) ได้แก่ มีการรับรู้ต่ำ (11– 32 คะแนน) มีการรับรู้ปานกลาง (33 – 43 คะแนน) มีการรับรู้สูง (44 – 55คะแนน)

4) ด้านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ จำนวน 8 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ (วีรณัฐ ไตรรัตน์โนภาส และคณะ, 2562) คือ 5=มากที่สุด 4=มาก 3=ปานกลาง 2=น้อย 1=น้อยที่สุด โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของบลูม Bloom (1971) ได้แก่ มีการรับรู้ต่ำ (8– 23 คะแนน) มีการรับรู้ปานกลาง (24 – 31 คะแนน) มีการรับรู้สูง (32 – 40 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จำนวน 6 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ (วีรณัฐ ไตรรัตน์โนภาส และคณะ, 2562) คือ 5=มากที่สุด 4=มาก 3=ปานกลาง 2=น้อย 1=น้อยที่สุด โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของบลูม Bloom (1971) ได้แก่ มีการรับรู้ต่ำ (6– 17 คะแนน) มีการรับรู้ปานกลาง (18 – 23 คะแนน) มีการรับรู้สูง (24 – 30 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 19 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ (วีรณัฐ ไตรรัตน์โนภาส และคณะ, 2562) คือ 5=ปฏิบัติทุกครั้ง 4=ปฏิบัติบ่อยครั้ง 3=ปฏิบัติบางครั้ง 2=ปฏิบัติบ่อยครั้ง 1=ไม่เคยปฏิบัติ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของบลูม Bloom (1971) ได้แก่ มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันระดับต่ำ (19– 56คะแนน) มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันระดับปานกลาง (57– 75 คะแนน) มีพฤติกรรมป้องกันการป้องกันระดับสูง (76– 95คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพ ความตรงของเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้โดยข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.6 -1.00 หมายถึง ข้อคำถามมีความเที่ยงตามเนื้อหาสูง ส่วนข้อคำถามที่มีค่า IOC ต่ำกว่า 0.6 ผู้วิจัยได้ทำการปรับแก้ไข หรือตัดทิ้งตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญก่อนที่จะนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. การตรวจหาความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ดูแลซึ่งมีหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในจังหวัดนนทบุรี ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยรวมทั้งฉบับได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.88

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานขอความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี สาธารณสุขอำเภอทั้ง 7 แห่ง เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อมา

เป็นผู้ช่วยวิจัยในการเก็บข้อมูล พร้อมเตรียมแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำนวน 209 ชุดโดยมีการอธิบายรายละเอียดของการวิจัย และการใช้แบบสอบถาม ผู้วิจัย เก็บรวบรวมแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ โดยได้แบบสอบถามกลับคืน ครบจำนวน 209 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100 กำหนดเวลารับแบบสอบถามคืนภายใน 30 วัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ และปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี ที่โดยการวิเคราะห์แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทีละคู่ (Univariable Analysis) นำเสนอด้วยค่าขนาดความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude Odds Ratio [Crude OR]) และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 จากนั้นทำการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบตัวแปรพหุ (Multivariable Analysis) โดยใช้สถิติถดถอยพหุลอจิสติก (Multiple logistic regression) โดยการคัดเลือกปัจจัยในตัวแปรอิสระเข้าสู่ตัวแบบ Multiple logistic regression พิจารณาจากการทบทวนวรรณกรรม และผลการวิเคราะห์ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ทีละคู่ ที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.10 ($p\text{-value} < 0.10$) และคัดเลือกตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ด้วยวิธีการขจัดออกทีละตัว (Backward elimination) และนำเสนอค่าขนาดความสัมพันธ์ที่คำนึงถึงอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ๆ ในตัวแบบ (Adjusted Odds Ratio [Adjusted OR]) และช่วงความเชื่อมั่นที่ 95% กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ รหัสโครงการที่ 018/2565 ลงวันที่ 12 เมษายน 2565 ก่อนการเริ่มต้นเก็บข้อมูลวิจัย ด้วยแบบสอบถาม ได้มีการอธิบายโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างวิจัย และมีการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการสอบถามข้อมูล

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 150 คน ร้อยละ 71.8 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.02 ± 10.34 ปี ซึ่งส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 45-59 ปี จำนวน 95 คน ร้อยละ 45.5 ศาสนาที่มีการนับถือมากที่สุด คือ ศาสนาพุทธ จำนวน 197 คน ร้อยละ 94.3 มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับต่ำกว่าประถมศึกษา จำนวน 85 คน ร้อยละ 40.7 มีอาชีพรับจ้าง จำนวน 88 คน ร้อยละ 42.1 มีรายได้ต่อเดือน ต่ำกว่า 10,000 บาท จำนวน 108 คน ร้อยละ 51.7

2. ปัจจัยการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ แนะนำการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ มีรายละเอียดดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง จำนวน 182 คน ร้อยละ 87.1 การรับรู้ความรุนแรงของโรค พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับสูง จำนวน 203 คน ร้อยละ 97.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ อยู่ในระดับสูง จำนวน 178 คน ร้อยละ 85.2 และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 191 คน ร้อยละ 91.4

3. ข้อมูลปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับวัสดุอุปกรณ์ การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์และบุคคลอื่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง จำนวน 161 คน ร้อยละ 77.0

4. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง จำนวน 171 คน ร้อยละ 81.8

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=209)

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง				
ปัจจัยส่วนบุคคล			Crude OR (95% CI)	p-value
	ต่ำ/ปานกลาง	สูง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
1. เพศ				0.280
ชาย	8 (13.6)	51 (86.4)	0.63 (0.27-1.46)	
หญิง (กลุ่มอ้างอิง)	30 (20.0)	120 (80.0)	1.00	
2. อายุ				0.345
20-29 ปี	5 (29.4)	12 (70.6)	1.00	
30-44 ปี	16 (19.8)	65 (80.2)	1.69 (0.52-5.50)	
มากกว่า 45 ปีขึ้นไป	17 (15.3)	94 (84.7)	1.30 (0.72-7.38)	

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=209) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมป้องกันการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		Crude OR (95% CI)	p-value
	พึ่งพิง			
	ต่ำ/ปานกลาง	สูง		
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
3. ศาสนา				0.531
พุทธ	35 (17.8)	162 (82.2)	1.54 (0.40-6.00)	
อื่นๆ (กลุ่มอ้างอิง)	3 (25.0)	9 (75.0)	1.00	
4. ระดับการศึกษา				0.311
ต่ำกว่าประถมศึกษา (กลุ่มอ้างอิง)	19 (22.4)	66 (77.6)	1.00	
มัธยมศึกษา	8 (12.5)	56 (87.5)	2.06 (0.82-4.95)	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	11 (18.3)	49 (81.7)	1.28 (0.56-2.94)	
5. อาชีพ				0.436
รับราชการ/ข้าราชการบำนาญ	12 (26.1)	34 (73.9)	1.00	
บ้านานาย รับจ้าง	13 (14.8)	75 (85.2)	2.04 (0.84-4.92)	
ค้าขาย	6 (15.8)	32 (84.2)	1.88 (0.63-5.61)	
เกษตรกรรม	7 (18.9)	30 (81.1)	1.51 (0.53-4.34)	
6. รายได้				0.587
ต่ำกว่า 10,000 บาท (กลุ่มอ้างอิง)	20 (18.5)	88 (81.5)	1.00	
10,001 – 20,000 บาท	14 (20.6)	54 (79.4)	0.88 (0.41-1.88)	
ตั้งแต่ 20,001 บาทขึ้นไป	4 (12.1)	29 (87.9)	1.65 (0.52-5.21)	
ปัจจัยการรับรู้				
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค				0.001
โรค				
ต่ำ/ปานกลาง (กลุ่มอ้างอิง)	12 (44.4)	15 (55.6)	1.00	
สูง	26 (14.3)	156 (85.7)	4.80 (2.02-11.40)	

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=209) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมป้องกันการติดเชื่อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		Crude OR (95% CI)	p-value
	ต่ำ/ปานกลาง	สูง		
	จำนวน	จำนวน		
	(ร้อยละ)	(ร้อยละ)		
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรค				0.061
ต่ำ/ปานกลาง (กลุ่มอ้างอิง)	3 (50.0)	3 (50.0)	1.00	
สูง	35 (17.2)	168 (82.8)	4.80 (0.93-24.76)	
3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ				0.009
ต่ำ/ปานกลาง (กลุ่มอ้างอิง)	11 (35.5)	20 (64.5)	1.00	
สูง	27 (15.2)	151 (84.8)	3.08 (1.33-7.14)	
4. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ				0.001
ต่ำ/ปานกลาง	22 (11.5)	169 (88.5)	0.02 (0.01-0.08)	
สูง (กลุ่มอ้างอิง)	16 (88.9)	2 (11.1)	1.00	
ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค				0.001
ต่ำ/ปานกลาง (กลุ่มอ้างอิง)	18 (37.5)	30 (62.5)	1.00	
สูง	20 (12.4)	141 (87.6)	4.23 (2.00-8.95)	

p-value ของ Binary Logistic Regression

Crude OR = Crude Odds Ratio, 95% CI = ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

จากตาราง 1 พบว่า ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทีละคู่ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ($p\text{-value} > 0.05$) ปัจจัยการรับรู้ ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ปัจจัยการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ และปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) โดยพบว่า ผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่

ในระดับสูงมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับสูงมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับปานกลาง เป็น 4.80 เท่า (95% CI COR : 2.02-11.40; p -value=0.001) สำหรับผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับสูงมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง เป็น 3.08 เท่า (95% CI COR : 1.33-7.14; p -value=0.009) สำหรับผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ อยู่ในระดับต่ำ มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ อยู่ในระดับปานกลาง เป็น 0.02 เท่า (95% CI COR : 0.01-0.08 ; p -value=0.001) และสำหรับผู้ที่มีการปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค อยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าผู้ที่มีการปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค อยู่ในระดับต่ำ/ปานกลาง เป็น 4.23 เท่า (95% CI COR : 2.00-8.95; p -value=0.001)

6. ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ตารางที่ 2 ความสำคัญเชิงพหุของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (n=209)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p -value
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค			0.023
ปานกลาง (กลุ่มอ้างอิง)	1.00	1.00	
สูง	4.80 (2.02-11.40)	2.99 (1.16-7.71)	
2. ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค			0.007
ต่ำ/ปานกลาง (กลุ่มอ้างอิง)	1.00	1.00	
สูง	4.23 (2.00-8.95)	3.07 (1.36-6.92)	

p -value ของ Binary Logistic Regression

Crude OR = Crude Odds Ratio, Adjusted OR = Adjusted Odds Ratio, 95% CI = ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95

จากตาราง 2 พบว่า การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงพหุของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในตัวแบบสุดท้าย พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่อควบคุมปัจจัยชักนำให้คงที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงมากกว่าเป็น 2.99 เท่า (Adjusted OR=2.99, 95% CI=1.16-7.71) เมื่อ

เทียบกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคในระดับ ปานกลาง และเมื่อควบคุมปัจจัยของการรับรู้โอกาสเสี่ยงให้คงที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค อยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงมากกว่าเป็น 3.07 เท่า (Adjusted OR = 3.07, 95% CI=1.36-6.92) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับต่ำ/ปานกลาง

อภิปรายผล

การวิจัยนี้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้พบประเด็นสำคัญนำมาสู่การอภิปรายผล ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี ผลการศึกษานี้ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.8 โดยมีพฤติกรรมกรรมการสวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้าเมื่อออกนอกบ้าน มากที่สุด จำนวน 197 คน ร้อยละ 97.3 และมีพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกายที่บ้านน้อยที่สุด จำนวน 125 คน ร้อยละ 59.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้และพฤติกรรมกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหวของญาติผู้ดูแลในตำบลกระแซง อำเภอยะหริ่ง จังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่า พฤติกรรมของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหว อยู่ในระดับสูง (ชรินทิพย์ ชัยชุมพล และคณะ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาของ วิญญูทัตญญ บัญทันและคณะ (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ ในการป้องกันติดเชื้อโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการ สร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี เช่นเดียวกับการศึกษาของ วีรณัฐ ไตรรัตน์ภาส และคณะ (2562) ได้ศึกษาการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคและพฤติกรรมกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา อยู่ในระดับดี และจากการศึกษาของ Yadmai et al. (2021) ได้ทำการศึกษา เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุในชุมชนเมือง พบว่า ประชากรมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 83.4

การศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการสวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้าเมื่ออยู่ในบ้าน พุดคุยกับสมาชิกในครอบครัว หรือทำกิจกรรมร่วมกันเพียง จำนวน 142 คน ร้อยละ 67.9 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะรู้สึกว่าการจำกัดการหายใจ หายใจไม่สะดวก และรู้สึกอึดอัดเวลาสวมใส่ ซึ่งการสวมหน้ากากอนามัย /หน้ากากผ้าตามแนวทางวิถีชีวิตใหม่ จะสามารถช่วยลดความเสี่ยง การติดเชื้อทั้งตัวเองและผู้อื่น ร้อยละ 98.5 เพิ่มความปลอดภัยทางสังคม (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564)

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทีละคู่ ในตัวแบบสุดท้าย พบว่า ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.05$) ในขณะที่ผลการศึกษารังนี้พบว่า เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ต่อเดือน การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>0.05$) สามารถอภิปรายผลความสัมพันธ์ได้ดังนี้

ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง จำนวน 182 คน ร้อยละ 87.1 ผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระดับสูงมากกว่าผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค อยู่ในระดับปานกลาง เป็น 2.99 เท่า (Adjusted OR=2.99, 95% CI=1.16-7.71) ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker ที่อธิบายว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค คือ ความเชื่อของแต่ละบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพและในภาวะการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่แตกต่างกัน ดังนั้นบุคคลเหล่านี้จึงหลีกเลี่ยงการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่ไม่เท่ากัน ไม่เหมือนกัน หรือแตกต่างกัน ซึ่งเป็นความเชื่อของแต่ละบุคคลต่อความถูกต้องของการวินิจฉัยของแพทย์ การคาดการณ์ถึงโอกาสที่จะเกิดโรคซ้ำ หรือการที่จะป่วยเป็นโรคต่าง ๆ ได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาของ นกษา สิงห์วีรธรรม และคณะ (2563) พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยเฉพาะการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมากที่สุด เช่นเดียวกับการศึกษาของ Eszter Eniko Marschalko et al. (2021) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับตัวทำนายทางจิตวิทยาของพฤติกรรมการป้องกัน COVID-19 ในสตรีชาวฮังการีในหลายช่วงอายุ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันในรุ่นเบบี้บูมเมอร์ รุ่นเอ็กซ์ และ รุ่นวาย มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เมื่อกลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าคุณเอง หรือสมาชิกในครอบครัวมีโอกาสเสี่ยงสูงจะพยายามปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดีเพื่อลดภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นทั้งกับตัวเอง และสมาชิกในครอบครัว

ปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดปทุมธานี พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง จำนวน 161 คน ร้อยละ 77.0 ผู้ที่มีการรับรู้ด้านปัจจัยชักนำให้

เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค อยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สูงมากกว่า ผู้ที่มีปัจจัยชักนำให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค อยู่ในระดับต่ำ/ปานกลาง เป็น 3.07 เท่า (Adjusted OR = 3.07, 95% CI=1.36-6.92) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชญานันท์ ใจดีและคณะ (2555) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรค การได้รับข้อมูลข่าวสารเป็น สิ่งเร้าภายนอกที่จะช่วยกระตุ้น และส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เช่นเดียวกับ การศึกษาของ Jocelyn Raude et al. (2020) ได้ทำการศึกษากำหนดพฤติกรรมการป้องกันในการ ตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในฝรั่งเศส พบว่า มีการยอมรับคำแนะนำด้าน พฤติกรรมในการปฏิบัติตัวที่จัดทำโดยหน่วยงานสาธารณสุข ประชากรชาวฝรั่งเศสมีอัตราการปฏิบัติตาม คำแนะนำและแนวทางด้านสาธารณสุขการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ในอัตราสูง และเมื่อกลุ่ม ตัวอย่าง ได้รับรู้ข่าวสารจากโทรทัศน์/สื่อออนไลน์ เกี่ยวกับการระบาดของโรค หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. หน่วยงานท้องถิ่น เช่น อบต. เทศบาล ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ได้ช่วยกันให้คำแนะนำในการป้องกันโรค และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ย่อมส่งผลให้เกิดพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ดี

การนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสวมหน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้าเมื่ออยู่ในบ้าน พุดคุยกับสมาชิกในครอบครัว หรือทำกิจกรรมร่วมกัน ร้อยละ 67.9 ถือว่ายังเป็นพฤติกรรมป้องกันที่ยังไม่ ดีเท่าที่ควร ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริม ประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน มีพฤติกรรมป้องกันที่ดีภายใน ครอบครัวเมื่อต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ ได้แก่ เป็นช่วงระยะการแพร่ระบาดของโรคไวรัส โคโรนา 2019 ทำให้มีความล่าช้าในการเก็บข้อมูล และการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายเป็นไปได้ยากกว่าช่วงสถานการณ์ปกติ ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในครั้งต่อไปโดยสรุปดังนี้

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่มีพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น อุปสรรคในการป้องกันสิ่งอำนวยความสะดวกในการป้องกัน ความต้องการด้านอื่น ๆ ที่นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมป้องกัน เป็นต้น
2. ควรศึกษาความแตกต่างของคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุจากผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว และ ผู้ดูแลจากภายนอก
3. เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความลุ่มลึก และละเอียดมากยิ่งขึ้น ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพร่วมด้วย เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายมีสภาพความเป็นอยู่ เศรษฐกิจ รายได้ของครัวเรือนที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจมีผลกับการ เกิดพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

References

- กระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์. (2563). แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นเมื่อ 6 กรกฎาคม 2564 จาก http://covid19.dms.go.th/backend///Content//Content_File/Covid_Health/Attach/25630330113911AM_CPG%20COVID-19_30032020_v1@11.pdf
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 จังหวัด ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 2563. สืบค้นเมื่อ 6 กรกฎาคม 2564 จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถานการณ์ในประเทศไทย. สืบค้นเมื่อ 6 กรกฎาคม 2564 จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง. สืบค้นเมื่อ 6 กรกฎาคม 2564 จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. (2563). แนวทางการปฏิบัติด้านสุขวิทยาส่วนบุคคลในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2564 จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/g_other/g_other02.pdf
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. (2564). รายงาน Care Plan ทั้งหมดระดับหน่วยบริการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. สืบค้นเมื่อ 7 กรกฎาคม 2564 จาก http://ltc.anamai.moph.go.th/reportnumelder_host
- จันทร์ทราตี พรหมโสภณ และสมคิด ปราบภัย. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของผู้ปกครองและเด็กก่อนวัยเรียน อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา, 43(4), 356-367
- จารุวรรณ แผลมไธสง. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ฉัตรธพล คงห้วยรอบ และ ธัญญวรรณ โตตระกูลพิทักษ์. (2549). ปัจจัยผู้ดูแล การพึ่งพาและการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มีผลต่อการควบคุมโรคเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินในผู้ป่วยสูงอายุ โรงพยาบาลลานสัก อำเภอลานสัก จังหวัดอุทัยธานี. มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชญานันท์ ใจดี, เสริมศรี สันตติ และชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแลเด็กในสถานรับเลี้ยงเด็ก, 18(3), 389-403
- ชรินทร์ทิพย์ ชัยชุมพล, นันทพร ทองเภา และอ้อมใจ แท้เจริญวิริยะกุล. (2561). ความรู้และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่พิการทางการเคลื่อนไหวของญาติผู้ดูแลในตำบลกระแซง อำเภอพยุห์ จังหวัดศรีสะเกษ, 24(2), 52-66

- ดร.ณชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. (2564). *ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา*, 36(5), 597-604
- นภษา สิงห์วีธรรม,วัชรพลวิวรรณ์เภาวพันธ์,กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เณลิ้มชัย เพาะบุญ และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. (2563). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019 (COVID-19) ของทันตากริบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารสถาบันบาราศนราดรุร*, 14(2), 104-115
- เบญจมาศ สุขศรีเพ็ง. (2009). *รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์*. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2564, จาก <https://www.gotoknow.org/posts/115422>
- เบญจพร สว่างศรี และเสริมสิริ แต่งงาม. (2555).*การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี.วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ*, 1(2), 128-137
- พินรวี สิงห์โต. (2550). *ปัจจัยทนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านการบริโภคอาหารในชุมชนตาบลนางแก้ว จังหวัดราชบุรี. มหาวิทยาลัยคริสเตียน นครปฐม*.
- พิภพ ดีแพ, กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม และนพนัฐ จำประเทศ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร่วมกับความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 35(3), 46-59.
- วิญญ์ทัณญ บุญทัน, พัชรภรณ์ ไหวคิด, วิภาพร สร้อยแสง, ชุติมา สร้อยแสง, ปรีศนา อัครชนพล และจริยา วัตร คมพยัคฆ์. (2564). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยหัวเฉียวพระเกียรติ*.
- วีรณูช ไตรรัตน์ภาส, ดร. พัชรภรณ์ อารีย์ และดร. ปุณยนุช พิมใจใส. (2562). *การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุ. มหาวิทยาลัยคริสเตียน*
- วีไลรัตน์ บุญราศรี. (2559). *แบบแผนความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานโรงไฟฟ้าแม่เมาะที่มีภาวะอ้วน ลงพุง. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์*
- ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19. (2564). *การยกระดับมาตรการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในการระบาระลอกเมษายน 2564*. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2564, จาก https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/160464-01.pdf
- สำนักงานกองทุนสนับสนุน. (2564). *ผู้สูงอายุเสี่ยงที่สุดจากโรคโควิด-19 และไทยมีผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปจำนวน 4.7 ล้านคน*. สืบค้นเมื่อวันที่ 6 กรกฎาคม 2564, จาก <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/index.php/article>

- อรรถพล เกิดอรุณสุขศรี และภริทัต แสงทองพานิชกุล.(2563). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของ
ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์บนพื้นฐานของปัจจัยส่วนบุคคลและแรงสนับสนุน
ทางสังคม. *วารสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง*, 64(2), 85-96.
- อำภรพรรณ ข้ามสาม. (2558). *ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ที่มีความดันโลหิต
สูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลท่าข้าม อำเภอเมือง จังหวัดแพร่*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Arenas, R. S., Doubova, S. V., Pérez, M. A., & Cuevas, R. P. (2021). *Factors associated with
COVID-19 preventive health behaviors among the general public in Mexico City and
the State of Mexico*. Retrieved July 23, 2021. From
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0254435>
- Bloom, B. (1971). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational
goals: Handbook : Cognitive domain*. 1 st ed. New York; McKay.
- Luo, Y., Cheng, Y., & Sui, M. (2021). *The Moderating Effects of Perceived Severity on the
Generational Gap in Preventive Behaviors during the COVID-19 Pandemic in the U.S.*
Retrieved July 23, 2021. From <https://doi.org/10.3390/ijerph18042011>
- Park, S. & Oh, S. (2021). *Factors associated with preventive behaviors for COVID-19 among
adolescents in South Korea*. *Journal of Pediatric Nursing*, Retrieved July 10, 2021.
From <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596321002104>
- World Health Organization2. (2021). *Coronavirus disease (COVID-19) pandemic*. Retrieved
June 30, 2021 from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี

The Factors Affecting Self-Care Behavior of the Homebound Elderly

Ubon Ratchathani Province

กนกพร สมพร¹, ทศพร ชุศักดิ์², พรรณี บัญชรหัตถกิจ², ธนุศิลป์ สลีอ่อน², นพดล ทองอร่าม³

Kanokporn Somporn¹, Thassaporn Chusak², Pannee Banchonhattakit²,

Thanusin Saleeon², Nopadol Thongaram³

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (การจัดการระบบสุขภาพ) คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

² คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

³ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยชุมชนปัตตานี

¹ Student Doctor of Public Health Program in Health System Management

² Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University under The Royal Patronage, Pathum Thani Province

³ Community of Public Health Program, Pattani Community College

(Received: July 1, 2023; Revised: September 3, 2023; Accepted: September 4, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross - Sectional Study) พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี เริ่มการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม 2566 – มีนาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจังหวัดอุบลราชธานี โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) จำนวน 388 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปนำเสนอด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.30 อายุเฉลี่ย 67.95 ปี ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 88.70 ($M=2.86$, $S.D.=0.43$) ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 73.40 ($M=3.96$, $S.D.=0.59$) การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง ร้อยละ 67.40 ($M=2.70$, $S.D.=0.50$) ภาพรวมของปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.70 ($M=2.88$, $S.D.=0.36$) ภาพรวมของปัจจัยเสริมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.50 ($M=2.84$, $S.D.=0.39$) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. ด้านอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.30 อ. อนามัย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.00 อ. ออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.60 อ. อารมณ์ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.80 และ อ. อติเรก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.90 การวิเคราะห์ความเป็นเชิงเส้นใช้การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยวิธี Enter พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย ปัจจัยนำ (ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้) และปัจจัยเสริม ซึ่งจะส่งผลต่อ

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 21.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน, การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน, พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Kanokporn.som@vru.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 095-9789691)

Abstract

The purpose of this study was to The Factors Affecting Self-care Behaviors of the Homebound Elderly Ubon Ratchathani Province. This research used a cross-sectional study in the area of Ubon Ratchathani Province. The research started from January 2023 – March 2023 and research instrument was a questionnaire. The sample group was the elderly in the homebound elderly group of Ubon Ratchathani Province. Using multi-stage sampling method 388 people . Data were analyzed by a program presented by number, percentage, mean, standard deviation, median, minimum, maximum and Multiple regression analysis.

The results of the study found that sample group was female 63.30%, Average age 67.95 years. The self-care knowledge of the Homebound elderly was at a high level of 88.70% (M =2.86, S.D.=0.43). Attitude about self-care was high at 73.40% (M =3.96 , S.D.=0.59). Awareness of health status and self-care at a high level, 67.40% (M = 2.70 , S.D.=0.50). The overall of contributing factors were at a high level, 89.70% (M = 2.88 , S.D.= 0.36). and the overall of supporting factors were at a high level, 85.50% (M = 2.84 , S.D.=0.39). The Self-promoting behaviors according to the 5 principles. A. Food was at a moderate level 64.30%, A. Health, at a high level of 84.00%, A. exercise was at a moderate level 50.60%, A. Emotions were at a high level, 63.80% and A. Hobby is at a medium level, 65.90 percent. The linearity was analyzed The Factors Affecting Self-care Behaviors of the Homebound Elderly Ubon Ratchathani Province using multiple regression analysis by Enter method consists of leading factors (Knowledge factors, Perceptions factors) and supporting factors this will affect the self-care behavior of homebound elderly can jointly predict self-care behaviors of the homebound elderly Ubon Ratchathani Province was 21.10% with a statistical significance at the .05 level.

Keyword: Homebound elderly, Self-care Behaviors, Elderly Health Behaviors

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรถือเป็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญของโลก โดยเฉพาะการมีอายุยืนยาวขึ้นของประชากร ในขณะที่อัตราการเกิดน้อยลงเป็นผลพวงมาจากความเจริญก้าวหน้าด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในสาขาการแพทย์และสาธารณสุข ทำให้การรักษาพยาบาล การบริโภคอาหาร การสุขภาพ และการดำเนินชีวิตได้รับความเอาใจใส่มากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2562) ซึ่งการเปลี่ยนโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาของประชากรในประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปตามโครงสร้างของประชากรโลก ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 (วงเดือน คลื่นแก้ว และคณะ, 2559) และมีการคาดประมาณการในปี พ.ศ. 2568 ผู้สูงอายุไทยจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 20 หรือมีจำนวนถึง 14.5 ล้านคน และจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Complete-aged society) ในปี พ.ศ. 2579 (อารียา สอนบุญ และคณะ, 2562)

รัฐบาลมีนโยบายในการเตรียมความพร้อมรับต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมทางประชากรที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่รวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังปรากฏในรัฐธรรมนูญ ปี พ.ศ. 2540 ที่ให้ความสำคัญกับประเด็นปัญหาผู้สูงอายุมานานกว่า 20 ปี มีการระบุถึงภารกิจที่จะต้องให้ความสำคัญต่อการดูแลประชากรผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทย ในปี พ.ศ. 2542 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) จากสถิติข้อมูลผู้สูงอายุในแต่ละภูมิภาค พบว่า ภาคเหนือมีร้อยละของผู้สูงอายุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.5 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 22.5 ภาคกลางและภาคใต้มีร้อยละของผู้สูงอายุใกล้เคียงกันคือ ร้อยละ 17.2 และ 16.6 ตามลำดับ และกรุงเทพมหานครมีร้อยละของผู้สูงอายุต่ำสุด ร้อยละ 15.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) เมื่อพิจารณาที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง 2 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร และจังหวัดอำนาจเจริญ

จังหวัดอุบลราชธานี มีจำนวนประชากร 1,869,633 คน ผู้สูงอายุ คิดเป็น 13.61% จังหวัดศรีสะเกษ มีจำนวนประชากร 1,472,031 คน ผู้สูงอายุ คิดเป็น 14.59% จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวนประชากร 378,107 คน ผู้สูงอายุคิดเป็น 14.52% จังหวัดยโสธร จำนวนประชากร 539,542 คน ผู้สูงอายุคิดเป็น 15.63% (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2565) จากจำนวนดังกล่าวสามารถตอบได้ว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือกำลังเกิดการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรที่เข้าสู่ภาวะ “ประชากรผู้สูงอายุ (Population Aging)” คือมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (ภารดี นานาศิลป์, 2558)

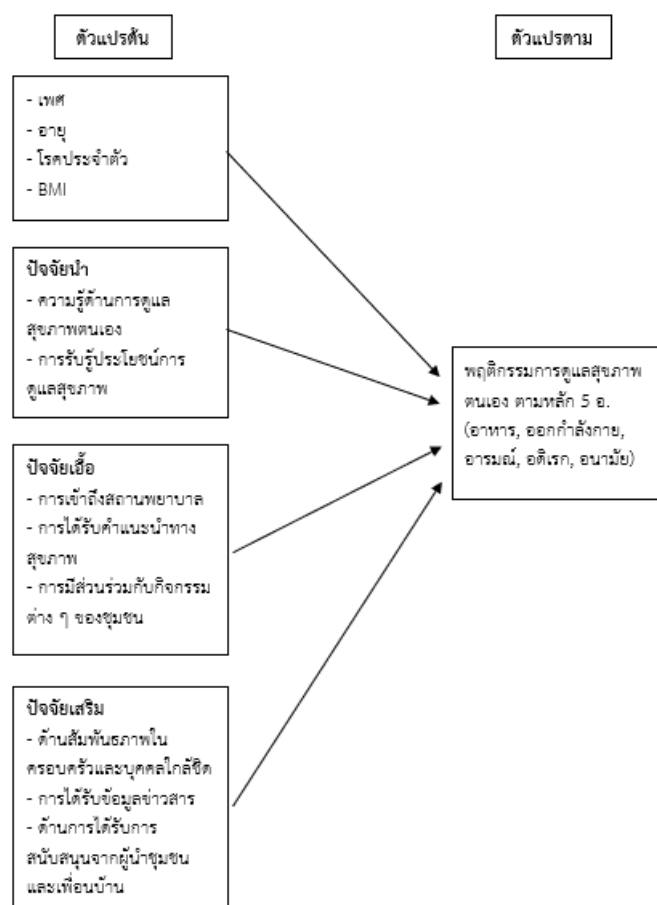
จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทยป่วยเป็นโรคเรื้อรัง อาทิ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 และโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 8.6 เมื่อดูข้อมูลการเป็นโรคทั้ง 3 โรค ตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุแล้ว จะเห็นได้ว่าทั้งโรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้สูงอายุจะเป็นมากขึ้นเมื่ออายุสูงขึ้น อย่างเช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 75 ปีขึ้นไป เกือบครึ่งหนึ่งหรือร้อยละ 45.6 เป็นโรคความดันโลหิต ร้อยละ 17.2 ของผู้สูงอายุ 75 ปีขึ้นไปเป็นโรคเบาหวาน และร้อยละ 9.6 เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2558)

จากข้อมูลดังกล่าวได้แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มและปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจากการอยู่อาศัยแบบครอบครัวใหญ่ที่อยู่ร่วมกันมาเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องอยู่อาศัยตามลำพังหรืออยู่อาศัยกับคู่สมรสที่เป็นผู้สูงอายุด้วยกันตามลำพังมากขึ้นไปด้วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านยังประสบปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการดูแลสุขภาพอย่างถูกวิธี อันส่งผลให้ต้องมีการสร้างความรู้ให้แก่ตัวผู้สูงอายุเองหรือต้องอาศัยบุคคลอื่นที่มีความรู้และทักษะมาช่วยดูแลซึ่งจากข้อมูลวิจัยที่กล่าวมาในข้างต้นได้แสดงให้เห็นถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านอย่างชัดเจน ดังนั้นควรพิจารณาถึงแนวทางในการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่พึงประสงค์นั้นจะต้องเป็นการดำเนินงานแบบองค์รวมโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (สำนักงานวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน, 2552) ครอบครัวและชุมชนควรมีบทบาทสนับสนุนผู้สูงอายุ (วัชริน สินธวานนท์, 2552) และผู้สูงอายุควรเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross - Sectional Study) พื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม 2566 – มีนาคม 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 171,486 คน เป็นกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 11,934 คน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ได้รับการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 11,934 คน (คลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ข้อมูล ณ วันที่ 4 กันยายน 2565) การวิจัยในครั้งนี้ใช้สูตร Taro Yamane ในการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 388 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ก) เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี มากกว่า 1 ปี ข) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ค) สามารถสื่อสารและตอบคำถามการวิจัยได้โดยตลอดการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 5 ส่วนคือ ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัว น้ำหนัก ส่วนสูง รายได้ บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบคือ ถูกได้ 1 คะแนน และ ผิดได้ 0 คะแนน ให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว

แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบสอบถามด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ และการดูแลสุขภาพ ลักษณะ 5 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ ประกอบด้วย นโยบายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ/แหล่งบริการสาธารณสุข การมีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน ลักษณะแบบสอบถามเป็นประเมินระดับความคิดเห็น (Likert Scale) ลักษณะ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม ประกอบด้วย ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและเพื่อนบ้าน ลักษณะแบบสอบถามเป็นประเมินระดับความคิดเห็น (Likert Scale) ลักษณะ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านตามหลัก 5 อ. ได้แก่ ด้านอาหาร ด้านสุขอนามัย ด้านการออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านงานอดิเรก ลักษณะ 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง ไม่เคยปฏิบัติเลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้พัฒนาขึ้นเองโดยผู้วิจัย ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ ด้วยการหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน โดยใช้สูตร (IOC : Index Of Item Objective Congruence) โดยเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับหรือมากกว่า 0.5 ขึ้นไปเป็นข้อคำถามที่นำไปใช้ และการทดสอบเพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) 0.92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรสาธารณสุขในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่ผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือแล้วทำการสัมภาษณ์โดยตรงกับผู้สูงอายุ ข้อมูลที่เก็บรวบรวมแล้วจะบันทึกข้อมูลในแบบสอบถาม หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมานด้วยการวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย วไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ และได้รับใบรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 0004/2566 ลงวันที่ 10 มีนาคม 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.30 อายุเฉลี่ย 67.95 ปี สถานภาพสมรส ร้อยละ 65.60 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.90 น้ำหนักเฉลี่ย 60.04 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 159.58 เซนติเมตร มีรายได้ร้อยละ 89.10 และอาศัยอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 43.90

2. ปัจจัยนำ

2.1 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 88.70 ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.50 และระดับต่ำ ร้อยละ 2.80 ข้อมูลของข้อคำถามความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยนำ (ระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง) ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยนำ	ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง						M	S.D.
	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	344	88.70	33	8.50	11	2.80	2.86	0.43

2.2 ทักษะเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ทักษะในระดับสูง ร้อยละ 73.40 ระดับปานกลาง ร้อยละ 25.60 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.00 ข้อมูลของข้อความที่ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยข้อความ จำนวน 10 ข้อ ข้อความที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านคิดว่า การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นเรื่องจำเป็น ค่าเฉลี่ย 4.28 (SD 0.84) ท่านคิดว่า ตลอดระยะเวลาที่มีชีวิตท่านใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่า ค่าเฉลี่ย 4.22 (SD 0.84) ท่านคิดว่า ผู้สูงอายุควรไปพบหมอทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติของร่างกาย ค่าเฉลี่ย 4.19 (SD 0.86) และข้อความที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านคิดว่า ผู้สูงอายุไม่จำเป็นต้องออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ย 3.31 (SD 1.28)

2.3 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง ร้อยละ 67.40 ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.50 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.00 ข้อมูลของข้อความการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยข้อความ จำนวน 10 ข้อ ข้อความที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านรับรู้ว่าเป็นศูนย์รวมจิตใจของลูกหลาน ค่าเฉลี่ย 4.16 (SD 0.81) การรับประทานผักและผลไม้เป็นประจำจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง ค่าเฉลี่ย 4.15 (SD 0.83) ผู้สูงอายุหากรับประทานอาหารเร็วเกินไปอาจจะทำให้สำลักได้ ค่าเฉลี่ย 4.06 (SD 0.92) และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านคิดว่าการออกกำลังกายเป็นประจำของผู้สูงอายุจะช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายได้ ค่าเฉลี่ย 3.85 (SD 0.88) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี

ปัจจัยนำ	การดูแลสุขภาพตนเอง						M	S.D.
	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดูแล	285	73.50	99	25.50	4	1.00	3.96	0.59
สุขภาพตนเอง								
ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและ	262	67.50	122	31.40	4	1.00	2.70	0.50
การดูแลสุขภาพ								

3. ปัจจัยเอื้อ พบว่า ภาพรวมของปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.70 ระดับปานกลาง ร้อยละ 9.00 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.30 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการเข้าถึงสถานพยาบาล มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2.90 (SD 0.37) ด้านการได้รับคำแนะนำทางสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 2.90 (SD 0.38) และด้านการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน ค่าเฉลี่ย 2.80 (SD 0.50) ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ รพ.สต. หรือ รพช. มีการให้บริการตรวจสุขภาพที่ท่านสามารถไปรับบริการดูแลสุขภาพของท่านได้สะดวก ค่าเฉลี่ย 2.88 (SD 0.38) รพ.สต. หรือ รพช. มีบริการตรวจรักษาและนัดไปรับยาที่สะดวกสำหรับผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ย 2.88 (SD 0.39) ท่านได้รับการเกี่ยวกับสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ค่าเฉลี่ย 2.85 (SD 0.40) และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านมีความลำบากในการเดินทางไปรับบริการ ค่าเฉลี่ย 2.55 (SD 0.58) ตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับของปัจจัยเอื้อ

ปัจจัยเอื้อ	ระดับปัจจัยเอื้อ						M	S.D.
	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
ด้านการเข้าถึงสถานพยาบาล	354	91.12	26	6.70	8	2.10	2.90	0.37
ด้านการได้รับคำแนะนำทางสุขภาพ	350	90.20	30	7.70	8	2.10	2.90	0.38
ด้านการมีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน	314	80.90	64	16.50	10	2.60	2.80	0.50
ภาพรวม	348	89.70	35	9.00	5	1.30	2.88	0.36

4. ปัจจัยเสริม พบว่า ภาพรวมของปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.50 ระดับปานกลาง ร้อยละ 13.20 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.00 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 2.81 (SD 0.36) ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร ค่าเฉลี่ย 2.76 (SD 0.38) และด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและเพื่อนบ้าน ค่าเฉลี่ย 2.72 (SD 0.45) ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สมาชิกในครอบครัวพาท่านไปรับการตรวจสุขภาพหรือพบแพทย์ตามนัด ค่าเฉลี่ย 2.84 (SD 0.39) ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารวิธีการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ จากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำครอบครัว ของท่าน ค่าเฉลี่ย 2.83 (SD 0.40) สมาชิกในครอบครัวสนใจช่วยจัดหาอาหารให้ผู้สูงอายุรับประทาน และดูแลการรับประทานยาของผู้สูงอายุตามที่แพทย์สั่ง ค่าเฉลี่ย 2.81 (SD 0.42) และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจากสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ ทีวี วิทยุ เป็นต้น ค่าเฉลี่ย 2.70 (SD 0.53) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับของปัจจัยเสริม

ปัจจัยเสริม	ระดับปัจจัยเสริม						M	S.D.
	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
	(คน)		(คน)		(คน)			
ด้านสัมพันธภาพในครอบครัวและบุคคลใกล้ชิด	345	88.90	39	10.10	4	1.00	2.81	0.36
ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร	344	88.70	34	8.80	10	2.60	2.76	0.38
ด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและเพื่อนบ้าน	303	78.10	76	19.60	9	2.30	2.72	0.45
ภาพรวม	333	85.80	51	13.10	4	1.00	2.84	0.39

5. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. ได้แก่ อ. อาหาร อ. อนามัย อ. ออกกำลังกาย อ. อารมณ์ อ. อติเรก ของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 388 คน พบว่า ระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ. ด้านอาหารอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.30 อ. อนามัย อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 84.00 อ. ออกกำลังกาย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.60 อ. อารมณ์ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 63.80 และ อ. อติเรก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 65.90

5.1 อ. อาหาร ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านรับประทานอาหารโดยการเคี้ยวช้าๆ ให้ละเอียด ค่าเฉลี่ย 2.68 (SD 0.50) ท่านเน้นรับประทานผักและผลไม้ ค่าเฉลี่ย 2.60 (SD 0.52) และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านดื่มเหล้าหรือแอลกอฮอล์ ค่าเฉลี่ย 1.47 (SD 0.62)

5.2 อ. อนามัย ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านสระผมและดูแลผมให้สะอาดอยู่เสมอ ค่าเฉลี่ย 2.80 (SD 0.44) ท่านตัดเล็บให้สั้นอยู่เสมอ ค่าเฉลี่ย 2.78 (SD 0.46) และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ค่าเฉลี่ย 2.54 (SD 0.59)

5.3 อ. ออกกำลังกาย ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านบริหารร่างกายให้มีความพร้อมก่อนเริ่มออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ย 2.41 (SD 0.62) ท่านมีการอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกาย ค่าเฉลี่ย 2.40 (SD 0.66) และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อยมาก ค่าเฉลี่ย 1.74 (SD 0.70)

5.4 อ. อารมณ์ ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านรู้สึกพอใจกับชีวิตวัยผู้สูงอายุของตนเอง ค่าเฉลี่ย 2.76 (SD 0.45) เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นท่านจะค่อย ๆ คิดแก้ไขที่ต้นเหตุ ค่าเฉลี่ย 2.68 (SD 0.48) และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านรับประทานยานอนหลับหรือยากล่อมประสาท ค่าเฉลี่ย 1.61 (SD 0.80)

5.5 อ. อติเรก ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ท่านมักจะรดน้ำต้นไม้ หรือดูแลต้นไม้ที่ท่านปลูก ค่าเฉลี่ย 2.65 (SD 0.54) ท่านมีกิจกรรมที่ชอบและช่วยสร้างความผ่อนคลายในแต่ละวัน เช่น การอ่านหนังสือ ดู TV ฟังเพลง ค่าเฉลี่ย 2.51 (SD 0.56) และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านมีกิจกรรมรวมกลุ่มกับเพื่อนที่ชอบกินเล่นไฟ/เล่นหอย ค่าเฉลี่ย 1.47 (SD 0.71) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวน และร้อยละ ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตนเองตามหลัก 5 อ.

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตนเองตามหลัก 5 อ.	ระดับสูง		ระดับปานกลาง		ระดับต่ำ		M	SD
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
1. อ. อาหาร	129	33.20	249	64.20	10	2.60	2.30	0.51
2. อ. อนามัย	326	84.00	54	13.90	8	2.10	2.82	0.44
3. อ. ออกกำลังกาย	157	40.50	197	50.80	34	8.80	2.32	0.63
4. อ. อารมณ์	248	63.90	135	34.80	5	1.30	2.63	0.51
5. อ. อติเรก	97	25.00	256	66.00	35	9.00	2.16	0.56

**การวิเคราะห์ความเป็นเชิงเส้น โดยใช้การวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุคูณ
(Multiple Regression Analysis)**

จากการนำปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะคิด การรับรู้ ด้านปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี นำตัวแปรปัจจัยด้านต่าง ๆ มาทำการคัดเลือกตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี โดยการวิเคราะห์ความเป็นเชิงเส้นใช้การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยวิธี Enter พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย ปัจจัยนำ (ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้) และปัจจัยเสริม ซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน สามารถร่วมกันพยากรณ์ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ได้ร้อยละ 21.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดตามตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ทดสอบสมมติฐานการวิเคราะห์ถดถอยเพื่อพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี

ตัวแปรต้น	B	S.E.	β	t	p
Constant	55.467	7.042		7.877	.000
ด้านความรู้ (x_1)	0.691	0.036	0.102	2.055	0.041
ด้านทักษะคิด (x_2)	0.137	0.122	0.059	1.120	0.263
ด้านการรับรู้ (x_3)	0.411	0.103	0.215	4.004	0.000
ปัจจัยเอื้อ (x_4)	0.124	0.232	0.029	0.537	0.592
ปัจจัยเสริม (x_5)	1.070	0.220	0.270	4.873	0.000

R= .460 R²= .211 Adjusted R² = .201 Std. Error of the Estimate = 12.10644

F_{change} = 20.479 Sig= .000 *Correlation is significant at the 0.05

วิธีการถดถอยพหุคูณโดยวิธี Enter สามารถเขียนเป็นสมการได้ ดังนี้

$$\text{พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง} = 55.467 + 0.102 x_1 + 0.215x_3 + 0.270x_5$$

อภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า การวิเคราะห์ความเป็นเชิงเส้นใช้การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยวิธี Enter มีดังนี้ คือ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง = $55.467 + 0.102 x_1 + 0.215x_3 + 0.270x_5$ ซึ่งองค์ประกอบของสมการจะประกอบด้วย ความรู้ การรับรู้ และปัจจัยเสริม

ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน อาจเนื่องมาจากการที่ผู้สูงอายุมีพื้นฐานความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองที่ดี จึงส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ (2559) พบว่า ความรู้เป็นหนึ่งในตัวแปรที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 งานวิจัยของสุวิพชา ประกอบจันทร์ และคณะ (2559) พบว่า ปัจจัย ได้แก่ ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และสอดคล้องกับการศึกษาของ พัชราภรณ์ ไชยสังข์ และคณะ (2553) พบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองที่ผ่านการสาธิตหรือฝึกปฏิบัติ หลังการเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในภาพรวมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จากทฤษฎีความพร้อมในการดูแลของโอเรม เชื่อว่าบุคคลจะเกิดความสามารถในการดูแลสุขภาพและกระทำอย่างต่อเนื่อง ต้องมาจากกระบวนการเรียนรู้ ผ่านการไตร่ตรองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการในการดูแลสุขภาพดังนั้นบุคคลที่ดูแลสุขภาพตนเองได้ย่อมแสดงว่าบุคคลมีความสามารถในการดูแลสุขภาพ สามารถสอดคล้องการดูแลสุขภาพเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวันและสามารถจะปฏิบัติดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Orem, 2001)

การรับรู้ เป็นความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านให้สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มุ่งหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura (1997) ทฤษฎีความสามารถของตนเอง ที่มีพื้นฐานว่าความสามารถของตนเองจะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หรือเพิ่มความสามารถตนเองที่จะปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่มุ่งหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการพัฒนาความรู้ความสามารถของตนเอง และการศึกษาของยุภาพร นาคกลิ้ง และปราณี ทัดศรี (2560) พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุทำให้สามารถลดภาวะเสี่ยงจากความดันโลหิตสูงได้ และสอดคล้องกับการวิจัยของ นิธิมา สุภารี ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การวิเคราะห์ความเป็นเชิงเส้นใช้การวิเคราะห์ความถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) โดยวิธี Enter ยังพบว่าปัจจัยเสริม มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี โดยในภาพรวมของปัจจัยเอื้ออยู่ในระดับสูง ซึ่งพบว่า ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร ค่าเฉลี่ยลำดับรองลงมา และด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้นำชุมชนและเพื่อนบ้าน ค่าเฉลี่ยต่ำสุด ข้อคำถามที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ สมาชิกในครอบครัวพาท่านไปรับการตรวจสุขภาพหรือพบแพทย์ตามนัด และค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุจากสื่อต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ ทีวี วิทยุ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และวรกร เกรียงไกรศักดิ์ (2560) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทางสังคม มีความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมชาย ต่อเพ็ง (2552) พบว่า ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางการแพทย์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และการได้รับคำแนะนำจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาพบว่า ความรู้ การรับรู้ และปัจจัยเสริม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ดังนั้น ควรมีการรณรงค์ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีการกระตุ้นการรับรู้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นปัจจัยเสริม คือ การได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข/บุคลากรทางการแพทย์ การได้รับคำแนะนำจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัว และการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ ช่วยสาธิตวิธีการดูแลตนเองด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเดือนละ 2 ครั้ง ก็จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จังหวัดอุบลราชธานี ด้านความรู้ ทักษะ การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพของตนเองอยู่ในระดับสูง รวมทั้งปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม ก็อยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ซึ่งจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมซึ่งเป็นปัจจัยหลักในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีต้นทุนในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ดี ทั้งนี้ในด้านพฤติกรรมสุขภาพทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ อ. อาหาร อ. ออกกำลังกาย อ. อติเรก อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งควรจะมีกิจกรรมในการส่งเสริมพฤติกรรมทางด้านการเลือกบริโภคอาหาร ส่งเสริมการออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกายที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านสามารถทำได้ รวมถึงการสร้างงานอดิเรกให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้ทำเพื่อคลายความเหงา ในขณะที่ อ. อนามัย อ. อารมณ์ อยู่ในระดับสูง ก็ควรส่งเสริมกิจกรรมด้านสุขภาพ เช่น การพบ 3 หมอเป็นประจำได้แก่ หมอคนที่ 1 หมอประจำบ้าน หมอคนที่ 2 หมอสาธารณสุข และหมอคนที่ 3 หมอครอบครัว เพื่อดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพกาย จิต และสังคมที่ดีต่อไป

References

- กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ และวรากร เกรียงไกรศักดิ์. (2560). การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารสมาคมนักวิจัย, 22(1), 81-97.
- กุลวดี โรจน์ไพศาลกิจ. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย: กรณีศึกษาผู้สูงอายุวัยกลางในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี 28 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2559
- นิธินา สุภารี. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนครสวรรค์ (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์; 2544.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2547. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- พัชรภณธ์ ไชยสังข์, จริยาวัตร คมพยัคฆ์, และวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2553). ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในชุมชน. วารสารมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ, 14(27), 21-36
- ภารดี นานาศิลป์. (2558). แขนความรู้การพยาบาลผู้สูงอายุ: ผู้สูงอายุคือใคร อายุ หรือ ปัจจัยใดช่วยกำหนด. พยาบาลสาร ปีที่ 42 ฉบับพิเศษ ธันวาคม 2558.
- ยุภาพร นาคกลิ้ง และปรานี ทัดศรี. (2560). ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้. วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย, 6(1), 27-35.
- วงเดือน คลื่นแก้ว สมศักดิ์ สีดาฤทธิ และ บุญช่วย ศิริเกษ. (2559). การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของนักเรียนโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 19. วารสารบริหารการศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 12(2), 107-117.
- สมชาย ต่อเพ็ง. (2552) พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา ภาควิชาพลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2562). สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2565). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์.
- สุวิฑิตา ประกอบจันทร์ และคณะ. (2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ตำบลธาตุ อำเภวารินชาราบ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารฉบับพิเศษ ประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยมหาสารคามวิจัย, 12 (ฉบับพิเศษ), 543-552.

- อารียา สอนบุญ และคณะ. (2562). วิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: ความหมายและการจัดการ Way of Elderly Health Care in Community: Meaning and Care Management. วารสารการพยาบาล และการดูแลสุขภาพ, 37(1) : 241-248.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New York: W.H. Freeman.
- Cronbach, L. J. (1990). Essentials of psychological testing (5th ed.). New York : Harper Collins Publishers.(pp.202-204)
- Orem, D.E.(2001).Nursing: Concept of practice(6th ed).St. Louis, MO: Mosby Year Book.

ผลของมาตรการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการแพร่กระจาย
ของไวรัส SARS-CoV-2 สายพันธุ์ต่างๆ ในประเทศไทย

The Impact of Control Measures Against Coronavirus Disease 2019 and
SARS-CoV-2 Variant Outbreaks in Thailand

จันทภา จวนกระจาง, ภิรมย์ น้อยสำแดง, นนท์ธิดา หอมขำ*

Janthapa Juankrajang, Pirom Noisumdaeng, Nontiya Homkham

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Faculty of Public Health, Thammasat University

(Received: October 26, 2023; Revised: November 17, 2023; Accepted: November 18, 2023)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของมาตรการการควบคุมการแพร่ระบาดของโควิด 19 การแพร่กระจายของสายพันธุ์ต่างๆ ของไวรัส Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) และปริมาณการได้รับวัคซีนโควิด 19 ต่อจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 – 31 ธันวาคม 2564 จากฐานข้อมูล Covid-19 Dashboard ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขและฐานข้อมูล Global initiative on sharing all influenza data (GISAID) ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้ติดเชื้อโควิด 19 พบว่า การได้รับวัคซีนครบ 3 เข็มเพิ่มขึ้นจะทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อลดลง ($\text{adjusted incidence rate ratios } [IRR_{\text{adj}}] = 0.86; 95\% \text{ confidence interval } [95\% \text{ CI}] = 0.75 - 0.99$) การใช้มาตรการห้ามชุมนุม และมาตรการ lockdown มีผลทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อลดลง ($IRR_{\text{adj}} = 0.33; 95\% \text{ CI} = 0.11 - 0.95$ และ $IRR_{\text{adj}} = 0.06; 95\% \text{ CI} = 0.04 - 0.32$) ในขณะที่การแพร่กระจายของไวรัสสายพันธุ์สายพันธุ์ Beta และสายพันธุ์ Delta เพิ่มขึ้นจะทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น ($IRR_{\text{adj}} = 1.24; 95\% \text{ CI} = 1.01 - 1.52$ และ $IRR_{\text{adj}} = 1.02; 95\% \text{ CI} = 1.01 - 1.02$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด 19 พบว่า การได้รับวัคซีนครบ 3 เข็มเพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ลดลง ($IRR_{\text{adj}} = 0.84; 95\% \text{ CI} = 0.71 - 0.98$) การใช้มาตรการห้ามชุมนุมมีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ลดลง ($aIRR = 0.18; 95\% \text{ CI} = 0.05 - 0.64$) ในขณะที่ ผู้ติดเชื้อไวรัสสายพันธุ์ Beta และสายพันธุ์ Delta เพิ่มขึ้นมีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น ($IRR_{\text{adj}} = 1.35; 95\% \text{ CI} = 1.03 - 1.76$ และ $IRR_{\text{adj}} = 1.02; 95\% \text{ CI} = 1.01 - 1.03$)

ดังนั้นการใช้มาตรการห้ามชุมนุม และมาตรการ lockdown รวมถึงการได้รับวัคซีนครบ 3 เข็ม เป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยและจำนวนผู้เสียชีวิต อันเป็นผลสำคัญต่อการวางแผนในเชิงนโยบาย ปรับปรุง และพัฒนามาตรการควบคุมและการเฝ้าระวังเชิงรุกต่อโรคอุบัติใหม่ได้ในอนาคต

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, มาตรการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, สายพันธุ์ของไวรัสโคโรนา 2019, วัคซีนเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผู้ให้การติดต่อ* (Corresponding e-mail: nontiya.h@fph.tu.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 025644440-79 ต่อ 7446)

Abstract

This research studied the effects of measures to control the spread of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) and different strains of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) virus, as well as cattle vaccine uptake. The number of Covid-19 infections and fatalities was examined by collecting secondary data between 1 January 2020 to 31 December 2021 from the Ministry of Public Health Department of Disease Control Covid-19 Dashboard database and Global initiative on sharing all influenza data (GISAID) database. According to the results of applying a multivariable model, receiving three additional doses of vaccine reduced infection numbers (adjusted incidence rate ratios [IRR_{adj}] = 0.86; 95% confidence interval [95% CI] = 0.75 – 0.99), and prohibiting gatherings and lockdown measures reduced infections (IRR_{adj} = 0.33; 95% CI = 0.11 - 0.95 and IRR_{adj} = 0.06; 95% CI = 0.04 - 0.32). As Beta and Delta strains spread, infections increased (IRR_{adj} = 1.24; 95% CI = 1.01 - 1.52 and IRR_{adj} = 1.02; 95% CI = 1.01 - 1.02). In addition, receiving complete 3-dose vaccines was associated with a decrease in COVID-19 deaths (IRR_{adj} = 0.84; 95% CI = 0.71 - 0.98), and prohibiting gatherings decreased COVID-19 fatalities (IRR_{adj} = 0.18; 95% CI = 0.05 - 0.64), while Beta infections and Delta increases were associated with increased COVID-19 deaths (IRR_{adj} = 1.35; 95% CI = 1.03 - 1.76 and IRR_{adj} = 1.02; 95% CI = 1.01 - 1.03).

These findings suggest that prohibiting gatherings and offering three vaccine doses are significant means to reduce illness and fatalities. This may be useful for policy planning, developing control measures, and proactively surveilling future emerging diseases.

Keywords: Covid-19, Covid-19 control measures, Spread of SARS-CoV-2 variants, Covid-19 vaccine

บทนำ

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อย่างกว้างขวาง และรวดเร็ว ในหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ เมื่อวันที่ 30 มกราคม พ.ศ.2563 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) จากสถิติรายงานผู้ติดเชื้อเมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ.2564 พบผู้ติดเชื้อสะสมมากกว่า 188 ล้าน

คนจากทั่วทุกมุมโลก ผู้เสียชีวิตสะสมมากกว่า 4 ล้านคน (World Health Organization, 2021) ส่วนในประเทศไทยเผชิญกับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากผู้คนภายในประเทศและผู้ที่เดินทางเข้ามาจากประเทศที่มีการระบาดของโรค ปัจจุบันพบผู้ติดเชื้อสะสมมากกว่า 4.7 ล้านราย และเสียชีวิตสะสมมากกว่า 3.4 หมื่นราย (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

ประเทศต่าง ๆ มีมาตรการการตอบโต้การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แตกต่างกันไป โดยในระยะแรกมีการใช้มาตรการหลัก คือการคัดกรองการเดินทางระหว่างประเทศ ต่อมาการระบาดมีความรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้หลายประเทศปิดการเดินทางระหว่างประเทศลง รวมถึงใช้มาตรการการค้นหาผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงสูง มาตรการจำกัดการชุมนุม รวมถึงมาตรการป้องกันอื่นๆ (World Health Organization, 2021; กายสิทธิ์ แก้วยาศรี และบุญมา สุนทราวิรัตน์, 2564) สำหรับประเทศไทยในระยะแรกใช้กระบวนการคัดกรองการเดินทางระหว่างประเทศ ภายหลังเกิดการระบาดภายในประเทศ ประกอบกับพบผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว (กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค, 2564) จากการติดเชื้อในสนามมวยและในสถานบันเทิง ส่งผลให้มีการระงับการเดินทางระหว่างประเทศ และผู้ที่เดินทางกลับจากต่างประเทศต้องได้รับการกักตัวในสถานที่รัฐจัดให้ (State Quarantine) เป็นเวลา 14 วัน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 (ศบค., 2563) และมีการบังคับใช้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 โดย ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ศบค.) และคณะกรรมการควบคุมโรคติดต่อระดับจังหวัดส่งผลให้มีมาตรการต่างๆ ประกาศ ทั้งประกาศบังคับใช้และขอความร่วมมือของประชาชน โดยมีเป้าหมายเพื่อระงับและยับยั้งการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 และการเยียวยาผู้ได้รับผลกระทบจากมาตรการต่างๆ ที่ภาครัฐประกาศออกมาเพื่อจำกัดการกระจายของโรค (กายสิทธิ์ แก้วยาศรี และบุญมา สุนทราวิรัตน์, 2564) หลังจากการใช้มาตรการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนผู้ติดเชื้อเริ่มลดลง และในปลายเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบว่าไม่มีรายงานการพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เป็นผลมาจากการแพร่เชื้อภายในประเทศ (World Health Organization THAILAND, 2563) ส่งผลให้ประเทศไทยเริ่มผ่อนคลายมาตรการต่างๆ ที่ประกาศบังคับใช้ และมีการประกาศบังคับใช้มาตรการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไวรัสโคโรนา 2019 อีกครั้งหลังพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายใหม่และผู้เสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีการใช้มาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัส 2019 แต่อย่างไรก็ตาม พบว่าไวรัส SARS-CoV-2 มีการกลายพันธุ์ โดยบางสายพันธุ์ เช่น สายพันธุ์ GH (B.1.36.16) ที่พบการระบาดในช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2563 พบผู้ติดเชื้อมากกว่า 100 รายต่อวัน สายพันธุ์ GR/GRY (B.1.1.7) และสายพันธุ์ GK (B.1.617.2) ที่ระบาดในช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 พบผู้ติดเชื้อมากกว่า 1,000 รายต่อวัน ผู้เสียชีวิตมากกว่า 10 รายต่อวัน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เชื้อไวรัส SARS-CoV-2 ที่มีการกลายพันธุ์สามารถแพร่กระจายโรคได้รวดเร็วกว่า รุนแรงกว่าสายพันธุ์ดั้งเดิม

(กรมสุขภาพจิต, 2564) ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรคและการเพิ่มจำนวนของผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิต (GISAID, 2021)

วัคซีนโควิด 19 จึงเป็นอีกแนวทางหนึ่งที่จะช่วยป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 โดยในเดือนธันวาคม พ.ศ.2564 มีผู้ที่ได้รับวัคซีนสะสมมากกว่า 94 ล้านโดสจากทั่วประเทศ ผู้ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 ครอบคลุมร้อยละ 68 และจำนวนผู้ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ (ได้รับวัคซีน 2 เข็ม) ครอบคลุมร้อยละ 59 ซึ่งพบผู้ติดเชื้อรายใหม่และผู้เสียชีวิตน้อยลงกว่าในช่วงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2564 ที่พบผู้ติดเชื้อมากกว่า 10,000 รายต่อวัน ผู้เสียชีวิตมากกว่า 100 รายต่อวัน ซึ่งในขณะนั้นมีผู้ที่ได้รับวัคซีนสะสมประมาณ 28 ล้านโดส ผู้ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 ครอบคลุมประมาณร้อยละ 29 และจำนวนผู้ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ (ได้รับวัคซีน 2 เข็ม) ครอบคลุมประมาณร้อยละ 8 (กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค, 2564; กรมควบคุมโรค, 2564) ถึงแม้ว่าประสิทธิภาพของวัคซีนนั้น จะช่วยลดจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตได้ แต่อย่างไรประสิทธิภาพของวัคซีนอาจจะไม่ได้ครอบคลุมถึงสายพันธุ์ไวรัส SARS-CoV-2 ที่มีการกลายพันธุ์ทั้งหมด ดังนั้นผู้ที่ได้รับวัคซีนจะมีโอกาสที่จะติดเชื้อแต่ความรุนแรงที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตลดลง (กรมควบคุมโรค, 2564)

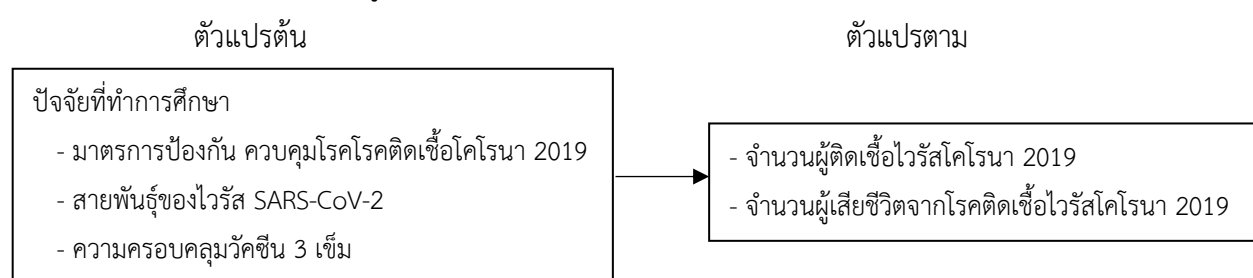
จากสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นว่า สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทยที่มีแนวโน้มของผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นหรือลดลง อาจมีผลเกี่ยวข้องกับปัจจัยของมาตรการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การแพร่กระจายของไวรัส SARS-CoV-2 สายพันธุ์ต่างๆ และการได้รับวัคซีนโควิด 19 การศึกษารังนี้จึงเป็นการศึกษาผลของมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การแพร่กระจายของไวรัส SARS-CoV-2 สายพันธุ์ต่างๆ และการได้รับวัคซีนโควิด 19 ต่อจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นประกอบการวางแผนป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลของมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การแพร่กระจายของไวรัส SARS-CoV-2 สายพันธุ์ต่างๆ และปริมาณการได้รับวัคซีนโควิด 19 ต่อจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิต

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายใหม่และจำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อโคโรนา 2019 ทั้งหมดเป็นรายวัน จากฐานข้อมูล Covid-19 Dashboard ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายใหม่ทั้งหมด 2,223,435 คน และจำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อโคโรนา 2019 ทั้งหมด 21,698 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชากรที่ศึกษาทั้งหมด ซึ่งหมายถึง ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายใหม่ และผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประเทศไทย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายใหม่และจำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อโคโรนา 2019 ทั้งหมดเป็นรายวัน จากฐานข้อมูล Covid-19 Dashboard ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564 จำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายใหม่ทั้งหมด 2,223,435 คน และจำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อโคโรนา 2019 ทั้งหมด 21,698 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สร้างแบบบันทึกข้อมูล ที่ระบุตัวแปรที่มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา เพื่อใช้ในการดึงข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลจากฐานข้อมูล ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ จำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปริมาณการได้รับวัคซีนโควิด-19 จากฐานข้อมูล Covid-19 Dashboard ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2. แบบบันทึกข้อมูลมาตรการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของภาครัฐ
3. แบบบันทึกข้อมูลสายพันธุ์ต่างๆ ของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 จากฐานข้อมูล Global initiative on sharing all influenza data (GISAID) ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 – 31 ธันวาคม 2564

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการดึงข้อมูลตัวแปรตามที่กำหนดในแบบบันทึกข้อมูล โดยดึงข้อมูลจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ปริมาณการได้รับวัคซีนโควิด 19 มาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของภาครัฐ และข้อมูลสายพันธุ์ต่างๆ ของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 variants ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้การวิเคราะห์ตัวแบบการถดถอยทวินามเชิงลบ (generalized negative binomial regression model) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของมาตรการการควบคุมและการแพร่กระจายของสายพันธุ์ต่างๆ ของไวรัสโคโรนา 2019 รวมทั้งปริมาณการได้รับวัคซีนโควิด 19 กับจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายใหม่ และผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการวิเคราะห์ทั้งหมดวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม STATA

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เอกสารรับรองโครงการวิจัย COA. No. 004/2565 เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2565

ผลการวิจัย

จากตารางที่ 1 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 จากการวิเคราะห์เชิงพหุ พบว่า เมื่อมีการใช้มาตรการห้ามชุมนุม และมาตรการ lockdown จะส่งผลให้อัตราผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ลดลงร้อยละ 67 และร้อยละ 94 (adjusted incidence rate ratio [IRR_{adj}] = 0.33; 95% confidence interval [95% CI] = 0.11 - 0.95 และ IRR_{adj} = 0.06; 95% CI = 0.04 - 0.32) เมื่อมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 สายพันธุ์ Beta เพิ่มขึ้น 1 คน จะส่งผลให้อัตราผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น 1.24 เท่า (IRR_{adj} = 1.24; 95% CI = 1.01 - 1.52) และเมื่อมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 สายพันธุ์ Delta เพิ่มขึ้น 1 คน จะส่งผลให้อัตราผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น 1.02 เท่า (IRR_{adj} = 1.02; 95% CI = 1.01 - 1.02) ในขณะที่หากมีความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนครบ 3 เข็มเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 จะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ลดลงร้อยละ 14 (IRR_{adj} = 0.86; 95% CI = 0.75 - 0.99) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19

Variable	Univariable analysis			Multivariable analysis		
	IRR _{crude}	95% CI	P-value	IRR _{adj}	95% CI	P-value
ความครอบคลุมของการได้รับ						
วัคซีนโควิด 19 (ร้อยละ)						
ความครอบคลุมวัคซีน 1 เข็ม	1.09	1.05 - 1.12	<0.001			
ความครอบคลุมวัคซีน 2 เข็ม	1.07	1.02 - 1.12	0.003			
ความครอบคลุมวัคซีน 3 เข็ม	1.66	1.11 - 2.49	0.013	0.86	0.75 - 0.99	0.045
จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจพบ						
สายพันธุ์ของไวรัส SARS-CoV-2						
สายพันธุ์ S (Serine)	0.93	0.91 - 0.95	<0.001			
สายพันธุ์ L (Leucine)	0.04	0.03 - 0.06	<0.001			
สายพันธุ์ B.1.36.16	0.93	0.92 - 0.95	<0.001			
สายพันธุ์ Beta	1.21	1.01 - 1.45	0.041	1.24	1.01 - 1.52	0.036
สายพันธุ์ Alpha	1.01	0.99 - 1.01	0.144			
สายพันธุ์ Delta	1.02	1.01 - 1.02	<0.001	1.02	1.01 - 1.02	<0.001
สายพันธุ์ Omicron	0.99	0.99 - 1.00	0.524			
มาตรการ						
มาตรการห้ามเข้าพื้นที่เสี่ยง/	252.42	65.44 - 973.64	<0.001			
มาตรการป้องกันโรค						
มาตรการปิดสถานที่เสี่ยงต่อ	0.05	0.02 - 0.10	<0.001			
การติดต่อโรค						
มาตรการปิดช่องทางเข้ามา	0.01	0.00 - 0.02	<0.001			
ในราชอาณาจักร						
มาตรการห้ามชุมนุม	0.02	0.01 - 0.05	<0.001	0.33	0.11 - 0.95	0.041
มาตรการงดหรือชะลอการ	0.04	0.02 - 0.09	<0.001			
เดินทางข้ามเขตพื้นที่จังหวัด						
และตรวจคัดกรอง						
มาตรการ lockdown	0.01	0.00 - 0.01	<0.001	0.06	0.04 - 0.32	<0.001
มาตรการห้ามเดินทางและ	0.11	0.06 - 0.19	<0.001			
เคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าว						

IRR_{crude}, Crude incidence rate ratio; adjusted incidence rate ratio, IRR_{adj}, 95% CI = 95% confidence interval

จากตารางที่ 2 แสดงการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด 19 จากการวิเคราะห์เชิงพหุ พบว่า เมื่อมีการใช้มาตรการห้ามชุมนุม จะส่งผลให้อัตราผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ลดลงร้อยละ 82 (IRR_{adj} = 0.18; 95% CI = 0.05 - 0.64) และเมื่อมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2

สายพันธุ์ Beta เพิ่มขึ้น 1 คน จะส่งผลให้อัตราผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น 1.35 เท่า (IRR_{adj} = 1.35; 95% CI = 1.03 - 1.76) และเมื่อมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 สายพันธุ์ Delta เพิ่มขึ้น 1 คน จะส่งผลให้อัตราผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น 1.02 เท่า (IRR_{adj} = 1.02; 95% CI = 1.01 - 1.03) ในขณะที่หากมีความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนครบ 3 เข็มเพิ่มขึ้นร้อยละ 1 จะส่งผลให้อัตราผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ลดลงร้อยละ 16 (IRR_{adj} = 0.84; 95% CI = 0.71 - 0.98) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด 19

Variable	Univariable analysis			Multivariable analysis		
	IRR _{crude}	95% CI	P-value	IRR _{adj}	95% CI	P-value
ความครอบคลุมของการได้รับ						
วัคซีนโควิด 19 (ร้อยละ)						
ความครอบคลุมวัคซีน 1 เข็ม	1.10	1.06 - 1.14	<0.001			
ความครอบคลุมวัคซีน 2 เข็ม	1.08	1.01 - 1.16	<0.001			
ความครอบคลุมวัคซีน 3 เข็ม	1.79	1.03 - 3.14	0.040	0.84	0.71 - 0.98	0.029
จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจพบ						
สายพันธุ์ของไวรัส SARS-CoV-2						
สายพันธุ์ S (Serine)	0.59	0.53 - 0.66	<0.001			
สายพันธุ์ L (Leucine)	0.03	0.01 - 0.07	<0.001			
สายพันธุ์ B.1.36.16	0.88	0.83 - 0.92	<0.001			
สายพันธุ์ Beta	1.29	0.99 - 1.68	0.063	1.35	1.03 - 1.76	0.030
จำนวนผู้ป่วยที่ตรวจพบ						
สายพันธุ์ของไวรัส SARS-CoV-2						
สายพันธุ์ Alpha	1.00	0.99 - 1.01	0.214			
สายพันธุ์ Delta	1.02	1.01 - 1.03	<0.001	1.02	1.01 - 1.03	<0.001
สายพันธุ์ Omicron	0.99	0.99 - 1.00	0.607			
มาตรการ						
มาตรการห้ามเข้าพื้นที่เสี่ยง/	510.86	100.61 - 2594.11	<0.001			
มาตรการป้องกันโรค						
มาตรการปิดสถานที่เสี่ยงต่อ	0.02	0.01 - 0.05	<0.001			
การติดต่อโรค						
มาตรการปิดช่องทางเข้ามา	0.02	0.01 - 0.04	<0.001			
ในราชอาณาจักร						
มาตรการห้ามชุมนุม	0.01	0.01 - 0.02	<0.001	0.18	0.05 - 0.64	0.008

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคโควิด 19 (ต่อ)

Variable	Univariable analysis			Multivariable analysis		
	IRR _{crude}	95% CI	P-value	IRR _{adj}	95% CI	P-value
มาตรการ (ต่อ)						
มาตรการงดหรือชะลอการเดินทางข้ามเขตพื้นที่จังหวัด และตรวจคัดกรอง	0.02	0.01 - 0.04	<0.001			
มาตรการ lockdown	0.02	0.01 - 0.04	<0.001			
มาตรการห้ามเดินทางและเคลื่อนย้ายแรงงานต่างด้าว	0.02	0.01 - 0.02	<0.001			

IRR_{crude}, Crude incidence rate ratio; adjusted incidence rate ratio, IRR_{adj}, 95% CI = 95% confidence interval

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของมาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การแพร่กระจายของไวรัส SARS-CoV-2 สายพันธุ์ต่างๆ และการได้รับวัคซีนโควิด 19 ต่อจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ในที่นี้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ของประเทศไทย จากฐานข้อมูล Covid-19 Dashboard ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 ธันวาคม พ.ศ. 2564

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อย่างรวดเร็วในหลายประเทศทั่วโลก รัฐบาลจึงได้นำมาตรการต่างๆ มาใช้ในการตอบโต้การระบาดของโรคโควิด 19 เช่น มาตรการห้ามการชุมนุมหรือการเว้นระยะห่างทางสังคมมีความจำเป็นยิ่งในการลดการติดต่อของโรค เนื่องจากการพูดคุยถ้ามีฝอยละอองกระจายออกมา ในช่วงการระบาดของโรค จึงมีคำแนะนำว่า ถ้าจะให้ปลอดภัยควรเว้นระยะห่าง 2 เมตร หรือ 6 ฟุต เพื่อหลีกเลี่ยงการติดต่อของโรค การศึกษานี้พบว่า การใช้มาตรการห้ามการชุมนุมมีส่งผลให้อัตราการติดเชื้อโรคโควิด 19 ลดลงร้อยละ 67 (IRR_{adj} = 0.33; 95% CI = 0.11 - 0.95) และส่งผลให้อัตราการเสียชีวิตด้วยโรคโควิด 19 ลดลงร้อยละ 82 (IRR_{adj} = 0.18; 95% CI = 0.05 - 0.64) สอดคล้องกับการศึกษาผลของมาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมต่อการติดเชื้อและเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ในประเทศบราซิล ที่มีการใช้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคม จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้เสียชีวิตลดลงร้อยละ 0.15 และร้อยละ 0.17 ต่อวัน (Andre de Souza Melo et al., 2021) ส่วนในสหรัฐอเมริกา เมื่อใช้มาตรการเว้นระยะห่างทางสังคมอัตราของผู้ป่วยจากการติดเชื้อลดลงร้อยละ 3 (Courtemanche et al., 2020) เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศโคลัมเบียแมริแลนด์ และเวอร์จิเนีย (Jina Mahmoudi et al., 2022) นอกจากนี้มาตรการ Lockdown ยังเป็นมาตรการที่สำคัญเป็นมาตรการที่มีจุดประสงค์เพื่อจำกัดการเคลื่อนไหวและปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของประชาชน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การใช้มาตรการ Lockdown มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการติดเชื้อโรคโควิด 19 โดยลดลงถึงร้อยละ 94 สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศจีนและอินเดีย ซึ่งพบว่าการใช้มาตรการ lockdown จะส่งผลให้จำนวน

ผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 ลดลง (Lau et al., 2020; Thayer et al., 2021) มาตรการ Lockdown ถูกนำมาใช้ภายหลังพบผู้ติดเชื้อเป็นกลุ่มก้อนจากสถานบันเทิงและสนามมวยในกรุงเทพมหานคร ร่วมกับการใช้มาตรการอื่นๆ เช่น ห้ามประชาชนเข้าไปในพื้นที่เสี่ยงต่อการติดโรค ปิดสถานที่เสี่ยงต่อการติดโรค เช่น สนามมวย สนามกีฬา ห้ามบุคคลเดินทางเข้าประเทศไทยยกเว้นบุคคลที่ได้รับการผ่อนผัน ให้ประชาชนงดหรือชะลอการเดินทางข้ามจังหวัด โดยมาตรการ lockdown จะมีประสิทธิภาพในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคนั้นขึ้นอยู่กับความเข้มงวดในการใช้มาตรการ แต่ในขณะเดียวกันก็จะส่งผลกระทบต่อประชาชนและเศรษฐกิจของประเทศด้วย จึงต้องคำนึงถึงความจำเป็นและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นอย่างรอบด้าน รวมทั้งต้องมีมาตรการรองรับผลกระทบที่ตามมาด้วยเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของประชาชน (ศรัณยา สี่มา, 2565) อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ยังมีข้อจำกัด ในการศึกษาปัจจัยกวนอื่นๆ ซึ่งอาจส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ปัจจัยทางสังคม ปัจจัยด้านกฎหมายต่างๆ เช่น ผู้ลักลอบเดินทางตามเขตธรรมชาติ ประชากรแฝงในแต่ละพื้นที่ underlying diseases รวมถึงวิธีการรักษาและการเข้าถึงการรักษา

อย่างไรก็ตามแม้จะมีมาตรการในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในการศึกษาครั้งนี้ ยังพบว่า วิกฤตของการแพร่กระจายของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ SARS-CoV-2 ที่กลายเป็นวิกฤตด้านสาธารณสุขทั่วโลก นับตั้งแต่เกิดขึ้นในช่วงปลายปี พ.ศ. 2563 เชื้อไวรัส SAR-CoV-2 ได้เกิดการกลายพันธุ์หลายครั้ง ส่งผลให้เกิดสายพันธุ์ที่แตกต่างกัน โดยแต่ละสายพันธุ์มีความสามารถในการแพร่เชื้อ และความรุนแรงแตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เมื่อมีการติดเชื้อไวรัส SAR-CoV-2 สายพันธุ์ Beta เพิ่มขึ้น 1 คน จะส่งผลให้อัตราการติดเชื้อโรคโควิด 19 และอัตราการเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นเป็น 1.24 เท่า ($IRR_{adj} = 1.24$; 95% CI = 1.01 - 1.52) และ 1.35 เท่า ($IRR_{adj} = 1.35$; 95% CI = 1.03 - 1.76) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ที่พบว่า โคโรนาไวรัสสายพันธุ์ Beta หรือ B.1.351 มีการกลายพันธุ์หลายตำแหน่งซึ่งเปลี่ยนรูปแบบการติดเชื้อของไวรัสและการเข้าสู่เซลล์ของมนุษย์ และพบว่าสายพันธุ์ดังกล่าวสามารถแพร่เชื้อได้มากกว่าในสายพันธุ์ที่มีอยู่ก่อนหน้านี้ และยังส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงจนนำไปสู่การเสียชีวิตที่มากขึ้นด้วย (Tegally et al., 2020; Abu-Raddad et al., 2022) เช่นเดียวกับเชื้อไวรัส SAR-CoV-2 สายพันธุ์ Delta จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า เมื่อมีการติดเชื้อไวรัส SAR-CoV-2 สายพันธุ์ Delta เพิ่มขึ้น 1 คน จะส่งผลให้อัตราการติดเชื้อโรคโควิด 19 และอัตราการเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้นเป็น 1.02 เท่า ($IRR_{adj} = 1.02$; 95% CI = 1.01 - 1.02) และ 1.02 เท่า ($IRR_{adj} = 1.02$; 95% CI = 1.01 - 1.03) ตามลำดับ สายพันธุ์ Delta พบครั้งแรกในอินเดียเมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2563 ได้รับความสนใจจากนานาชาติ เนื่องจากสามารถแพร่เชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

เมื่อเทียบกับสายพันธุ์ก่อนหน้านี้ การศึกษาของอีเวน คัลลาเวย์ พบว่า เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สายพันธุ์ Delta คาดว่าจะสามารถแพร่เชื้อได้มากกว่าสายพันธุ์ Alpha (B.1.1.7) ประมาณร้อยละ 60 ซึ่งสายพันธุ์ Alpha สามารถแพร่เชื้อได้มากกว่าสายพันธุ์ดั้งเดิมอยู่แล้ว (Volz et al., 2021) การแพร่กระจายอย่างรวดเร็วของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สายพันธุ์ Delta ส่งผลให้มีผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น การศึกษาของเอลิซาเบธ บาสต์ และคณะ พบว่าสายพันธุ์ Delta มีความเสี่ยงที่สูงขึ้นในการเข้ารับการรักษา

รักษาในโรงพยาบาลและมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงกว่าเมื่อเทียบกับสายพันธุ์ก่อนหน้านี้ (Elizabeth Bast et al., 2021) เชื้อไวรัส SARS-CoV-2 สายพันธุ์ Beta และ Delta ต่างเป็นสายพันธุ์สำคัญที่ทำให้การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสายพันธุ์ Delta เนื่องจากพบอัตราการติดเชื้อสูงกว่าเมื่อเทียบกับสายพันธุ์อื่น ของไวรัส SARS-CoV-2 โดยพบข้อสังเกตว่าสายพันธุ์ Delta มีการติดเชื้อเพิ่มขึ้นในทุกทวีป (Manojit Bhattacharya et al., 2023) นอกจากนี้ยังพบว่าเกิดการติดเชื้อซ้ำในผู้ป่วยหลายราย เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดเชื้อซ้ำด้วยสายพันธุ์ Delta แม้ว่าผู้ป่วยจะเคยติดเชื้อด้วยสายพันธุ์อื่นมาก่อน (Mostafa Salehi-Vaziri et al., 2021)

นอกจากนี้แนวทางหนึ่งที่จะช่วยการป้องกันและลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 คือการพัฒนาวัคซีน ในประเทศไทยมีการให้บริการฉีดวัคซีนโควิด 19 หลายชนิด เช่น Sinovac, Pfizer-BioNTech, Moderna, AstraZeneca และวัคซีนอื่นๆ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า การได้รับวัคซีนครบ 3 เข็ม โดยที่การรับวัคซีนครบ 3 เข็ม ที่ไม่ได้ระบุถึงชนิดของวัคซีนแต่อย่างใด ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า เมื่อความครอบคลุมของวัคซีนโควิด 19 ที่ไม่ได้ระบุถึงชนิดของวัคซีนแต่อย่างใด เพิ่มขึ้นร้อยละ 1 จะส่งผลให้อัตราการติดเชื้อโรคโควิด 19 และอัตราการเสียชีวิตจากโรคโควิด 19 ลดลง ร้อยละ 14 ($IRR_{adj} = 0.86$; 95% CI = 0.75 - 0.99) และร้อยละ 16 ($IRR_{adj} = 0.84$; 95% CI = 0.71 - 0.98) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอิสราเอล รายงานว่าวัคซีน Pfizer-BioNTech โดสที่ 3 มีความสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงในการติดเชื้อลง 86-92% เมื่อเทียบกับผู้ที่ได้รับวัคซีนเพียง 2 โดส (Bar-On et al., 2021) และในกลุ่มที่มีโรคประจำตัวหลายโรค การฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นมีอัตราการเสียชีวิตลดลง เมื่อเทียบกับการฉีดวัคซีนเพียง 2 โดส (Lai FTT et al., 2023)

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นการใช้มาตรการห้ามชุมนุม และมาตรการ lockdown รวมถึงการได้รับวัคซีนครบ 3 เข็ม เป็นมาตรการสำคัญที่ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยและจำนวนผู้เสียชีวิต อันเป็นผลสำคัญต่อการวางแผนในเชิงนโยบาย ปรับปรุง และพัฒนามาตรการควบคุมและการเฝ้าระวังเชิงรุกต่อโรคอุบัติใหม่ที่มีความคล้ายคลึงกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับกรมควบคุมโรคได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดของข้อมูลที่จะนำมาใช้วิเคราะห์เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องอยู่หลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยทางสังคม กฎหมาย เช่น ผู้ลักลอบเดินทางตามเขตธรรมชาติ, ประชากรแฝงในแต่ละพื้นที่, โรคประจำตัว (underlying diseases), การเข้าถึงการรักษา, ยาต้านไวรัส, ระบบสุขภาพ ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจจะมีความเกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์ต่อการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของจำนวนผู้ป่วยและจำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงควรมีการศึกษาหรือเก็บข้อมูลปัจจัยเหล่านี้มาวิเคราะห์ต่อไป

2. การศึกษามาตรการการควบคุมโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 ในครั้งนี้มีข้อจำกัดในการศึกษามาตรการที่ประกาศใช้ครอบคลุมทั้งประเทศ ซึ่งในการใช้มาตรการในระยะหลังเป็นการ

กำหนดพื้นที่สถานการณ์ตามการแพร่ระบาด เป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวด พื้นที่ควบคุมสูงสุด และพื้นที่ควบคุม จึงควรมีการศึกษาหรือเก็บข้อมูลแยกตามจังหวัดตามสถานการณ์ที่กำหนดมาวิเคราะห์ต่อไป

References

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). คู่มือการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับประชาชน (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
- กรมควบคุมโรค. (2564). สถานการณ์การฉีดวัคซีนโควิด 19. (ออนไลน์). วันที่สืบค้น 10 ธันวาคม 2564, เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/diaryPresentMonth/12/10/2021>.
- กรมควบคุมโรค. (2564). แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การแพร่ระบาด ปี 2564 ของประเทศไทย: บริษัท ทีเอส อินเทอร์เน็ต จำกัด
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). สถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 ภายในประเทศรายสัปดาห์. (ออนไลน์). วันที่สืบค้น 19 ตุลาคม 2566, เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>.
- กรมสุขภาพจิต. (2564). รู้จัก เข้าใจ และพร้อมรับมือ การกลายพันธุ์ของไวรัสโคโรนา 2019. (ออนไลน์). วันที่สืบค้น 12 สิงหาคม 2564, เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=2295>.
- กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค. (2564). สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19 อัปเดตรายวัน. (ออนไลน์). วันที่สืบค้น 12 สิงหาคม 2564, เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>.
- กายสิทธิ์ แก้วยาศรี และบุญมา สุนทรวีรัตน์. (2564). แนวทางการดำเนินงานและผลกระทบจากโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส (โควิด-19) จังหวัดเลย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 7(1), 16-34.
- ศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโคโรนา2019 (โควิด-19)(สบค.). (2563). (ออนไลน์). วันที่สืบค้น 12 สิงหาคม 2564, เข้าถึงได้จาก <http://www.moicovid.com>.
- ศรันยา สี่มา. (2565). มาตรการปิดเมือง (Lockdown) กับการควบคุมโรคโควิด 19 ในประเทศไทย. (ออนไลน์). วันที่สืบค้น 19 ตุลาคม 2566, เข้าถึงได้จาก <https://library.parliament.go.th/th/radioscript-rr2565-jan3>.
- Abu-Raddad LJ, Chemaitelly H, Ayoub HH, et al. (2022). Severity, Criticality, and Fatality of the Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Beta Variant. Clin Infect Dis, 75(1), 1188-1191.
- Bar-On, Y. M., Goldberg, Y., Mandel, M., Bodenheimer, O., Freedman, L., Kalkstein, N., Huppert, A. (2021). Protection against Covid-19 by BNT162b2 booster across age groups. New England Journal of Medicine, 385(26), 2421-2430.

- Bhattacharya M, Chatterjee S, Sharma AR, Lee SS, Chakraborty C. (2023). Delta variant (B.1.617.2) of SARS-CoV-2: current understanding of infection, transmission, immune escape, and mutational landscape. *Folia Microbiol (Praha)*, 68(1),17-28.
- Courtemanche, C., Garuccio, J., Le, A., Pinkston, J., & Yelowitz, A. (2020). Strong social distancing measures in the United States reduced the COVID-19 growth rate. *Health Affairs*, 39(7), 1237-1246.
- de Souza Melo, A. da Penha Sobral, AIG. Marinho, MLM. Duarte, GB. Vieira, AA. Sobral, MFF. (2021). The impact of social distancing on COVID-19 infections and deaths. *Trop Dis Travel Med Vaccines*, 7(1), 12.
- Bast, E., Tang, F., Dahn, J., Palacio, A. Increased risk of hospitalisation and death with the delta variant in the USA. *Lancet Infect Dis*. 2021 Dec;21(12):1629-1630.
- GISAID. (2021). Phylodynamics of pandemic coronavirus in ASEAN 2021. Retrieved 10 September 2021, from <https://www.gisaid.org/phylodynamics/asean/>.
- Lai, FTT., Yan, VKC., Ye, X., Ma, T., Qin, X., Chui, CSL., Li, X., Wan, EYF., Wong, CKH., Cheung, CL., Li, PH., Cheung, BMY., Lau, CS., Wong, ICK., Chan, EWY.. (2023) Booster vaccination with inactivated whole-virus or mRNA vaccines and COVID-19-related deaths among people with multimorbidity: a cohort study. *CMAJ*, 195(4), 143-152.
- Lau, H., Khosrawipour, V., Kocbach, P., Mikolajczyk, A., Schubert, J., & Bania, J. (2020). The positive impact of lockdown in Wuhan on containing the COVID-19 outbreak in China. *Journal of Travel Medicine*, 27(3), taaa037.
- Mahmoudi, J., Xiong, C. (2022). How social distancing, mobility, and preventive policies affect COVID-19 outcomes: Big data-driven evidence from the District of Columbia-Maryland-Virginia (DMV) megaregion. *PLoS One*, 17(2), e0263820.
- Salehi-Vaziri M, Jalali T, Farahmand B, Fotouhi F, Banifazl M, Pouriaeyali MH, Sadat Larijani M, Afzali N, Ramezani A. (2021). Clinical characteristics of SARS-CoV-2 by re-infection vs. reactivation: a case series from Iran. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*, 40(8), 1713-1719.
- Tegally, H., et al. (2020). Emergence and rapid spread of a new severe acute respiratory syndrome-related coronavirus 2 (SARS-CoV-2) lineage with multiple spike mutations in South Africa. *MedRxiv*.

- Thayer, WM., Hasan, MZ., Sankhla, P., Gupta, S. (2021). An interrupted time series analysis of the lockdown policies in India: a national-level analysis of COVID-19 incidence. *Health Policy Plan*, 36(5), 620-629.
- Volz, E., Mishra, S., Chand, M., et al. (2021). Transmission of SARS-CoV-2 lineage B.1.1.7 in England: Insights from linking epidemiological and genetic data. *Nature*, 593(7858), 266-269.
- World Health Organization. (2020). Novel-coronavirus 2019. Retrieved 15 July 2021, from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>.
- World Health Organization. (2021). WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard 2021. Retrieved 15 July 2021, from <https://covid19.who.int/>.
- World Health Organization THAILAND. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19). (ออนไลน์). วันที่สืบค้น 9 ธันวาคม 2564, เข้าถึงได้จาก https://cdn.who.int/media/docs/default-source/searo/thailand/2020-07-29-tha-sitrep-98-covid19-th.pdf?sfvrsn=5db4906b_0.

**ผลสะท้อนของนวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยา
เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
Reflection of the Psychological Counseling Innovation
For Healthcare Professionals' Psychological Immunity Enhancement**

สินีนาว วิทยพิเชฐสกุล¹, เพ็ญนภา กุลนภาดล² และชนัดดา แนนเพชร³

Sineenart Witayapichetsakul¹, Pennapha Koolnaphadol², Chanudda Nabkasorn³

¹นิสิตปริญญาเอก หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการปรึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

²รองศาสตราจารย์ประจำสาขาจิตวิทยาการปรึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาประยุกต์ คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

³รองศาสตราจารย์ประจำสาขาวิชาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

¹Student (Ph.D.) Counseling Psychology, Faculty of Education, Burapha University

²Associate Professor, Division of Counseling Psychology, Faculty of Education, Burapha University

³Associate Professor, Division of Psychiatric and Mental Health, Faculty of Nursing, Burapha University

(Received: September 1, 2023; Revised: November 29, 2023; Accepted: November 30, 2023)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลสะท้อนของนวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 10 คน คือ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และนักสาธารณสุข จำนวนวิชาชีพละ 2 คน ทำงานในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย และอายุมากกว่า 30 ปี ที่เข้ารับนวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเกี่ยวกับภูมิคุ้มกันทางใจ และแนวทางในการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ และผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ได้ค่าการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์กับวัตถุประสงค์ เท่ากับ 0.80 โดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง ด้วยการเลือกแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการสะท้อนการวิเคราะห์แก่นสาระ ผลการวิจัยพบว่า บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขได้สะท้อนเกี่ยวกับนวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาว่า สามารถเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจให้ดีขึ้น เข้าใจตัวเองมากขึ้นในประเด็นอารมณ์ความรู้สึกของตัวเอง ที่สอดคล้องกับเทคนิคการตระหนักรู้และมีสติมากขึ้นต่อการดำรงอยู่ และสามารถมองมุมใหม่กับเรื่องราวที่กระทบเข้ามาได้ ทำให้เบาใจ โล่งใจและจัดการสิ่งที่อยู่ตรงหน้าเพื่อก้าวเดินต่อไปได้ และที่สำคัญได้เทคนิคทางความคิดที่ทำให้ตัวเองได้ทบทวน และวิเคราะห์ความคิดของตัวเองผ่านกระบวนการโต้แย้งทางความคิด ทำให้ปรับความคิดได้อย่างสมเหตุสมผล ดังนั้น นวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจนี้สามารถนำไปใช้ได้ เหมาะกับผู้ที่สนใจ ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เช่น นักจิตวิทยาการปรึกษา คำสำคัญ: การสะท้อนการวิเคราะห์แก่นสาระ, ภูมิคุ้มกันทางใจ, นวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยา, บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sineenart@scphc.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 08 9454 5579)

Abstract

The purpose of the qualitative research was to examine the reflections on the psychological counseling innovation for healthcare professionals' psychological immunity enhancement. The 10 target populations include medical physicians, dentists, registered nurses and public health officers, all aged over 30, working in the eastern region of Thailand. The researcher-designed innovation comprised 8 sessions, each lasting 90 minutes. In-depth interviews were conducted with healthcare professionals to explore psychological immunity, along with guidelines for its enhancement. The evaluation involved the input of 5 experts, resulting in an Index of item Objective Congruence: IOC of 0.80. The study employed a combination of purposive sampling, and data collection utilized semi-in-depth structured interviews. Subsequently, data analyses involved reflexive thematic analysis. The findings revealed that healthcare professionals reflected on the innovation's effectiveness in improving psychological immunity. This was achieved through increased awareness centered on being, reframing perspectives, and analyzing one's thoughts using specific techniques. Consequently, the innovative psychological counseling approach for enhancing psychological immunity is deemed suitable for those interested in psychological counseling, such as counseling psychologists.

Keywords: Reflexive thematic analysis, Psychological Immunity, Psychological Counseling Innovation, Healthcare Professionals

บทนำ

ปัจจุบันโลกมีการเปลี่ยนแปลงของการเรียนรู้ การเข้ามาของเทคโนโลยีใหม่ ๆ ที่ทำให้ก่อให้เกิดอาชีพใหม่ ๆ และเกิดการทำลายล้างบางธุรกิจที่ปรับตัวไม่ได้ ดังนั้นการดำเนินชีวิตในยุคผันผวนนี้ จำเป็นต้องมีภูมิคุ้มกันทางใจที่ดีในแต่ละบุคคลในทุกสายอาชีพ เพราะการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของเทคโนโลยี การแข่งขันที่มีความรุนแรงทุกภาคส่วน สภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ และสังคมที่เปลี่ยนแปลง ทำให้องค์กรต่างได้รับผลกระทบ ซึ่งเรียกสถานการณ์นี้ว่า “VUCA World” โดยคำนี้ถูกใช้ครั้งแรกใน U.S. Army War College เพื่ออธิบายสถานการณ์หลังจากเหตุการณ์สงครามเย็นในปี พ.ศ.2534 ที่เต็มไปด้วยความรุนแรงของสงครามอิรักและอัฟกานิสถาน และแพร่หลายในวงการอื่น ๆ และเป็นคำที่นิยมในช่วงทศวรรษ 2000 ที่เป็นยุคของความผันผวน ยากต่อการคาดเดา มีความซับซ้อนสูง อีกทั้งคลุมเครือเกินกว่าจะอธิบายได้ ซึ่งความหมายมาจากคำดังนี้ V: Volatility ความผันผวน ที่ยากต่อการคาดเดา เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลัน U: Uncertainty ความไม่แน่นอนสูง ไม่มีความชัดเจน และยากต่อการอธิบาย C:

Complexity ความซับซ้อนสูง ที่มีปัจจัยและรายละเอียดมากเพื่อประกอบการพิจารณา และ A: Ambiguity ความคลุมเครือ ที่เต็มไปด้วยความไม่แน่นอน ยากต่อการคาดเดาผลลัพธ์ (วิกิพีเดีย, 2566)

หลังจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19, COVID-19) จึงเกิดการอธิบายโลกยุคใหม่ด้วยคำว่า BANI World (B: Brittle ความเปราะบาง, A: Anxious ความกังวล, N: Nonlinear คาดเดาได้ยาก และ I: Incomprehensible ความไม่เข้าใจ) ที่ถูกสร้างคำนี้โดยนักมานุษยวิทยา นักเขียน และนักอนาคตศาสตร์ชาวอเมริกัน Jamais Cascio ที่อธิบายว่าเป็นโลกแห่งความเปราะบางและคาดเดายาก ที่เต็มไปด้วยความวิตกกังวล โดย VUCA ทำหน้าที่หลักเพื่อสร้างความหมายในการเผชิญกับความไม่แน่นอนในโลกที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีความเชื่อมโยง และมีความเป็นดิจิทัลมากขึ้น โดย Jamais Cascio กล่าวว่า “สิ่งที่เคยผันผวนมาก ๆ หมดความน่าเชื่อถือ บุคคลไม่รู้สึกถึงความไม่แน่นอนอีกต่อไป แต่เพิ่มระดับเป็นความวิตกกังวล ระบบต่าง ๆ ไม่ได้ซับซ้อนอีกต่อไป แต่มันกลายเป็นความไม่เป็นเส้นตรง สิ่งที่เคยคลุมเครือ กลายเป็นสิ่งที่เราไม่สามารถเข้าใจได้” (วิกิพีเดีย, 2566)

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างมากมายนี้นำมาซึ่งความไม่มั่นคงของสิ่งต่าง ๆ ดังนั้น การตั้งรับที่ดี การเตรียมตัวเองให้พร้อมอยู่เสมอ ด้วยการสร้างภูมิคุ้มกันทางใจที่ดี การฝึก Learn, Relearn และ Unlearn การเรียนรู้องค์ความรู้ใหม่ ๆ เพื่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการแก้ปัญหาทางออก ที่มีความยืดหยุ่น (Dunlap & Lowenthal, 2013) จากการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่จะเห็นว่าในวงการแพทย์และสาธารณสุขนั้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นบุคคลที่สำคัญและใกล้ชิดกับความเจ็บป่วยและสุขภาพของมนุษย์ จึงมีภาระหน้าที่ที่กดดันจากทรัพยากรที่จำกัด ระบบงาน และการสื่อสารกับบุคคลภายในและภายนอกองค์กร และวงการ ทำให้ต้องรู้เท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลง ต้องเปิดใจ ต้องยอมรับต่อสิ่งที่ล้มเหลวหรือข้อผิดพลาด จะเห็นได้จากผู้นำและหน่วยงานต่าง ๆ ได้มีการเตรียมตัวโดยการเสริมความแข็งแกร่งทางจิตใจให้กับทีม การสร้างวัฒนธรรมการทำงานที่ส่งเสริมดูแลเกี่ยวกับจิตใจของบุคลากร การฝึกอบรมบุคลากรให้มีความยืดหยุ่น พร้อมรับต่อสิ่งต่าง ๆ จัดหารูปแบบและวิธีการที่หลากหลาย ด้วยองค์ความรู้ใหม่ ๆ เช่น เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ มาช่วยวางแผนและพัฒนาการทำงาน และลดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ความเหนื่อยล้า และความรู้สึกต่าง ๆ ที่อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

ผู้วิจัยจึงได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นบุคคลสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในช่วงการแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา ได้เข้าร่วมนวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ ที่บูรณาการเทคนิคการศึกษาผสมผสานเทคนิควิธี ที่มีจำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที เพื่อสะท้อนผลของทักษะการศึกษา เทคนิคการศึกษาตามทฤษฎีการศึกษา องค์ประกอบของภูมิคุ้มกันทางใจ รูปแบบการให้การปรึกษา เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนานวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาผลสะท้อนของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีต่อวัตรกรรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เน้นการตีความที่เน้นความสำคัญของประสบการณ์และความรู้สึกของบุคคล ตลอดจนการทำความเข้าใจความหมายของสิ่งหนึ่งสิ่งใดกระจ่างชัดเจนขึ้น (Usher, 1996) บนพื้นฐานของกระบวนการที่ค้นคว้าตีความ จากที่เป้าหมายของงานวิจัยนี้ คือ การค้นหาความจริงจากการสะท้อนผลของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวกับผลของการได้รับวัตรกรรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ทำงานภูมิภาคตะวันออกของประเทศไทย โดยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi Structured Interview)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยนี้ เป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ทำงานในภูมิภาคตะวันออก ประเทศไทยและอายุมากกว่า 30 ปี มีประสบการณ์การทำงานในวิชาชีพอย่างน้อย 10 ปี ผู้ให้ข้อมูลเต็มใจที่จะให้ข้อมูลและอนุญาตให้บันทึกเสียง จากการหาขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้มาจากการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G*Power เวอร์ชัน 3.1.9.7 โดยกำหนดค่า Test family เป็น F-test ใช้ Statistical test เป็น ANOVA: Repeated measures, within-between interaction ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสม 20 คน โดยผู้วิจัยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มควบคุม 10 คน จำนวน 20 คน โดยมีขั้นตอนการได้มาของกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) เป็นการสุ่มแบบใช้ความน่าจะเป็นที่ขยายต่อการสุ่มแบบกลุ่ม (Cluster Random Sampling) โดยมีการสุ่มย่อยออกเป็นหลายชั้นและสุ่มจากระดับชั้นที่ใหญ่ที่สุด จนถึงระดับที่น้อยที่สุด ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจง (จิตติรัตน์ แสงเลิศอูทัย, 2560) คือ ผู้ที่เข้าร่วมวิจัยของกลุ่มทดลองที่ผ่านการได้รับวัตรกรรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ 2 คน ทันตแพทย์ 2 คน เภสัชกร 2 คน พยาบาลวิชาชีพ 2 คน และนักสาธารณสุข 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. วัตรกรรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ จำนวน 8 ครั้ง ครั้งละ 90 นาที ที่ประกอบด้วยการบูรณาการเทคนิคการปรึกษา เทคนิคการปรึกษาที่นำมาบูรณาการ ประกอบด้วย เทคนิคการสร้างสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เทคนิคการตระหนักรู้หรือสติมากขึ้นต่อการดำรงอยู่ เทคนิคทางความคิด เทคนิคการตั้งคำถาม เทคนิคการมองในมุมใหม่ เทคนิคการตั้งชื่อให้กับปัญหา เทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบ เทคนิคการสรุปและมุ่งประเด็น เทคนิคการให้ข้อมูลย้อนกลับ การผสมผสานรูปแบบการปรึกษา คือ การปรึกษาแบบพบหน้า การปรึกษาแบบออนไลน์ และการปรึกษาแบบเรียนรู้ด้วยตนเอง ในองค์ประกอบของภูมิคุ้มกันทางใจ

จำนวน 4 องค์ประกอบ คือ การควบคุมตัวเอง การมองโลกในแง่ดี พลังแห่งการฟื้นตัว และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) พิจารณาถึงความถูกต้อง ความเหมาะสม และความสอดคล้องของเนื้อหา วัตถุประสงค์ การเลือกใช้เทคนิคการปรึกษา รูปแบบกิจกรรม การดำเนินการ และการประเมินผลที่ใช้ในการปรึกษาแต่ละครั้ง และความถูกต้องของภาษา ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน จำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โดยส่ง Link และแผ่นประชาสัมพันธ์ไปตามกลุ่มวิชาชีพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์ อย่างสมัครใจและมีความเป็นอิสระในการเข้าร่วมโครงการวิจัย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 5 สาขา คือ แพทย์ 1 คน ทันตแพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน และนักสาธารณสุข 1 คน หลังจากนั้นจึงนำนวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาฉบับนำไปใช้ไปดำเนินการทดลองกับกลุ่มตัวอย่างจริง

2. ผู้วิจัย ได้เตรียมความรู้เกี่ยวกับภูมิคุ้มกันทางใจ นวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาที่ประกอบด้วยทักษะการปรึกษา เทคนิคการปรึกษาและทฤษฎีการปรึกษาที่เกี่ยวข้อง องค์ประกอบที่สำคัญของภูมิคุ้มกันทางใจในนวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยา รูปแบบการปรึกษา และแนวทางการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับสร้างคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก มีการตรวจสอบสามเส้าด้านผู้วิจัย (Investigator Triangulation) (บุษกร เชี่ยวจินตาทานต์, 2561) และด้านวิธีเก็บรวบรวมข้อมูลร่วมด้วย คือ การสังเกต และการจดบันทึก (Field Note) ขณะสัมภาษณ์เชิงลึกนั้นได้สังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant Observation)

3. แบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะคำถามแบบปลายเปิด มีประเด็นเนื้อหาที่สำคัญเกี่ยวกับเทคนิคการปรึกษาและทฤษฎีการปรึกษาที่เกี่ยวข้อง องค์ประกอบของภูมิคุ้มกันทางใจที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการปรึกษา และแนวทางการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ของนวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 10 ข้อคำถาม และผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของเนื้อหาเกี่ยวกับแนวคำถาม ความสอดคล้องระหว่างแนวคำถามในการสัมภาษณ์กับวัตถุประสงค์ โดยใช้ค่าการวิเคราะห์ดัชนีความสอดคล้องของแบบสัมภาษณ์กับจุดประสงค์ (IOC: Index of Item Objective Congruence) (สุภางค์ จันทวานิช, 2559) ได้คะแนน 0.80 แสดงว่าความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อคำถามทั้งหมดมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ สามารถวัดได้ตรงต่อการสัมภาษณ์ได้

4. อุปกรณ์ที่ใช้ในการสัมภาษณ์ เช่น เครื่องบันทึกเสียง สมุดจด และปากกา การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลวิจัยด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งงานวิจัยนี้ศึกษาผลสะท้อนของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีต่อนวัตกรรมการบริการเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาทีต่อคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลควบคู่ไปกับการเก็บรวบรวมข้อมูลของแต่ละครั้งที่สัมภาษณ์ ภายใน 24 ชั่วโมง ผู้วิจัยถอดทุกคำพูดการให้สัมภาษณ์ออกเป็นตัวอักษร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยกระบวนการการสะท้อนการวิเคราะห์แก่นสาระ (Reflexive Thematic Analysis; Reflexive TA) เพื่อมุ่งหาที่เป็นแบบแผนทั่วไป 6 ขั้นตอน (Braun, & Clarke, 2019) คือ

- 1) การทำความเข้าใจและความคุ้นเคยกับข้อมูลที่สัมภาษณ์ได้ (Familiarizing with data)
- 2) การระบุรหัสข้อมูลเบื้องต้น (Generating initial codes)
- 3) การพัฒนาให้ได้แก่นสาระของข้อมูล (Searching for themes)
- 4) การทบทวนแก่นสาระของข้อมูล (Reviewing themes)
- 5) การให้คำนิยามและปรับชื่อแก่นสาระของข้อมูล (Defining and naming themes)
- 6) การนำเสนอผลงาน (Producing report)

ซึ่งการวิจัยนี้มีการกำกับคุณภาพของการวิเคราะห์ 15 เกณฑ์ คือ

- 1) ผู้วิจัยถอดความจากการสัมภาษณ์ให้ละเอียดและครบถ้วน โดยตรวจสอบเอกสารถอดความกับไฟล์เสียงต้นฉบับเพื่อความถูกต้องและครบถ้วน
- 2) ผู้วิจัยให้ความสนใจข้อมูลวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน
- 3) แก่นสาระของข้อมูลจะไม่ได้มาจากคำพูดเพียงไม่กี่คำพูดของผู้ให้ข้อมูล แต่ต้องมาจากการวิเคราะห์ที่ถี่ถ้วนของผู้วิจัย
- 4) ผู้วิจัยนำข้อความที่เกี่ยวข้องกับแต่ละแก่นสาระของข้อมูลมารวมกัน
- 5) ผู้วิจัยตรวจสอบความสัมพันธ์เชื่อมโยงของแต่ละแก่นสาระของข้อมูล และผู้วิจัยตรวจสอบย้อนกลับที่ข้อมูลวิจัย
- 6) แก่นสาระที่ระบุจะต้องมีความสอดคล้องและความแตกต่าง แต่แก่นสาระนั้นต้องไม่ทับซ้อนกัน
- 7) ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์โดยการทำความเข้าใจข้อมูลแบบไม่ใช่การทวนความ
- 8) การวิเคราะห์และข้อมูลวิจัยต้องสอดคล้องระหว่างกัน
- 9) การวิเคราะห์สามารถบอกเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับข้อมูลวิจัยและหัวข้อการวิจัยได้อย่างมีเหตุผลและมีความเป็นระบบ
- 10) นำเสนอและวิเคราะห์ข้อมูล
- 11) ผู้วิจัยต้องใช้เวลาอย่างเต็มที่กับการวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละขั้น
- 12) ผู้วิจัยระบุฐานคิดเชิงทฤษฎีหรือรูปแบบที่ชัดเจน

- 13) ข้อมูลมีความสอดคล้องระหว่างสิ่งที่ระบุว่าจะทำและสิ่งที่ได้ทำ
- 14) ภาษาที่ใช้ในรายงานการวิจัยสอดคล้องกับท่าทีเชิงปรัชญาของการวิเคราะห์ข้อมูล
- 15) ผู้วิจัยต้องมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย

จริยธรรมวิจัย / การพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยเคารพสิทธิและคุ้มครองสิทธิของผู้ให้ข้อมูล ด้วยการผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี (เลขที่ใบรับรอง IRB4-038/2566) ลงวันที่ 9 มีนาคม 2566 มีรายละเอียดดังนี้ การให้ความยินยอม ผู้ให้ข้อมูลได้รับการชี้แจงรายละเอียด โดยมีสิทธิ์บอกเลิกการเข้าร่วมได้ตลอดเวลาและไม่มีผลกระทบใด ๆ และได้ลงนามในหนังสือยินยอม การเคารพสิทธิส่วนบุคคล ที่ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลทั้งการนัดหมาย การขออนุญาตต่าง ๆ และการเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ข้อมูลถูกนำเสนอโดยใช้รหัสและนำเสนอเป็นภาพรวม

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลคือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 10 คน ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ และนักสาธารณสุข วิชาชีพละ 2 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 4 เท่า มีอายุเฉลี่ยที่ 41.50 ปี มีประสบการณ์การทำงานในประเทศไทยเฉลี่ยที่ 18 ปี

ข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสรุปประเด็นการวิเคราะห์แก่นสาระเกี่ยวกับผลสะท้อนของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีผลต่อนวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจที่ทำงานในภูมิภาคตะวันออกของประเทศไทย สามารถจำแนกออก 4 ประเด็นหลัก คือ เทคนิคการปรึกษาและทฤษฎีการปรึกษาที่เกี่ยวข้อง องค์ประกอบของภูมิคุ้มกันทางใจที่เกี่ยวข้อง รูปแบบการปรึกษา และแนวทางการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ของนวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

เทคนิคการปรึกษาและทฤษฎีการปรึกษาที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนระบุว่า นวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยามีเทคนิคที่ดี ที่เป็นทักษะการปรึกษาหรือเทคนิคการปรึกษาที่ทางผู้วิจัยได้นำมาใช้จนน่าเรียนรู้ ไม่ซ้ำซากจนเบื่อหน่าย ทุกคนต่างพึงพอใจกับการปรึกษาครั้งแรกที่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้สำรวจสภาพปัญหาของตนเอง เพราะได้เข้าใจ รับรู้ในความรู้สึกของตัวเองอย่างแท้จริงที่ปกติไม่ได้ให้ความสำคัญ ในเทคนิคการตระหนักรู้หรือสติมากขึ้นต่อการดำรงอยู่ (Centered Awareness of Being) และการปรึกษาครั้งที่ 3 และ 7 ที่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้พิจารณาเรื่องราวในมุมมองใหม่ กับเทคนิคการมองในมุมใหม่ (Reframing) และการปรึกษาครั้งที่ 5 และ 6 ที่ให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้ฝึกทบทวนความคิดของตนเอง ในเทคนิคทางความคิด โดยทุกคนต่างระบุว่า หากไม่มีกิจกรรมครั้งแรกก็อาจไม่เข้าใจตัวเอง โดยเฉพาะอารมณ์ความรู้สึก และความคิดที่แท้จริงของตัวเอง ซึ่งมีความสอดคล้องกับแบบบันทึกผลการปรึกษารายบุคคลที่สะท้อนประเด็นการเรียนรู้ ความรู้สึกที่ได้รับ และการ

นำไปใช้จากสิ่งที่ได้หลังจากการเข้าร่วมการปรึกษา และผลการวิเคราะห์งานวิจัยเชิงปริมาณ คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขกลุ่มทดลองที่ได้รับนวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ มีภูมิคุ้มกันทางใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งในระยะหลังทดลองและระยะติดตามผล ดังคำพูดนี้ของ คุณเอ คุณซี และคุณวี

“โอเคกับกิจกรรมครั้งแรกนะ ที่ทำให้พี่เข้าใจตัวเองว่าคิดอะไร รู้สึกอะไร เป็นอย่างไร ทำให้ชัดเจนในความต้องการของตัวเอง รวมถึงทำให้ชัดที่จะสื่อสารกับคนอื่นด้วย ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ ที่ทำให้พี่กระตุ้นก็เป็นที่ฝึกให้เข้าใจในอีกมุม และที่ดูคลิปลั่น ๆ มันสะท้อนและทำให้พี่นึกคิดอะไรใหม่ ๆ ต่อการใช้ชีวิตนะ”

(คุณเอ เพศหญิง อายุ 49 ปี)

“เท่าที่จำได้ กิจกรรมมีทั้งหมด 8 มัย ผมก็ว่าไม่น่าเบื่อ แต่ก็ยาวไปนิด ผมโอเคกับครั้งแรกที่ให้ผมได้ชัดเจนกับตัวเองโดยเฉพาะความรู้สึก การมีสตินะ แล้วก็ฝึกให้ผมคิดอย่างมีเหตุผลขึ้น ตัวอักษรอะไรนะ ABCDEF ที่มีเรื่องราวให้พี่ฟังและดู และฝึกคิดให้มีเหตุผลตามความเป็นจริง มันก็ได้อีกมุมหนึ่งเหมือนกัน ฮา”

(คุณซี เพศชาย อายุ 44 ปี)

“กิจกรรมเยอะมาก แต่ก็พอได้อยู่แหละ ใช้เวลานานไป ครั้งแรกก็ชวนให้อยากเข้าร่วมต่อนะ เพราะว่ามันทำให้ชัดกับตัวเอง แบบมีสติขึ้น เลยตัดสินใจเข้าร่วมต่อ และแล้วก็โอเคกับที่พี่ฝึกมองในอีกมุมหนึ่ง ก็ได้มุมมองใหม่ ๆ ก็ไม่น่าเชื่อว่าตัวเองก็มองได้ ฮ่า และที่คิดอะไรเยอะ ๆ น่าปวดหัว แต่มันก็ดี หายใจลึก ๆ แล้วก็กลับมาทำใหม่ ก็อืม....ก็คิดได้ดีขึ้น ประมาณนี้”

(คุณวี เพศชาย อายุ 48 ปี)

องค์ประกอบของภูมิคุ้มกันทางใจที่เกี่ยวข้องกับนวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองหลังจากที่เข้าร่วมนวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาว่า การที่จะบุคคลเกิดภูมิคุ้มกันทางใจได้นั้น ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล ที่ได้รับประสบการณ์จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลก็เกิดภูมิคุ้มกันทางใจเพิ่มขึ้นจากการบอกเล่าหรือจากเรื่องเล่าของบุคคลในสื่อของนวัตกรรมการศึกษา และการฝึกฝนตามทักษะและเทคนิคการศึกษาที่ได้จากนวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยา ผู้ให้ข้อมูลต่างเห็นถึงความสำคัญขององค์ประกอบของภูมิคุ้มกันทางใจที่มีในนวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาทั้ง 4 องค์ประกอบตามที่ถูกวิจัยได้สร้างขึ้น ประกอบด้วย การควบคุมตนเอง (Self-Control) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) พลังแห่งการฟื้นตัว (Resilience) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ที่ขาดองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งไม่ได้

การควบคุมตนเอง (Self-Control) คือ การที่บุคคลสามารถยับยั้งความคิด อารมณ์ และการแสดงพฤติกรรมที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ให้ไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ และบรรลุเป้าหมายที่ชัดเจน ดังคำพูดนี้ของคุณบี

“ที่ผ่านมาเราก็สามารถกำหนด อดทนตัวเองได้ ก็ค่อย ๆ ฝึกและปรับกันไป เพราะอายุก็เข้ามามาก สะสม สิ่งเดิม ๆ มานาน ฮ่า จากที่เข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมาได้เตือนสตินะ ที่มีเรื่องเล่าของคนต่าง ๆ ว่าผลของการที่เราเองคุมตัวเองไม่ได้ มันไม่ใช่แค่อารมณ์ ความรู้สึก หรือความคิด แต่เราเองนั้นควรที่จะจับคำพูดให้ได้ให้เป็น และพูดในสิ่งที่ควรพูด พูดแล้วมันเกิดประโยชน์ พูดแล้วสร้างสรรค์ประมาณนี้”

(คุณปี เพศหญิง อายุ 40 ปี)

การมองโลกในแง่ดี (Optimism) คือ การที่บุคคลสามารถมองเห็นถึงเรื่องราวที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต ในแง่มุมที่ดี มองข้อดีและจุดแข็งของตัวเอง มองข้ามสิ่งที่ยากในการจัดการ สิ่งที่ไม่สมเหตุสมผล สิ่งที่เป็นเรื่องราวเชิงลบ ดังคำพูดนี้ของคุณปี

“อืม...ความจำล้นซะด้วย ถามว่าเปลี่ยนนะคือทุกวันนี้ก็พยายามฝึกแหละ ก็มีลิมบั้ง นึกได้ก็ทำ เพราะมันเหมือนต้องท่องจำให้ได้ ที่ว่า 3 ประเด็นนะ ตอนนั้นก็พยายามบวกเข้าใส่ไว้ก่อน บวกไม่ได้ขอทำให้เป็นกลาง ๆ ดังนั้นอารมณ์ก็ไม่ค่อยสวิงขึ้นสุด ลงสุดนะ เพราะอะไรเข้ามาก็ตัดทอนให้กลางไว้ก่อน พอมีอะไรแย่ ๆ ก็คิดว่ามันไม่ใช่เราคนเดียวม๊ะ หรือเราก็ไม่ได้จะต้องแย่แบบนี้ เดิม ๆ ซ้ำ ๆ ซะเมื่อไหร่ มันก็ต้องมีอะไรดีบ้างแหละ”

(คุณปี เพศหญิง อายุ 41 ปี)

พลังแห่งการฟื้นตัว (Resilience) คือ การที่บุคคลมีความสามารถในการกลับคืนสู่ความปกติ ฟื้นพลังจากเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิต สามารถปรับมุมมอง ทำความเข้าใจกับเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในทางบวก มีความหวัง สามารถต่อสู้กับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างสมเหตุสมผล ดังคำพูดนี้ของคุณจี

“ชัดมาก ที่ทำให้ยังรู้สึกดีในตอนนี้อยู่ก็ปรับมุมมองของตัวเองค่ะ เข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ ในเชิงสร้างสรรค์ และมีความหวังบนความเป็นจริง ที่จำได้ชัด คือ เข้าใจพื้นที่ของตัวเองเลย ว่ามี comfort zone แล้วและจะออกจาก fear zone ยังไง เพื่อพัฒนาตัวเองให้เข้าสู่โหมดของ learning zone และเราก็เข้าโหมด Growth zone ในที่สุด ซึ่งไม่ได้หมายถึงความรู้ทางวิชาชีพนะ แต่หมายถึงหลักการใช้ชีวิตเลย”

(คุณจี เพศหญิง อายุ 39 ปี)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) คือ การที่บุคคลสามารถรับรู้สมรรถนะในตนเอง เข้าใจถึงผลที่เกิดขึ้นโดยเนื่องมาจากความสามารถของตนเอง มีความเชื่อในความสามารถของตนเองที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต ตลอดจนสามารถแสดงพฤติกรรมที่นำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ได้ ดังคำพูดนี้ของคุณเอช

“จากที่เข้าร่วมที่ผ่านมา จะชัดในเรื่องที่รู้จักตนเองครับ เพราะได้ใช้ชีวิตเต็มศักยภาพ ปลดปล่อยพลังได้อย่างเต็มที่ ทำให้สุขและสนุกกับงาน เรื่องเพื่อน ครอบครัวก็ดี เพราะเหมือนมันคงทางจิตใจกับตัวเอง รู้ว่าเราต้องการอะไร ไม่ต้องการอะไร ก็ทำให้สื่อสารออกมาได้ชัดเจน ตรงประเด็น ปัญหาหรือความเข้าใจผิด ลดลงเยอะเลยครับ”

(คุณเอช เพศชาย อายุ 44 ปี)

รูปแบบการปรึกษาของนวัตกรรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนระบุว่า รูปแบบการปรึกษาของนวัตกรรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยา มีความหลากหลายของการเข้าร่วมกิจกรรม ที่มีข้อสรุปตรงกันว่ารูปแบบการปรึกษาทางออนไลน์ และการเรียนรู้ด้วยตนเองผ่านสื่อออนไลน์นั้นมีความสะดวก และเหมาะกับภาระหน้าที่ที่ทำงาน เวลาของครอบครัว และเวลาส่วนตัว ที่สามารถบริหารจัดการได้ด้วยตัวผู้เข้าร่วมวิจัย และทำให้สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทั้ง 8 ครั้ง ครึ่งละ 90 นาที ส่วนการปรึกษาแบบพบหน้า (Face to Face) ก็เหมาะสมเพียงครั้งแรกและครั้งสุดท้าย ดังคำพูดนี้ของ คุณไอ

“รูปแบบที่เข้าร่วมวิจัยที่ผ่านมาก็เหมาะกับพี่นะโดยเฉพาะที่เจอทางออนไลน์ และให้พี่เรียนรู้เอง เพราะพี่จัดสรรเวลาพี่เองตามที่น้องกำหนดให้ แล้วที่มาเจอกันแค่ครั้งแรกจะได้รู้จักกัน พี่ก็ได้น้องตัวเป็น และครึ่งหลังสุดท้าย พี่ว่าพี่เข้าได้ไม่ครบ 8 ครั้งแน่นอน มันก็ดูหลากหลายดี คนอื่นก็น่าจะคิดเหมือนพี่นะ”

(คุณไอ เพศหญิง อายุ 56 ปี)

แนวทางการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ของนวัตกรรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

ผู้ให้ข้อมูลทุกคนระบุว่า ทุกคนสามารถเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจได้ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลเนื่องจากบุคคลต่างมีเรื่องราวของชีวิตที่ต่างกัน ซึ่งการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจด้วยการตระหนักรู้ตนเองอย่างสม่ำเสมอ เปิดใจรับสิ่งต่าง ๆ ตามความเป็นจริง อาจจากสื่อหรือเรื่องราวที่สะท้อนประสบการณ์ของบุคคล และการปรับความคิดอย่างสมเหตุสมผล ก็ทำให้บุคคลมีภูมิคุ้มกันทางใจที่ดีได้ ดังคำพูดนี้ของ คุณเจ และคุณเค

“สิ่งที่ได้จากที่เข้ามาคือต้อง Openness เปิดใจต่อสิ่งต่าง ๆ แต่ก็บนพื้นฐานของความเป็นจริงนะ แล้วคิดอะไรที่สมเหตุผล ไม่ใช่เหตุผลที่ไม่ใช่เหตุผล”

(คุณเจ เพศหญิง อายุ 40 ปี)

“วิธีการที่ชัดมากสำหรับเราเลยคือ สติ ที่อยู่ปัจจุบัน ไม่ใช่ทำนี่ก็คิดไปโน่น งานก็ไม่เสร็จแถมกังวลจนเสียงาน หรือควรอยู่แค่ตรงนี้ก็คิดย้อนไปแต่สิ่งที่ผ่านมา ก็งานไม่เดิน ย้ำและวนอยู่กับที่ นี้นั่นก็คือถอยหลังนะ ก็ควรอยู่กับที่นี้ ตรงนี้อย่างมีสติ ต้องฝึก ๆ”

(คุณเค เพศหญิง อายุ 42 ปี)

อภิปรายผล

ภูมิคุ้มกันทางใจเป็นความสามารถของบุคคลที่ทำให้บุคคลก้าวข้ามอุปสรรคต่าง ๆ ได้ ซึ่งจากการศึกษาของประเทศไทยและต่างประเทศ มีองค์ประกอบตัวแปรแตกต่างกัน เช่น การตั้งเป้าหมาย (Goal Orientation) ความสามารถในการแก้ปัญหา (Problem Solving Capacity) การเปิดใจ (Openness) ความหวัง (Hope) และความสามารถในการจัดการต่าง ๆ (Coping) (Oláh & Kapitany-Foveny, 2012; Nesma and Asmaa, 2020; Albert-L. Órincz. et al., 2011 และอรพินทร์ ชูชม, 2556) ที่สอดคล้องจากการสรุปประเด็นการวิเคราะห์แก่นสาระที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก คือ การควบคุมตัวเอง (Self-Control) การมองโลกในแง่ดี (Optimism) พลังแห่งการฟื้นตัว (Resilience) และการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) จากผู้ให้ข้อมูลของงานวิจัยนี้ มีข้อสังเกตคือ ไม่มีอะไรเกิดขึ้นก่อน ทุกอย่างสามารถเกิดขึ้นพร้อมกัน และหลายอย่างเป็นเหตุและเป็นผลซึ่งกันและกัน และไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันทางใจที่ตอบโจทย์ได้ทุกด้าน ดังนั้น การฝึกฝน พัฒนาอย่างสม่ำเสมอ

นวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยามีการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ประกอบด้วยทักษะการปรึกษา เช่น ทักษะการใช้ข้อมูล (Informing) ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ (Active Listening) เทคนิคการปรึกษา เช่น เทคนิคการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Relationship) ของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง เทคนิคการตระหนักรู้หรือสติมากขึ้นต่อการดำรงอยู่ (Centered Awareness of Being) ของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยม เทคนิคการสรุปและมุ่งประเด็น (Summarize and Focus) ของทฤษฎีการปรึกษาแบบพิจารณาความเป็นจริง เทคนิคการตั้งคำถาม (Questioning) ของทฤษฎีการปรึกษาแบบรู้คิด เทคนิคการให้ข้อมูลย้อนกลับ (Therapist Feedback to Clients) ของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบโซลูชันโฟกัส เทคนิคการตั้งชื่อให้กับปัญหา (To Name the Problem) ของทฤษฎีการปรึกษารอบครัวทฤษฎีเล่าเรื่อง เทคนิคการมองมุมใหม่ (Reframing) ของทฤษฎีการปรึกษารอบครัวเชิงกลยุทธ์ เทคนิคทางความคิด (ABC) ของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม เทคนิคการผ่อนคลาย (Relaxation) และเทคนิคการเรียนรู้จากตัวแบบ (Imitative Learning) ของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพฤติกรรมนิยม

จากการสรุปประเด็นการวิเคราะห์แก่นสาระที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก คือ ผู้ให้ข้อมูลรับรู้และฝึกฝนหลักการตระหนักรู้ตนเองที่ทำให้ตนเองเข้าใจและรับรู้อารมณ์ความรู้สึกของตัวเองและผู้อื่นได้อย่างชัดเจนขึ้น สอดคล้องกับเทคนิคการตระหนักรู้หรือสติมากขึ้นต่อการดำรงอยู่ (Centered Awareness of Being) ของทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบอัตถิภาวนิยม ผู้ให้ข้อมูลมีการปรับความคิดอย่างสมเหตุสมผล ที่สอดคล้องกับเทคนิคทางความคิด (ABC) ในทฤษฎีการให้การปรึกษาแบบพิจารณาเหตุผล อารมณ์ และพฤติกรรม (ดวงมณี จงรักษ์, 2556) และเทคนิคการมองมุมใหม่ (Reframing) ในทฤษฎีการปรึกษารอบครัวเชิงกลยุทธ์ (Goldenberg, Herbert, & Goldenberg, Irene, 2013)

การศึกษาภูมิคุ้มกันทางใจของประเทศไทยนั้น มีการให้นิยามที่เข้าใจแตกต่างกัน เช่น Resilience ในภาษาไทยใช้คำว่าภูมิคุ้มกันทางใจ งานวิจัยนี้ใช้คำว่า Psychological Immunity ผู้วิจัยจึงศึกษาผลสะท้อนของนวัตกรรมการศึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจ เพื่อให้ชัดเจนกับองค์ประกอบของภูมิคุ้มกันทางใจ ทักษะการปรึกษา เทคนิคการปรึกษาที่สามารถทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยนำไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของตัวเอง ที่สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการให้การปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบรายบุคคลที่สอดคล้องกับบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลงด้วยเทคโนโลยีต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว

การนำผลการวิจัยไปใช้

นวัตกรรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจนี้สามารถนำไปใช้กับผู้ที่สนใจ ผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการปรึกษาเชิงจิตวิทยา เช่น นักจิตวิทยาการศึกษา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสาขาวิชาชีพอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลาย และเป็นแนวทางในการวางแผนสร้างนโยบายเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางใจที่ตรงประเด็น
2. สามารถต่อยอดนวัตกรรมการปรึกษาเชิงจิตวิทยาด้วยการผลิตเป็นสื่อการศึกษาในประเด็นภูมิคุ้มกันทางใจ ด้วยรูปแบบ self-education หรือ self-help หรือแพลตฟอร์มอื่น ๆ เช่น Line application, Facebook page ที่ทันสมัย ที่กลุ่มศึกษาสามารถเข้าถึงได้ด้วยตัวเอง

References

- จิตติรัตน์ แสงเลิศอุทัย. (2560). คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. *วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร*. 7(1), 1-15.
- บุษกร เขียวจินดาگانต์. (2561). เทคนิคการวิจัยคุณภาพแบบกรณีศึกษา. *วารสารศิลปศาสตร์ปริทัศน์*. 13(25), 103-118.
- สุภาภรณ์ จันทวานิช. (2559). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. พิมพ์ครั้งที่ 23. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพินทร์ ชูชม. (2556). การพัฒนาแบบวัดภูมิคุ้มกันตน. *วารสารจิตวิทยา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต*, 3(1), 8-19.
- Albert-Lőrincz, E., Albert-Lorincz, M., Kaddar, A., Krizbai, T., & Lukacs-Martón, R. (2011). Relationship between the characteristics of the psychological immune system and the emotional tone of personality in adolescents. *The New Educational Review*, 23(1), 103-113. Retrieved from <http://www.educationrev.us.edu.pl/e23/a7.pdf>.
- Braun V., & Clarke V. Reflecting on reflexive thematic analysis. (2019). *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11(4), 589-97.

- Dunlap, J. C., & Lowenthal, P. R. (2013). Learning, unlearning, and relearning: Using Web 2.0 technologies to support the development of lifelong learning skills. In *IT policy and ethics: Concepts, methodologies, tools, and applications* (pp. 170-193). IGI Global.
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2013). *Family Therapy: An overview*. (8thed.). U.S.A.: Thomson Brooks&Cole.
- Nesma. L.S. and Asmaa F.A. (2020). Rationing of Psychological Immunity Scale on a Sample of Visually Impaired Adolescents. *International Journal for Innovation Education and Research*, 8(3), 345-356. Retrieved from <https://doi.org/10.31686/ijer.vol8.iss3.2236>
- Oláh, A., & Kapitány-Fövény, M. (2012). A pozitív pszichológia tíz éve (Ten years of positive psychology). *Magyar Pszichológiai Szemle*, 67(1), 19–45. doi: 10.1556/MPSzle.67.2012.1.3.
- Usher R.A. (1996). *Understanding Educational Research*. In D. Scott & R. Usher (Eds.), London: Routledge.
- Wikipedia contributors. (2023, December 17). VUCA. In *Wikipedia, The Free Encyclopedia*. Retrieved 08:08, December 30, 2023, from <https://en.wikipedia.org/w/index.php?title=VUCA&oldid=1190421294>



คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม (Journal of Public Health and Innovation: J-PHIN) ขอเชิญอาจารย์ นักวิชาการ และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร เพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย มีข้อเสนอ ดังนี้

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (ยกเว้นการตีพิมพ์ในสามปีแรก ปี พ.ศ. 2564-2566 ฟรี)
 - อาจารย์และเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ตีพิมพ์ เรื่องละ 2,500 บาท
 - อาจารย์พี่เลี้ยงแหล่งฝึกงานนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ตีพิมพ์ เรื่องละ 2,500 บาท
 - บุคคลอื่น ๆ หรือไม่ได้เป็นอาจารย์และเจ้าหน้าที่ในวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี ตีพิมพ์ เรื่องละ 3,000 บาท

การเตรียมต้นฉบับ

วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม ได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 16 แบบอักษรใช้ TH SarabunPSK (ในตารางขนาด 14) พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการ อ้างอิงต้องไม่เกิน 40 รายการ รวมรายการอ้างอิงไม่เกิน 15 หน้า

2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 18

3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 15 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุ ตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 12 ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรง กับชื่อผู้พิมพ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด

4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำ ต่อบทคัดย่อ

5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)

6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 16

7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning

8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล

- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- References

8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- อภิปรายผล (Discussion)
- การนำผลการวิจัยไปใช้ (Implication of the Results)
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป (Recommendation for Further Study)
- References

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต่อการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)
- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- รายการอ้างอิง (References)

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition

Copyright Notice

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรมที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

Privacy Statement

The names and email addresses entered in this journal site will be used exclusively for the stated purposes of this journal and will not be made available for any other purpose or to any other party.

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม” โดยส่งไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปที่ e-mail address: j-phin@phcsuphan.ac.th โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ....(ชื่อเจ้าของบทความชื่อแรก).....

สถานที่ติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
 77 หมู่ 4 ตำบลทับตีเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000
 (โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 5107 โทรสาร 035-454050
 e-mail address: j-phin@phcsuphan.ac.th

สมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ ในวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม
(การกรอกใบสมัครโปรดใช้วิธีการพิมพ์)

เรียน บรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

ข้าพเจ้า ☐ นาย ☐ นาง ☐ นางสาว ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ชื่อ – นามสกุล.....

ตำแหน่งทางวิชาการ

☐ ศาสตราจารย์ ☐ รองศาสตราจารย์ ☐ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ☐ อาจารย์

☐ นักวิชาการสาธารณสุข ☐ อื่นๆ (โปรดระบุ).....

สถานที่ทำงาน

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

มีความประสงค์ขอส่งผลงานบทความเรื่อง :

ชื่อบทความ

.....

กองบรรณาธิการสามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ที่ ☐ สถานที่ระบุข้างต้น ☐ ที่อยู่ดังต่อไปนี้

.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail

กรณีที่ไม่สามารถติดต่อข้าพเจ้าได้ กองบรรณาธิการสามารถติดต่อบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ – นามสกุล.....

โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....

E-mail มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าของบทความ

ส่งใบสมัครและบทความได้ที่

กองบรรณาธิการวารสารศาสตร์สาธารณสุขและนวัตกรรม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี

77 หมู่ 4 ตำบลทับใต้เหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี 72000

โทรศัพท์ 035-454049 ต่อ 5107 โทรสาร 035-454050

e-mail address: j-phin@phcsuphan.ac.th