



03

ISSN 2697-5653 (Online)

ISSN 2730-1729 (Print)

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health

ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่และส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับการสาธารณสุขชุมชนและความรู้จากศาสตร์อื่น ๆ ที่เป็นประโยชน์แก่วิชาชีพสาธารณสุขชุมชน
2. เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมผลงานวิจัยและเพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสาธารณสุข
3. เพื่อสร้างเครือข่ายการเผยแพร่ผลงานวิจัย บทความวิชาการ และองค์ความรู้ระหว่างสภาการสาธารณสุขชุมชนกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน

สำนักงาน :

สำนักงานกองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
สภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187
e-mail : The.JCCPH@gmail.com
web: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index>

ที่พิมพ์ :

บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด
67 อาคารท้อปส์ซูเปอร์มาร์เก็ต ชั้น 3 ถนนงามวงศ์วาน
แขวงลาดยาว เขตจตุจักร กรุงเทพฯ 10900
โทรศัพท์ 029413677

เลขจดแจ้งการพิมพ์ สสช.18/2563
ISSN 2697-5653 (Online)
ISSN 2730-1729 (Print)

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health: JCCPH
ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม – สิงหาคม 2564

ที่ปรึกษา

ดร.ไพศาล บางขุด
ศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล
ศาสตราจารย์(คุณวุฒิ) ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
ศาสตราจารย์(เกียรติคุณ) ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ
รองศาสตราจารย์ ดร.วิทยา อยู่สุข
รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) ภก. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์
นายมานะ เป่าพุย

บรรณาธิการ

ดร.ปริญญ์ จิตอร่าม

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายธนภฤต ธนวงศ์โกติน

กองจัดการ

นางสาวสววยบะห์ หาแว
นายรัชกี สาร๊ะ
นายกฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง
นายณรภัทร ศรีชุม
นายศักดิ์สิทธิ์ คำเกาะ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมุน พฤตภูมิบุญ
รองศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรวงศ์
รองศาสตราจารย์ ดร.สสิธร เทพตระการพร
รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิเวศชาเทพ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุเมธนา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม
รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี่
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักขมัจจุรงค์กุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐกร แก้วสุทธา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง
อาจารย์ ดร.จิรนนท์ ตูลชาติ
อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
อาจารย์ ดร. กิตติพร เนาว์สุวรรณ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสยาม
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสงขลา

กำหนดออก

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

เจ้าของ

สภาการสาธารณสุขชุมชน

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุขชุมชน ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีครั้งที่ 3 ฉบับที่ 2 ซึ่งเป็นฉบับปีพุทธศักราช 2564 ยังคงมีเนื้อหาและสาระทางวิชาการที่เข้มข้น ทุกบทความได้ผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้วารสารมีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ สำหรับเนื้อหาสาระในฉบับนี้ประกอบด้วย รายงานการศึกษาวิจัย จำนวน 10 เรื่อง

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ส่งข้อมูลให้ศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (ศูนย์ TCI) เพื่อดำเนินการพิจารณาคุณภาพวารสารเพื่อเข้าสู่ฐานข้อมูล TCI และจัดกลุ่มคุณภาพวารสารประจำปี พ.ศ.2564 เมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2564 ทางศูนย์ TCI ได้ประกาศผล ซึ่งวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้ถูกจัดให้เป็น วารสารกลุ่มที่ 2

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ขอขอบคุณทุกท่านที่ติดตามอ่านวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนมาอย่างต่อเนื่อง ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เขียนบทความทุกท่านที่ได้ตรวจสอบคุณภาพอย่างเข้มข้นเพื่อให้วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนคงมาตรฐาน เนื้อหาถูกต้องตามหลักวิชาการ

หากท่านมีความประสงค์จะส่งผลงานวิจัย/วิชาการมาเผยแพร่ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนหรือมีข้อเสนอแนะประการใด สามารถดูรายละเอียดของการส่งได้ที่ท้ายเล่มและขอเรียนเชิญสมาชิกทุกท่านช่วยประชาสัมพันธ์และบอกกล่าวท่านผู้สนใจ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้นำเสนอไปนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านเพื่อเป็นมุมมอง แนวคิดในการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

ปริญญา จิตอร่าม
บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิจัย (Original Article) :

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ
อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

1

Perceived Self-Efficacy and Preventive Health Behaviors with Coronavirus Disease
2019 among the Elderly in U-Thong District, Suphan Buri Province วรางคณา คุ่มสุข และ
นงศัณพัทธ์ มณีอินทร์ และอิทธิพล ดวงจินดา

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมือง
คอหงส์ จังหวัดสงขลา.....

19

Factors Influencing Preventive Behavior towards Coronavirus Disease 2019 among
People in Khohong Town Municipality Songkhla Province
อภิชาติ อินทเจริญ, คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ, กัลยา ตันสกุล และ สุวรรณ ปัตตะพัฒน์

พฤติกรรมการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา.....

31

Prevention Behaviors of Coronavirus Disease 2019
Of Songkhla Rajabhat University Students
นาริเมะห์ แวปูเตะ, คันธมาพันธ์ กาญจนภูมิ และ กัลยา ตันสกุล

การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัด
ศรีสะเกษ.....

40

The Study and Development of Quality of Life Operation Pattern
at District Level, Muang Sisaket District, Sisaket Province
ปัญญา พละศักดิ์

นวัตกรรมแผ่นกระดาษช่วยฉีดอินซูลิน.....

54

The Innovative Insulin Injection Aid Paper
ปิยพร สิทธิมาตย์, อัจฉรา คำมะทิตย์ และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงที่มีอัตราการกรอง
ของไตลดลง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะเขว อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัด
อำนาจเจริญ

64

Factors Related with Glomerular Filtration Rate among Diabetics and Hypertension
with Reduced Glomerular Filtration Rate in Nong Ma Saeo Health Promoting Hospital,
Mueang District, Amnatcharoen Province
นนทียา สายสุวรรณ, ภัคพงษ์ ทองย่อย, วชิรวิทย์ ทานะสินทร์ และอริสรา แก้วใส

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การพัฒนาแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนใน สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล.....	72
The Development of an Assessment and Promotion Model for Early Childhood Development with Participation from People in the Community in the Covid-19 Situation in the Responsible area of Jebilang Health Promotion Hospital, Mueang District, Satun Province โสพิณทร์ แก้วมณี, ชัยวัฒน์ ทองฤทธิ์ และมรียา หลั่งจิ	
การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมี กำจัดวัชพืชในเขตพื้นที่สถานีอนามัยห้วยจรเข้ม้า อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา.....	85
Development and Evaluation of Farmer's Participation for Reducing Risk Behavior from Pesticide Hazards in Huayjorakea Health Center Area, Dankhantod District, Nakhon Ratchasima Province ภาคิน บัวผัน	
การศึกษาโรค Byssinosis ในพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า เพื่อการควบคุมป้องกัน.....	98
A Study for Prevention of Byssinosis in a Garment Factory ธีรพล รัตนารมย์	
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงจังหวัดลำปาง.....	109
Factors related to pulmonary tuberculosis in risk group of population Lampang province สิปปภาส เพ็งพะยอม	
คำแนะนำการส่งบทความ	

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี

Perceived Self-Efficacy and Preventive Health Behaviors with Coronavirus Disease 2019 among the Elderly in U-Thong District, Suphan Buri Province

นงศัณพัชร มณีอินทร์^{1*} และอิทธิพล ดวงจินดา²

Nongnapat Maneein^{1*} and Aittiphol Duangchinda²

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านจระเข้มใหม่^{1*}, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี²

Ban Chara Mai Sub-District Health Promotion Hospital^{1*}, Sirindhorn College of Public Health Suphanburi²

(Received: February 10, 2021; Revised: April 7, 2021; Accepted: April 10, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 392 คน ใช้วิธีสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามโดยประยุกต์ทฤษฎีความสามารถแห่งตนของแบนดูรา ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI) เท่ากับ .933 และได้ค่าความเที่ยงตรงแบบสอบถามทั้งฉบับโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .978 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.95$, $SD = 0.71$) การรับรู้โรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.10$, $SD = 0.77$) พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.15$, $SD = 0.69$)

2. ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ($r = 0.74$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ดังนั้น ควรส่งเสริมกิจกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุมั่นใจและเชื่อมั่นในตนเองเพิ่มขึ้น อันนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องและเหมาะสมยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถของตนเอง, ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: patsakon@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 082-2467594)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to explore the relationship between perceived self-efficacy and preventive behaviors towards Coronavirus disease 2019 (COVID-19) among the elderly in U-Thong district, Suphan Buri province. Totally, 392 elderly participants were recruited using simple random sampling method and with ethics consideration. Based on Bandura's Self-Efficacy Theory, questionnaires with the .933 content validity index for scale (S-CVI) and with .978 Cronbach's alpha coefficient for reliability were used for data collection. Data were analyzed using descriptive statistics and the Pearson's correlation coefficient.

Results revealed that the overall scores of perceived self-efficacy was at a high level ($M = 3.95$, $SD = 0.71$). The overall scores of perception and prevention behaviors of COVID-19 were also at a high level ($M = 4.10$, $SD = 0.77$ and $M = 4.15$, $SD = 0.69$, respectively). The factor of perceived self-efficacy was positively correlated with COVID-19 prevention behaviors ($r = 0.74$, $p < .001$).

Therefore, activities to build self-efficacy should be promoted to increase self-confidence among the elderly, leading to more accurate and appropriate preventive behaviors.

Keywords: Self-Efficacy, Elderly, Preventive Health Behaviors, Coronavirus Disease 2019

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) หรือ Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) เมื่อเดือนธันวาคม 2562 จากรายงานการพบผู้ติดเชื้อกลุ่มอาการทางเดินหายใจเฉียบพลันรุนแรงของเชื้อไวรัสโคโรนา 2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2; SARS CoV-2) เป็นจำนวนมากและเสียชีวิตมากเกินที่ควรในเมืองหวู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน (WHO, 2020a) จุดเริ่มต้นของการแพร่ระบาดไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องในเวลาต่อมาของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลกระทบรุนแรงในวงกว้างต่อระบบการแพทย์และสาธารณสุข สังคม เศรษฐกิจ และอื่น ๆ โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เป็น "การระบาดใหญ่" (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 เนื่องจากเกิดวิกฤติการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ที่มากกว่า 200 ประเทศทั่วโลกได้รับผลกระทบ โดยมีรายงานพบผู้ติดเชื้อโควิด-19 สะสมทั่วโลกสูงถึงเกือบ 23 ล้านราย เสียชีวิตกว่า 8 แสนราย (Randolph & Barreiro, 2020; WHO, 2020b; Ministry of Public Health, 2020) ซึ่งประเทศไทยได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2563 (Ministry of Public Health, 2020) โดยจังหวัดสุพรรณบุรี พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) รายแรกในพื้นที่อำเภออู่ทอง และมีรายงานการพบผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีกหลายราย ทำให้จังหวัดสุพรรณบุรีประกาศให้อำเภออู่ทองเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (Suphan Buri Government Administrative Center, 2020) โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แล้วมีโอกาสจะเสียชีวิตสูงกว่าคนทั่วไป ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังหรือผู้ที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคปอดและระบบทางเดินหายใจ โรคเบาหวาน และโรคอ้วน เป็นต้น (Nguyen, Manolova, Daskalopoulou, Vitoratou, Prince, & Prina, 2019) รวมทั้งผู้ที่มีความเสี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ และการปฏิบัติตนที่ไม่เหมาะสมในภาวะเจ็บป่วย (Silangir, 2017; Sararuk, Nganchamung, & Krasuaythong, 2020)

จากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่าสูงอายุไทยยังมีปัญหาเรื่องสุขภาพคือมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ถึงร้อยละ 5 และร้อยละ 21.8 ประเมินว่าตนเองสุขภาพไม่ดีทั้งในด้านร่างกายและด้านจิตใจ ประมาณ

ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ และมีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดีมาก (Devalersakul, Siriwarakoon, & Roadym, 2016) ซึ่งอาจมีผลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและอาจส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุลดลงได้ (Duangchinda, Sritarapipat, Injeen, & Manfak, 2019) ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยเฉพาะปัจจัยภายในบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อสุขภาพของตนเองที่ประกอบด้วยปัจจัยทางชีวภาพ จิตใจ และพฤติกรรม เป็นสิ่งที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ (Powwattana, Kalampakorn, Lagampan, & Amnatsatsue, 2018) ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการเกิดโรคและภาวะสุขภาพสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งอัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura) (Bandura, 1997) ได้สรุปทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ไว้ว่าเมื่อบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติเหมาะสมและมีกำลังใจเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถจึงเป็นสิ่งสำคัญหรือตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป ซึ่งมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ การชักจูงโดยใช้คำพูดและการกระตุ้นทางอารมณ์ การประยุกต์ทฤษฎีความสามารถของตนเองในด้านสุขภาพจะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ในการเพิ่มความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะ ดังนั้นการรับรู้ความสามารถของตนเองจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่มุ่งหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่และมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วทั่วโลก ดังเช่นวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 หรือโควิด-19 (WHO, 2020b; Chatterjee, Nagi, Agarwal, Das, Banerjee, Sarkar & et al, 2020)

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุแต่ละคนมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ และปัจจัยด้านสังคม เป็นต้น (Prasartkul, 2018; Pantaewan, 2017) โดยมีข้อมูลเชิงประจักษ์และผลการวิจัยซึ่งชี้ให้เห็นว่าปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการแสดงออกพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น หากผู้สูงอายุมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในระดับสูงจะมีการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและเหมาะสม (Sirited & Thammaseeha, 2019; Thongbu, Potisupsuk, & Nontasawatsri, 2019) ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาทางสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่ป้องกันได้ โดยสาเหตุของการเกิดโรคส่วนใหญ่้นั้นมาจากพฤติกรรมการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งเป็นโรคที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือบรรเทาความรุนแรงได้ (Tantipalachewa, 2013; Bunthan, Whaikit, Soysang, Soynahk, Akaratanapol, & Kompayak, 2020)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ยังไม่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง และการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดในอำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี เนื่องจากการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลที่จะช่วยให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมที่มุ่งหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่และมีการพัฒนาอย่างรวดเร็วทั่วโลก เช่น วิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (WHO, 2020b; Chatterjee, Nagi, Agarwal, Das, Banerjee, Sarkar & et al, 2020) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาในประเด็นดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและพฤติกรรมการป้องกันโรคที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือวิถีสุขภาพในการป้องกันโรคที่อาจจะพึงปรากฏขึ้นในประชากรได้อย่างทันการณ์ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพ ความเป็นอยู่และมีคุณภาพชีวิตที่ดี พร้อมก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอดอย่างมีความสุขต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

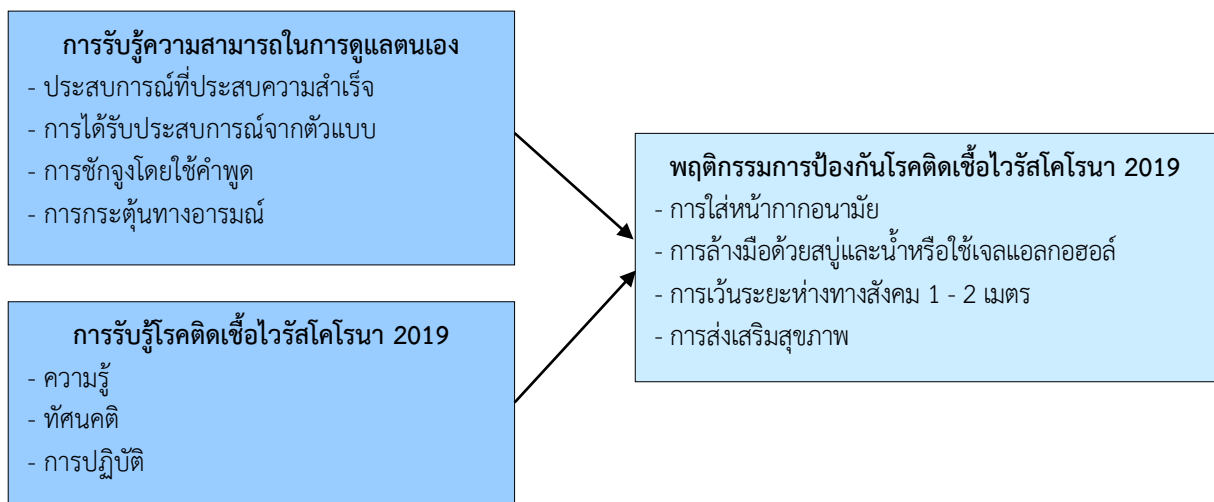
1. เพื่อศึกษาการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง การรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

สมมติฐานวิจัย

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองและการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้นำทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานที่ว่าความสามารถของตนเองในด้านสุขภาพจะช่วยให้บุคคลประสบความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ หรือในการเพิ่มความสามารถของตนเองที่จะปฏิบัติในเรื่องใดเรื่องหนึ่งโดยเฉพาะเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่มุ่งหวังได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ การชักจูงโดยใช้คำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ ร่วมกับการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้แนวคิดของบลูม (Bloom, 1964) ในประเด็นการรับรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ โดยนำมาประยุกต์ใช้เป็นกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง มีรายชื่อในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี ในปี 2562 - 2563 จำนวน 14,397 คน (Region 5 Public Health, 2020)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป มีรายชื่อในทะเบียนบ้านและเป็นผู้ที่ไม่มีความผิดปกติทางจิต (Dementia) โดยประเมินจากแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE - Thai 2002) มีค่าคะแนนจุดตัด 17 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 30 คะแนน และผ่านการคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) โดยมีคะแนนรวมน้อยกว่า 7 คะแนน จากคะแนนเต็ม 27 คะแนน

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) น้อยกว่า 5 คะแนน

เกณฑ์การถอนตัว (Withdrawal Criteria) อาสาสมัครถอนความยินยอมหรือระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประเมินได้ว่ากลุ่มตัวอย่างอาจมีความผิดปกติจากภาวะสุขภาพหรือสาเหตุอื่น ๆ อันเนื่องมาจากตัวอาสาสมัครเอง เช่น ภาวะเจ็บป่วยในระหว่างการเก็บข้อมูล และไม่ก่อประโยชน์ต่ออาสาสมัคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรีจำนวน 392 คน คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5.0 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติ จำนวน 392 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยเลือกสุ่มหมู่บ้าน จากจำนวนทั้งหมด 13 ตำบล ๆ ละ 2 หมู่บ้าน รวมจำนวน 26 หมู่บ้าน โดยหาตัวแทนจากแต่ละหมู่บ้านด้วยความน่าจะเป็นให้เป็นสัดส่วนกับขนาดประชากรผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน (Probability Proportional to Size) เมื่อได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละหมู่บ้านแล้ว นำมาสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) และมาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 กรมควบคุมโรค (Department of Disease Control, 2020) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคมซึ่งเกี่ยวข้องกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ การชักจูงโดยใช้คำพูด และการกระตุ้นทางอารมณ์ รวมจำนวน 24 ข้อ มีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) มี 5 ระดับ ให้เลือกตอบ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ในการแปลผลคะแนนการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1981) จากช่วงคะแนนทั้งหมด 1 - 5 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

1.00 - 2.33 คะแนน หมายถึงการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับน้อย

2.34 - 3.66 คะแนน หมายถึงการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

3.67 - 5.00 คะแนน หมายถึงการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้แนวคิดของบลูม (Bloom, 1964) ในประเด็นการรับรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย ด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ รวมจำนวน 24 ข้อ มีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) มี 5 ระดับ ให้เลือกตอบ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ในการแปลผลคะแนนการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1981) จากช่วงคะแนนทั้งหมด 1 - 5 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึงการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับน้อย
2.34 – 3.66 คะแนน หมายถึงการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง
3.67 – 5.00 คะแนน หมายถึงการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ โดยประยุกต์มาตรการป้องกันและควบคุมการระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และการปฏิบัติตามมาตรการอยู่บ้าน หยุดเชื้อ เพื่อชาติ กระทรวงสาธารณสุข (Department of Disease Control, 2020) ประกอบด้วย การใส่หน้ากากอนามัย การล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือใช้เจลแอลกอฮอล์ การเว้นระยะห่างทางสังคม 1 - 2 เมตร และการส่งเสริมสุขภาพ รวมจำนวน 24 ข้อ มีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) มี 5 ระดับ ให้เลือกตอบ ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ในการแปลผลคะแนนพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของเบสท์ (Best, 1981) จากช่วงคะแนนทั้งหมด 1 – 5 คะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้

- 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับน้อย
2.34 – 3.66 คะแนน หมายถึงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับปานกลาง
3.67 – 5.00 คะแนน หมายถึงพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบหาค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย ผู้ทรงคุณวุฒิด้านพฤติกรรมศาสตร์ 2 ท่าน ด้านผู้สูงอายุ 2 ท่าน และนายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกัน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาทั้งฉบับ (Content Validity Index for Scale; S-CVI) เท่ากับ .933

2. การตรวจหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยรวมทั้งฉบับได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .978 โดยปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .945 ปัจจัยการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .940 และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาของผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .961

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานขอความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภออุทุมพร และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ และกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ด้วยตนเอง

2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์อธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามโดยละเอียด พร้อมแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตอบอย่างมีอิสระ โดยใช้ผลการตรวจคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุประจำปี 2562-2563 ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นพื้นที่วิจัย มาพิจารณาในการสุ่มคัดเลือกกลุ่มอาสาสมัครวิจัยตามคุณสมบัติที่กำหนดในระหว่างการเก็บข้อมูลในพื้นที่ ตามเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก โดยเก็บแบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์

3. ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืนและนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกลับคืน ครบจำนวน 392 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ปัจจัยการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ทั้งนี้ในการทดสอบโดยการหาความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear Relationship) ระหว่างข้อมูล 2 ชุด มีข้อตกลงเบื้องต้นคือตัวแปรทั้งสองต้องเป็นตัวแปรต่อเนื่อง อยู่ในมาตราอันตรภาคชั้น (Interval Scale) ขึ้นไป และมีการแจกแจงปกติสองตัวแปร (Bivariate Normal Distribution) โดยการทดสอบด้วยการคำนวณหาค่าการกระจายโดยใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตัวอย่าง (Standard Deviation) ผลพบว่าข้อมูลมีการกระจายปกติ (Normal Distribution) ดังนั้น จึงวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

การพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ และปัจจัยการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ โดยแบ่งเกณฑ์การวัดระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ออกเป็น 5 ระดับ (Black, 2010) ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับของความสัมพันธ์
.81 - 1.00	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
.61 - .80	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
.41 - .60	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
.21 - .40	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
.00 - .20	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP-A 2563/01-18 ลงวันที่ 18 พฤศจิกายน 2563

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

ตาราง 1 ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อำเภออู่ทอง จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 392)

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	M	SD	อยู่ในระดับ
1. ประสิทธิภาพที่ประสบความสำเร็จ	3.99	0.81	มาก
1.1 ท่านรับรู้เรื่องการจัดการกับความเจ็บป่วยของตัวเองได้ โดยการยอมรับและพยายามต่อสู้กับภาวะที่ไม่พึงประสงค์ ช่วยสร้างคุณค่าให้แก่ตนเอง	3.86	0.89	มาก
1.2 ท่านรับรู้เรื่องการรับประทานครึกครื้นโรคตามที่แพทย์สั่งและการไปพบแพทย์ตามนัดอย่างเคร่งครัด ส่งผลดีต่อการรักษาโรคและสุขภาพ	4.20	0.93	มาก
1.3 ท่านรับรู้เรื่องการหลีกเลี่ยงรับประทานครึกครื้นอาหารที่มีโคเรสเตอรอลสูง เช่น ไข่แดง เครื่องในสัตว์ อาหารทะเล และไขมันของทอด ช่วยลดไขมันในเลือด	3.93	0.98	มาก
1.4 ท่านรับรู้เรื่องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ คือสัปดาห์ละ 3 วัน นานครั้งละ 30 นาที ส่งผลดีระบบไหลเวียนเลือด ทำให้ร่างกายแข็งแรง	3.84	1.08	มาก
1.5 ท่านรับรู้เรื่องอายุที่มากขึ้น มีประสิทธิภาพมองโลกในแง่ดีหรือคิดเชิงบวก ช่วยจัดการความเครียดและความวิตกกังวล ทำให้จิตใจมีความสุข	3.98	0.91	มาก
1.6 ท่านรับรู้เรื่องการนอนก่อน 22.00 น. โดยนอนหลับอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ต่อคืน ช่วยให้ระบบต่างๆ ของร่างกายทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ	4.03	0.99	มาก

ตาราง 1 ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ อาเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 392)(ต่อ)

การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	M	SD	อยู่ในระดับ
2. การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ	3.86	0.77	มาก
2.1 ท่านรับรู้ว่าการเรียนรู้ที่แตกต่างช่วยให้ได้รับประสบการณ์ที่ไม่เหมือนกัน	3.96	0.94	มาก
อาจมีทั้งผลเชิงบวกหรือเชิงลบ			
2.2 ท่านรับรู้ว่าการมีแบบอย่างบุคคลที่แสดงพฤติกรรมที่เป็นประโยชน์ จะ	3.83	0.93	มาก
ได้รับความสนใจและทำให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม			
2.3 ท่านรับรู้เรื่องการใส่ใจหรือให้ความสนใจเกี่ยวกับพฤติกรรมจากแบบอย่าง	3.70	0.90	มาก
บุคคลอื่นๆ โดยการสังเกตและปฏิบัติตาม			
2.4 ท่านรับรู้จากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเลือกกิจกรรมออก	4.10	0.91	มาก
กำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและสุขภาพ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง			
2.5 ท่านรับรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบด้านสุขภาพถึงการไม่รับประทานอาหารที่มี	4.01	0.98	มาก
ไขมันสูง เช่น หมูสามชั้นทอด อาหารทอด เนย และครีม ช่วยให้มีความสุขที่ดี			
2.6 ท่านรับรู้เรื่องพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เกิดจากการฝึกฝนหรือเคยมี	3.84	1.00	มาก
ประสบการณ์นั้นมาก่อน เช่น การเดินแกว่งแขน การใช้โทรศัพท์มือถือ เป็นต้น			
3. การชักจูงโดยใช้คำพูด	3.99	0.77	มาก
3.1 ท่านรับรู้ว่าการที่ประสบความสำเร็จ มักพูดเชิงบวกหรือพูดในแง่ดี มากกว่า	3.89	0.93	มาก
การพูดเชิงลบหรือพูดในแง่ร้าย			
3.2 ท่านรับรู้ว่าการโน้มน้าวด้วยคำพูดจากคนที่ประสบความสำเร็จในชีวิต ช่วย	4.00	0.89	มาก
ให้กำลังใจและกระตุ้นบุคคลอื่นมีความสามารถในการทำงานให้สำเร็จ			
3.3 ท่านรับรู้ว่าการพูดชื่นชม การยกย่องเชิดชูเกียรติและสร้างขวัญกำลังใจ	4.08	0.85	มาก
เป็นการส่งเสริมการปฏิบัติตนในเชิงบวกและการกระทำความดีในสังคม			
3.4 ท่านรับรู้ว่าการที่ชอบพูดเชิงบวก มักเป็นคนมองโลกในแง่ดี มีความเชื่อมั่น	3.88	0.91	มาก
ในตนเอง ตรงกันข้ามกับคนชอบพูดเชิงลบ ซึ่งมักมองโลกในแง่ร้าย			
3.5 ท่านรับรู้ว่าการพูดเชิงสร้างสรรค์เป็นการให้กำลังใจ การสร้างสัมพันธ์ที่ดี	4.01	0.92	มาก
การโน้มน้าวสร้างแรงจูงใจ ช่วยในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม			
3.6 ท่านรับรู้ว่าการใช้คำพูดเชิงบวกกับตัวเองให้ได้ผลดี ต้องเชื่อมั่นว่าสามารถ	4.06	0.87	มาก
เปลี่ยนแปลงชีวิตตัวเองได้ สามารถสร้างความสำเร็จในชีวิตและมีสุขภาพที่ดี			
4. การกระตุ้นทางอารมณ์	3.96	0.72	มาก
4.1 ท่านรับรู้เรื่องการเจ็บป่วย การมีโรคประจำตัว หรือการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง	3.91	0.91	มาก
ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และจิตใจ			
4.2 ท่านรับรู้เรื่องเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมแอลกอฮอล์ ทำให้ระบบไหลเวียนเลือด	4.05	0.97	มาก
ทำงานเพิ่มขึ้น กระตุ้นอารมณ์รุนแรง ก้าวร้าว ความกลัว และขาดสติ			
4.3 ท่านรับรู้เรื่องการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ ทำให้เกิดพฤติกรรมภายในและ	3.89	0.82	มาก
ภายนอกร่างกาย ซึ่งแสดงออกมาให้เห็นได้ เช่น น้ำเสียง คำพูด สีหน้า ท่าทาง			
4.4 ท่านรับรู้เรื่องประสาทสัมผัสทั้ง 5 ของร่างกายมีผลต่อการสร้างความทรง	3.90	0.89	มาก
จำและกระตุ้นอารมณ์ โดยกลืนเป็นสิ่งที่กระตุ้นได้อย่างชัดเจน			
4.5 ท่านรับรู้เรื่องวิธีการจัดการกับอารมณ์ จะแตกต่างกันออกไปตามประสบการณ์	3.87	0.91	มาก
ของแต่ละคน ช่วยให้ฟื้นฟูสมดุลทางอารมณ์และสภาพจิตใจได้			
4.6 ท่านรับรู้เรื่องอารมณ์ทางบวกที่มีผลต่อพฤติกรรมเพื่อสังคม เช่น การทักทาย	4.14	0.86	มาก
การแสดงความคิดเห็นผู้อื่น การมีความสุขจิตที่ดี ส่งผลต่อความสำเร็จของชีวิต			
โดยรวม	3.95	0.71	มาก

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 3.95$, $SD = 0.71$) และทุกด้านอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ประสิทธิภาพที่ประสบความสำเร็จ ($M = 3.99$, $SD = 0.81$) การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ ($M = 3.86$, $SD = 0.77$) การชักจูงโดยใช้คำพูด ($M = 3.99$, $SD = 0.77$) และการกระตุ้นทางอารมณ์ ($M = 3.96$, $SD = 0.72$)

2. ปัจจัยการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี

ตาราง 2 ปัจจัยการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี
($n = 392$)

การรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)	<i>M</i>	<i>SD</i>	อยู่ในระดับ
1. ด้านความรู้	4.11	0.86	มาก
1.1 ท่านรับรู้เรื่องสาเหตุของโรคโควิด-19 คือเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยปกติแล้วไม่ก่อโรคในคน แต่เมื่อกลายพันธุ์จะเป็นสายพันธุ์ใหม่ที่ก่อโรคในคนได้	3.85	1.05	มาก
1.2 ท่านรับรู้เรื่องการติดต่อของโรคโควิด-19 หากใกล้ชิดหรือสัมผัสกับคนที่มีเชื้อโรคนี้จากสิ่งคัดหลั่งทางเดินหายใจ เช่น น้ำลาย เสมหะ หรือน้ำมูก	4.22	0.96	มาก
1.3 ท่านรับรู้เรื่องอาการของโรคโควิด-19 โดยทั่วไปมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่คือ มีไข้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ หรือจาม สูญเสียการรับรสชาติหรือกลิ่น	4.09	0.98	มาก
1.4 ท่านรับรู้เรื่องการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้แก่ ใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือใช้เจลแอลกอฮอล์ และการเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร และหลีกเลี่ยงสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย	4.28	0.99	มาก
1.5 ท่านรับรู้เรื่องกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อโรคโควิด-19 ได้แก่ ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคระบบทางเดินหายใจ โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เป็นต้น	4.22	0.97	มาก
1.6 ท่านรับรู้ว่าการไอ จาม หรือพูด ทำให้ละอองฝอยเสมหะ น้ำลาย และน้ำมูก ที่มีไวรัสอยู่ด้วยฟุ้งกระจายออกมาตกลงบนพื้นในระยะ 1-2 เมตร	4.15	1.03	มาก
1.7 ท่านรับรู้เรื่องเชื้อโควิด-19 สามารถอยู่ที่พื้นผิววัตถุ โลหะหรือสิ่งของอื่นๆ อาจอยู่ได้หลายชั่วโมงหรือหลายวัน เช่น ลูกบิดประตู ราวบันได เป็นต้น	4.01	1.06	มาก
1.8 ท่านรับรู้ว่าผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19 ประมาณร้อยละ 80 ที่สามารถแพร่เชื้อติดต่อคนอื่นได้ในขณะที่ไม่มีอาการ	4.03	1.02	มาก
2. ด้านทัศนคติ	3.99	0.79	มาก
2.1 ท่านรับรู้และคิดว่ามาตรการรัฐบาลในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องปฏิบัติตาม	4.16	0.90	มาก
2.2 ท่านรับรู้และคิดว่าระยะพักตัวของโรคโควิด-19 นาน 2-14 วัน ทำให้ผู้สัมผัสโรคนี้ต้องกักกันและแยกตัวจากคนอื่นเป็นเวลา 14 วัน	4.24	0.90	มาก
2.3 ท่านรับรู้และคิดว่าการมีบริการอาหารและสินค้าส่งตรงถึงบ้านช่วยให้ปลอดภัยจากโรคโควิด-19	3.82	1.03	มาก
2.4 ท่านรับรู้และคิดว่าสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้สุขภาพท่านเปลี่ยนแปลงไปในทางไม่ดี	3.86	1.12	มาก
2.5 ท่านรับรู้และคิดว่าการไปพบแพทย์มีความสะดวกรวดเร็ว ในช่วงวิกฤตโรคโควิด-19	3.65	1.18	ปานกลาง
2.6 ท่านรับรู้และคิดว่าผลกระทบจากวิกฤตของโรคโควิด-19 ทำให้คุณภาพชีวิตแย่ลง	3.92	1.10	มาก

ตาราง 2 ปัจจัยการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 392) (ต่อ)

การรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)	M	SD	อยู่ในระดับ
2. ด้านทัศนคติ	3.99	0.79	มาก
2.7 ท่านรับรู้และคิดว่าการกักตัว อยู่บ้าน เพื่อชาติ ช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 สร้างความสัมพันธ์และความอบอุ่นในครอบครัว	4.08	0.98	มาก
2.8 ท่านรับรู้และคิดว่าการใช้มือเปล่าสัมผัสผืนผ้า ตา จมูก ปาก เป็นทางเข้าของเชื้อโรคโควิด-19 สุรางกาย	4.20	0.92	มาก
3. ด้านการปฏิบัติ	4.20	0.80	มาก
3.1 ท่านรับรู้ว่าการล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ 70% ช่วยป้องกันโรคโควิด-19	4.28	0.85	มาก
3.2 ท่านรับรู้ว่าการใส่หน้ากากอนามัย ช่วยป้องกันโรคโควิด-19 โดยเฉพาะเมื่อต้องอยู่ในห้องร่วมกับคนอื่นหรือในที่ที่มีคนแออัด	4.30	0.93	มาก
3.3 ท่านรับรู้ว่าการเว้นระยะห่าง การงดหรือเลี่ยงการเข้าไปใกล้คนอื่นในระยะน้อยกว่า 1 เมตร ช่วยป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด-19	4.21	0.94	มาก
3.4 ท่านรับรู้ว่าการไม่สัมผัสสื่อกิจกรรมหรือใกล้ชิดผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคโควิด-19 ช่วยให้ท่านปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคโควิด-19	4.21	0.97	มาก
3.5 ท่านรับรู้ว่าการไม่ไปในที่สาธารณะหรือที่มีกลุ่มคนจำนวนมาก ช่วยป้องกันการติดต่อและแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	4.26	0.93	มาก
3.6 ท่านรับรู้ว่าการรับประทานอาหารปรุงสุกใหม่ๆ ด้วยความร้อน และการใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกัน ช่วยลดโอกาสติดเชื้อโรคโควิด-19	4.23	0.92	มาก
3.7 ท่านรับรู้ว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30-45 นาที ทำให้ร่างกายแข็งแรงช่วยลดโอกาสติดเชื้อโรคโควิด-19	4.06	0.98	มาก
3.8 ท่านรับรู้ว่าการเครียด วิตกกังวล การพักผ่อนไม่เพียงพอ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ และมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ง่าย	4.04	1.01	มาก
โดยรวม	4.10	0.77	มาก

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.10$, $SD = 0.77$) และทุกรายด้านอยู่ในระดับมาก ได้แก่ ด้านความรู้ ($M = 4.11$, $SD = 0.86$) ด้านทัศนคติ ($M = 3.99$, $SD = 0.79$) และด้านการปฏิบัติ ($M = 4.20$, $SD = 0.80$)

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี

ตาราง 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 392)

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)	M	SD	อยู่ในระดับ
1. การล้างมือ	4.06	0.81	มาก
1.1 ท่านล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือใช้เจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งหลังไอ จามหรือสั่งน้ำมูก	4.24	0.90	มาก

ตาราง 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มผาง จังหวัด
สุพรรณบุรี (n = 392) (ต่อ)

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)	M	SD	อยู่ในระดับ
1.2 ทานล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือใช้เจลแอลกอฮอล์หลังสัมผัสกับเงินเหรียญ หรือธนบัตร	3.95	1.02	มาก
1.3 ทานล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือใช้เจลแอลกอฮอล์หลังสัมผัสกับคนอื่น	4.19	0.92	มาก
1.4 ทานล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่และน้ำ นานอย่างน้อย 20 วินาที	3.93	1.00	มาก
1.5 ทานล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือใช้เจลแอลกอฮอล์หลังสัมผัสสิ่งของรอบตัว เช่น ลูกบิดประตู มือจับประตู ราวบันได ปุ่มลิฟต์ เป็นต้น	3.92	1.06	มาก
1.6 ทานหลีกเลี่ยงการสัมผัส ตา จมูก ปาก ขณะที่ไม่ได้ล้างมือด้วยสบู่และน้ำ หรือใช้เจลแอลกอฮอล์	4.15	0.90	มาก
2. การใช้หน้ากากอนามัย	4.22	0.75	มาก
2.1 ทานใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าไว้ตลอดเวลาเมื่อออกจากบ้าน	4.43	0.78	มาก
2.2 ทานมีหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า พกพาติดประจำตัวไว้ใช้เสมอ	4.40	0.84	มาก
2.3 ทานใส่หน้ากากอนามัย เมื่อเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร กับผู้อื่นไม่ได้	3.97	1.04	มาก
2.4 ทานใส่หน้ากากอนามัยทุกครั้ง เมื่อรู้สึกว่ามีอาการป่วยหรือไม่สบาย	4.22	0.92	มาก
2.5 ทานเปลี่ยนหน้ากากอนามัยอันใหม่ เมื่อไอ จาม หรือมีน้ำมูก	4.18	0.92	มาก
2.6 ทานทิ้งหน้ากากอนามัยเมื่อใช้แล้ว โดยใส่ถุงพลาสติกปิดสนิทก่อนทิ้งลงในถังขยะที่มีฝาปิดมิดชิด	4.11	1.00	มาก
3. การเว้นระยะห่าง	4.24	0.77	มาก
3.1 ทานเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เพื่อความปลอดภัยจากผู้ที่ไอ จาม หรือเมื่อต้องพูดคุยกับคนอื่น	4.18	0.88	มาก
3.2 ทานหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ที่มีอาการคล้ายไข้หวัด เช่น ไอ จาม มีน้ำมูก	4.26	0.88	มาก
3.3 ทานไม่ไปในที่มีการจัดกิจกรรมที่ต้องรวมกลุ่มกันแออัด เช่น ตลาดนัด ห้างสรรพสินค้า สนามกีฬา เป็นต้น	4.17	0.94	มาก
3.4 ทานหลีกเลี่ยงการสัมผัสมือ กอด จับ หรือสัมผัสกับผู้อื่น	4.17	0.93	มาก
3.5 ทานหลีกเลี่ยงการใกล้ชิดกับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคโควิด-19	4.33	0.92	มาก
3.6 ทานงดเดินทางไปยังพื้นที่ที่มีการรายงานว่าเป็นพื้นที่เสี่ยงต่อการระบาดของโรคโควิด-19	4.33	0.91	มาก
4. การส่งเสริมสุขภาพ	4.06	0.71	มาก
4.1 ทานรับประทานผัก ผลไม้ อาหารที่มีประโยชน์ที่ปรุงสุกด้วยความร้อน และใช้ช้อนกลางส่วนตัวในการรับประทานอาหาร	4.31	0.82	มาก
4.2 ทานออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ในหนึ่งสัปดาห์ อย่างน้อย 3 วัน โดยใช้เวลาในแต่ละวันนาน 30-45 นาที	3.89	1.04	มาก
4.3 ทานหลีกเลี่ยงหรือพยายามงด ละ เลิก เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เหล้า เบียร์ ไวน์ เป็นต้น	4.24	0.94	มาก
4.4 ทานหลีกเลี่ยงหรือพยายามงด ละ เลิก การสูบบุหรี่ หรือยาเส้น	4.33	0.95	มาก
4.5 ทานนอนก่อนเวลา 22.00 น. และนอนหลับพักผ่อนเพียงพอประมาณ 7-8 ชั่วโมงต่อคืน	4.22	0.93	มาก
4.6 ทานมีความเครียด วิตกกังวล หงุดหงิด หรือนอนหลับไม่สนิท จากข่าวสารการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19	3.37	1.36	ปานกลาง
โดยรวม	4.15	0.69	มาก

จากตาราง 3 กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.15$, $SD = 0.69$) และทุกรายด้านอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การล้างมือ ($M = 4.06$, $SD = 0.81$) การใส่หน้ากากอนามัย ($M = 4.22$, $SD = 0.75$) การเว้นระยะห่าง ($M = 4.24$, $SD = 0.77$) และการเสริมสุขภาพ ($M = 4.06$, $SD = 0.71$)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี ($n = 392$)

ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19)		
	<i>r</i>	<i>p-value</i>	ระดับความสัมพันธ์
-ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ	0.65**	< .001	สูง
-การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ	0.69**	< .001	สูง
-การชักจูงโดยใช้คำพูด	0.70**	< .001	สูง
-การกระตุ้นทางอารมณ์	0.67**	< .001	สูง
โดยรวม	0.74**	< .001	สูง

** $p < .01$, * $p < .05$

จากตาราง 4 ปัจจัยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.74$) และในแต่ละรายด้านทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ($r = 0.65$) การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบ ($r = 0.69$) การชักจูงโดยใช้คำพูด ($r = 0.70$) และการกระตุ้นทางอารมณ์ ($r = 0.67$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ

ตาราง 5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี ($n = 392$)

ปัจจัยการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19)	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19)		
	<i>r</i>	<i>p-value</i>	ระดับความสัมพันธ์
-ด้านความรู้	0.80**	< .001	สูง
-ด้านทัศนคติ	0.82**	< .001	สูงมาก
-ด้านการปฏิบัติ	0.85**	< .001	สูงมาก
โดยรวม	0.87**	< .001	สูงมาก

** $p < .01$,

จากตาราง 5 ปัจจัยการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r = 0.87$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r = 0.80$) ส่วนด้านทัศนคติ ($r = 0.82$) และด้านการปฏิบัติ ($r = 0.85$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r = 0.74$) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ และพบว่าในแต่ละรายด้านทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ เช่นเดียวกัน สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถบรรลุในพฤติกรรมสุขภาพที่คาดหวังได้โดยผ่านประสบการณ์ แรงจูงใจ การรับรู้ และกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา Bandura (1997) ดังนี้

ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r = 0.65$) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ อธิบายด้วยทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ซึ่งเชื่อว่าประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่สุดในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จที่ทำให้เพิ่มการรับรู้ความสามารถตนเองนั้นจำเป็นต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จพร้อม ๆ กับการทำให้บุคคลได้รับรู้ว่าเขามีความสามารถที่จะทำได้เช่นนั้น จะทำให้บุคคลใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยบุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถจะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่าง ๆ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จอยู่ในระดับมาก ($M = 3.99$, $SD = 0.81$) โดยการรับรู้เรื่องการรับประทายรักษาโรคตามที่แพทย์สั่ง และการไปพบแพทย์ตามนัดอย่างเคร่งครัด ส่งผลดีต่อการรักษาโรคและสุขภาพ มากที่สุด ($M = 4.20$, $SD = 0.93$) สอดคล้องกับ Sirited & Thamaseeha (2019); Buasom, Promsiri-paiboon, & Sonkasetrin (2019) และ Bunthan, Whaikit, Soysang, Soynahk, Akaratanapol, & Kompayak (2020) พบว่าเมื่อบุคคลเกิดการเรียนรู้ย่อมทำให้มีการเปลี่ยนแปลงหลาย ๆ ด้าน ทั้งทางด้านความรู้ ความคิด ความเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์หรือความรู้สึก การเปลี่ยนแปลงทางด้านอารมณ์เคลื่อนไหวของร่างกายเกิดขึ้น ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ตรงและผลความสำเร็จ จะทำให้เกิดการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองมากขึ้น ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

การได้รับประสบการณ์จากตัวแบบมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r = 0.69$) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ อธิบายด้วยทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ได้ว่าการได้เห็นประสบการณ์จากตัวแบบหรือของบุคคลอื่นโดยการใช้ตัวแบบ (Modeling) การได้สังเกตตัวแบบที่มีความซับซ้อนและได้รับผลที่พึงพอใจ จะทำให้ผู้สังเกตเรียนรู้ว่าตนเองมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้ามีความพยายามไม่ย่อท้อทั้งจากตัวแบบที่มีชีวิตได้แก่ บุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือบุคคลทั่วไปที่ผู้สูงอายุสังเกตและสามารถติดต่อสัมพันธ์ได้ และตัวแบบสัญลักษณ์ เป็นภาพตัวแบบในสื่อสารมวลชนทั้งหลาย เช่น โทรทัศน์ หนังสือ คอมพิวเตอร์ เทปบันทึกเสียง เป็นต้น ซึ่งเป็นการเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้แล้วทำให้มีผลดีในการเน้นจุดสำคัญของการแสดงพฤติกรรม และสิ่งที่สำคัญคือสามารถควบคุมพฤติกรรมและผลกระทบของตัวแบบได้ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการได้รับ

ประสบการณ์จากตัวแบบ อยู่ในระดับมาก ($M = 3.86, SD = 0.77$) โดยการรับรู้จากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยและสุขภาพ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรง มากที่สุด ($M = 4.10, SD = 0.91$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sirited & Thammaseeha (2019) และ Jampathet, Chaem, & Faimuemvai (2018) พบว่าประสบการณ์ความสำเร็จของบุคคลอื่น การเห็นบุคคลอื่น ๆ หรือบุคคลที่เป็นแบบอย่างในชุมชนที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว สามารถสร้างความเชื่อในความสามารถของตนเองให้แข็งแกร่งขึ้น โดยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับประสบการณ์จากตัวแบบหรือบุคคลตัวอย่างจะมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

การใช้คำพูดชักจูงมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r = 0.70$) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ อธิบายด้วยทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ได้กล่าวไว้ว่าสมรรถนะแห่งตนมีความสำคัญมากในการจูงใจบุคคลให้กระทำพฤติกรรมต่าง ๆ ที่รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพ การบอกว่าบุคคลมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ซึ่งเป็นวิธีที่ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป การใช้คำพูดชักจูงเพียงอย่างเดียวไม่ค่อยได้ผลมากนัก ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองให้ได้ผล ควรใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จด้วย พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการใช้คำพูดชักจูง อยู่ในระดับมาก ($M = 3.99, SD = 0.77$) โดยการรับรู้ว่าการพูดชื่นชม การยกย่อง เชิดชูเกียรติ และสร้างขวัญกำลังใจ เป็นการส่งเสริมการปฏิบัติตนในเชิงบวกและการกระทำความดีในสังคม มากที่สุด ($M = 4.08, SD = 0.85$) สอดคล้องกับ Bunthan, Whaikit, Soysang, Soynahk, Akaratanapol, & Kompayak (2020) และ Lim, Noh, & Kim (2015) พบว่าเมื่อบุคคลได้รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคหรือคำนึงถึงสิ่งที่ตนเองจะได้รับ จะเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การใช้คำพูดชักจูงในเชิงบวก ช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ได้จากการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือการที่ตนเองไม่ติดเชื้อและไม่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตจากการติดเชื้อโรคนี้

การกระตุ้นทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ($r = 0.67$) กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ อธิบายด้วยทฤษฎีความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) ได้ว่าการกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพที่ถูกข่มขู่ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวล และความเครียดของบุคคลนั้น บางส่วนจะขึ้นอยู่กับการกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้นที่รุนแรงทำให้เกิดการกระทำที่ไม่ค่อยได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ เมื่อบุคคลไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วยสิ่งที่ไม่พึงพอใจ บุคคลจะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลวอันจะทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองลดลง แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้น ซึ่งการกระตุ้นให้เกิดอารมณ์ทางบวกจะช่วยให้เกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองดีขึ้นด้วย ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการกระตุ้นทางอารมณ์ อยู่ในระดับมาก ($M = 3.96, SD = 0.72$) โดยการรับรู้เรื่องอารมณ์ทางบวกมีผลต่อพฤติกรรมเพื่อสังคม เช่น การทักทาย การแสดงความชื่นชมผู้อื่น การมีสุขภาพจิตที่ดี ส่งผลต่อความสำเร็จของชีวิต มากที่สุด ($M = 4.14, SD = 0.86$) สอดคล้องกับ Buasom, Promsiripaiboon, & Sonkasetrin (2019) และ Nakklung & Thatsri (2017) ที่พบว่าการกระตุ้นทางอารมณ์ด้วยกระบวนการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ ทำให้เกิดผลดีของการปฏิบัติเพิ่มขึ้น นำไปสู่การมีพฤติกรรมป้องกันโรคได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมมากขึ้น

นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจัยการรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี ($r = 0.87$) โดยด้านความรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r = 0.80$) ส่วนด้านทัศนคติ ($r = 0.82$) และด้านการปฏิบัติ ($r = 0.85$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูงมากกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ ซึ่งอธิบายได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) อยู่ในระดับมาก (M

= 4.11, $SD = 0.86$) โดยรับรู้เรื่องการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้แก่ ใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือด้วยสบู่และน้ำหรือใช้เจลแอลกอฮอล์ การเว้นระยะห่าง 1 - 2 เมตร การหลีกเลี่ยงสัมผัสใกล้ชิดผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย มากที่สุด ($M = 4.28$, $SD = 0.99$) สอดคล้องกับ Glomjai, Kaewjiboon, & Chachvarat (2020) ที่พบว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้และมีพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 อยู่ในระดับมาก การรับรู้ด้านทัศนคติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ($M = 3.99$, $SD = 0.79$) โดยรับรู้และคิดว่าระยะพักตัวของโรคโควิด-19 นาน 2 - 14 วัน ทำให้ผู้สัมผัสโรคนี้ต้องกักกันและแยกตัวจากคนอื่นเป็นเวลา 14 วันมากที่สุด ($M = 4.24$, $SD = 0.90$) สอดคล้องกับ Rojpaisamkit (2016) พบว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นหากมีทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพ มีการรับรู้คุณค่าในตนเอง และการรับรู้ด้านการปฏิบัติเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ($M = 4.20$, $SD = 0.79$) โดยรับรู้ว่าการใส่หน้ากากอนามัยช่วยป้องกันโรคโควิด-19 โดยเฉพาะเมื่อต้องอยู่ในห้องร่วมกับคนอื่นหรือในที่มีคนแออัด มากที่สุด ($M = 4.30$, $SD = 0.93$) สอดคล้องกับ Glomjai, Kaewjiboon, & Chachvarat (2020) พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก โดยข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมในระดับมาก ได้แก่ หากอยู่ในที่ที่มีคนแออัดท่านใส่หน้ากากอนามัย และเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ท่านหยุดพักอยู่ที่บ้าน ไม่ออกไปนอกบ้าน ไม่เดินทางไปที่ชุมชนหรือที่สาธารณะ

พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ อำเภออุ้มผาง จังหวัดสุพรรณบุรี โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.15$, $SD = 0.69$) และทุกรายด้านอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ได้แก่ การล้างมือ ($M = 4.06$, $SD = 0.81$) การใส่หน้ากากอนามัย ($M = 4.22$, $SD = 0.75$) การเว้นระยะห่าง ($M = 4.24$, $SD = 0.77$) และการส่งเสริมสุขภาพ ($M = 4.06$, $SD = 0.71$) อธิบายได้ว่า การที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก อาจเนื่องมาจากสภาวะการณ์ที่เกิดการแพร่ระบาดของวิกฤติโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่อำเภออุ้มผางเป็นเรื่องใกล้ตัวของผู้สูงอายุมาก ประกอบกับมาตรการต่าง ๆ ของภาครัฐ ในการขอความร่วมมือประชาชน การประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารและมีแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนเพื่อหยุดยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อโรคนี้ โดยการได้รับความรู้จากบุคคลและสื่อต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่นการรณรงค์การล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ การใส่หน้ากากอนามัย การเว้นระยะห่างทางสังคม และการส่งเสริมสุขภาพ ในทุกพื้นที่ทั้งในครอบครัว ชุมชน และสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Glomjai, Kaewjiboon, & Chachvarat (2020) และ Bunthan, Whaikit, Soysang, Soynahk, Akaratanapol, & Kompayak (2020) ที่พบว่าพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนอยู่ในระดับมาก ทั้งในด้านการล้างมือ การใส่หน้ากากอนามัย และการเว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีความตระหนักด้านความปลอดภัยจากการติดต่อหรือได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19)

การนำผลการวิจัยไปใช้

การนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง เพื่อมาประยุกต์ใช้ในการจัดการด้านสุขภาพกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคในการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ โดยนำแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันพึงประสงค์นั้นภายใต้พื้นฐานการสร้างเชื่อมั่นในศักยภาพตนเองและการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุตามทฤษฎีของแบนดูรา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถที่จะเลือกปฏิบัติหรือกำหนดพฤติกรรมอันพึงประสงค์ที่เหมาะสมกับตนเองได้ โดยมีความคาดหวังต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นด้วยการรับรู้ทั้งด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และด้านการปฏิบัติที่สามารถจะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ต้องการและมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นต่อตนเองได้ ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง ควรนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองไปประยุกต์ใช้ร่วมกับรูปแบบการจัดการสุขภาพในบริบทเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ เช่น การเสริมพลัง (Empowerment) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกัน

โรค ด้วยศักยภาพของตนเองโดยการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีในสังคมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการสร้างกิจกรรมในบริบทชุมชนที่ส่งผลต่อการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพทั้งในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุนั้นใจในตนเองเพิ่มขึ้น เกิดความตระหนักและมีการเตรียมความพร้อมเผชิญกับผลกระทบทั้งในด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตจากสถานการณ์ที่ไม่อาจคาดหวังหรือไม่เคยประสบมาก่อน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบการมีส่วนร่วม และการศึกษาผลของรูปแบบโปรแกรมการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ดูแล เนื่องจากการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเองมีความเกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่มีผลต่อการเกิดโรคและภาวะสุขภาพ ซึ่งบุคคลมีทักษะที่จะปฏิบัติเหมาะสมและมีกำลังใจเพียงพอ ความคาดหวังในความสามารถจึงเป็นสิ่งสำคัญหรือช่วยตัดสินใจว่าคุณจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปขยายผลในการศึกษาครั้งต่อไป

References

- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Best, J. W. (1981). *Research in Education*. (3rd ed.). Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice. Hall Inc.
- Black, K. (2010). *Business Statistics for Contemporary Decision Making*. (6th ed.). USA: Wiley.
- Bloom, B. S. (1964). *Taxonomy of Education Objective: The Classification of Educational Goals: Handbook II: Affective Domain*. New York: David McKay.
- Buasom, P., Promsiri-paiboon, Y., & Sonkasetrin, A. (2019). Effects of Self-Efficacy Program on Health Behavior Modification in Elderly of High Blood Pressure Risk Group in Rommanee Sub-District, Kapong District, Phangnga Province. *Journal of the Community Health Development Quarterly Khon Kaen University*, 5(4), 549-567. (in Thai)
- Bunthan, W., Whaikit, P., Soysang, V., Soynahk, C., Akaratanapol, P., & Kompayak, J. (2020). Factor Influencing to Health Promotion Behavior for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Prevention of Older Adults. *Journal of The Police Nurses*, 12(2), 323-337. (in Thai)
- Chatterjee, P., Nagi, N., Agarwal, A., Das, B., Banerjee, S., Sarkar, S., et al. (2020). The 2019 Novel Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic: A Review of the Current Evidence. *Indian J Med Res*, 151, 147-159.
- Department of Disease Control. (2020). *Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) WHO Thailand Situation Report -21 February 2020*. Retrieved April 7, 2020 from <https://ncmc.moph.go.th/home/index.php/index/detail/29762>.
- Devalersakul, N., Siriwarakoon, W., & Rodyim, C. (2016). The Development of the Elderly as a Burden to Power: Case Study of Rangsit City Municipality. *Veridian E-Journal Silpakorn University. (Humanities, Social Sciences and Arts)*, 9(1), 529-545. (in Thai)

- Duangchinda, A., Sritarapipat, P., Injeen, J., & Manfak P. (2019). Factors Related to the Activities of Daily Living and Quality of Life among Thai Elderly in Chai Nat Province. *Journal of Health and Nursing Research*, 35(3), 60-73. (in Thai)
- Glomjai, T., Kaewjiboon, J., & Chachvarat, T. (2020). Knowledge and Behavior of People Regarding Self-Care Prevention from Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). *Journal of Nursing, Public Health, and Education*, 21(2), 29-39. (in Thai)
- Jamphatet, N., Chaem C, L., & Faimuemvai, P. (2018). The Nurse's Role for Apply Self-Efficacy Theory in the Elderly Diabetic. *HCU. Journal*, 21(42), 153-164. (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Lim, E. J., Noh, J. H., & Kim, E. Y. (2015). A Study of Factors Affecting Health-Promoting Behaviors to Young-Elderly Adults in Urban and Rural Communities. *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, 7(5), 367-374.
- Ministry of Public Health. (2020). *News Report of Coronavirus 2019, The News of Operation Center for Coronavirus Disease 2019*. Retrieved March 15, 2020 from <http://www.moph.go.th>.
- Nakkling, Y., & Thatsri, P. (2017). Effect of Self-Efficacy Enhancement Program on Health Behaviors among Older Adults with Uncontrolled Hypertension. *APHEIT*, 6(1), 27-35. (in Thai)
- Nguyen, H., Manolova, G., Daskalopoulou, C., Vitoratou, S., Prince, M., & Prina, M. (2019). Prevalence of Multimorbidity in Community Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *J Comorb*, 9, 1-15.
- Pantaewan, P. (2017). Self-Efficacy Theory and Smoking Cessation. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 18(3), 35-43. (in Thai)
- Powwattana, A., Kalampakorn, S., Lagampan, S., & Amnatsatsue, K. (2018). *Health Promotion and Disease Prevention in Community: An Application of Concepts and Theories to Practice*. Khon Kaen: Klunghana Printing Press. (in Thai)
- Prasartkul, P., (Editor). (2018). *Situation of the Thai elderly in 2018*. Bangkok: Duean Tula Printing, 649-655. (in Thai)
- Randolph, H. E., & Barreiro, L. B. (2020). Herd Immunity: Understanding COVID-19. *Immunity* 52, 737-741.
- Region 5 Public Health. (2020). *Health Data Center: The Number of Older People in a Sub-Area According to Activities of Daily Living*. Retrieved April 7, 2020 from <https://www.rbpho.moph.go.th>.
- Rojpaisarnkit, K. (2016). Factors Influencing Health Promoting Behaviors of Thai Elderly: A Case Study of Middle Old Age in Samut Prakan Province. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 28(3), 68-83. (in Thai)
- Sararuk, M., Nganchamung, T., & Krasuaythong, N. (2020). Health Status and Health Behaviors among Elderly in Kham Kwang Sub-District, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province. *Srinagarind Med J*, 35(3), 304-310. (in Thai)

- Silangirn, P. (2017). *Factors Related to Self-Care Behaviors among Elderly of Phayao Province*. A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirement for the Degree of Master of Public Health in Health Promotion Management Faculty of Public Health, Thammasat University. (in Thai)
- Sirited, P., & Thammaseeha, N. (2019). Self-Efficacy Theory and Self-Healthcare Behavior of the Elderly. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*, 20(2), 58-65. (in Thai)
- Soichue, M., Benjakul, S., Kengganpanich, M., & Kengganpanich, T. (2017). Effects of the Arm Swing Exercise Program Applying Self-Efficacy Theory and Social Support of the Young Elderly in Bangkok Metropolitan. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 33(2), 73-83. (in Thai)
- Suphan Buri Government Administrative Center. (2020). *Order Announcement Suphan Buri about Urgent Measures for the Prevention and Control of COVID-19*. Retrieved April 7, 2020 from <https://ww1.suphanburi.go.th/news/detail/949>.
- Tantipalachewa, K. (2013). *Elderly Health: Self-Care by Yourself*. Bangkok: B Books. (in Thai)
- Thongbu, P., Potisupsuk, C., & Nontasawatsri, S. (2019). Effects of a Self-Health Promotion Program for Elderly Patients with Uncontrolled Hypertension in Tambon Laoluang, Kasetwisai District, Roi-Et Province. *Thai Journal of Nursing*, 68(4), 1-10. (in Thai)
- World Health Organization-WHO. (2020a). *Pneumonia of Unknown Cause-China: Disease Outbreak News*. WHO, Geneva? Retrieved April 14, 2020 from <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unkown-cause-china/en/>.
- World Health Organization-WHO. (2020b). *Coronavirus Disease (COVID-2019) Situation Reports. Situation Report-144*. Retrieved April 14, 2020 from <https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/situation-reports>.
- World Health Organization-WHO. (2012c). *Health Education: Theoretical Concepts, Effective Strategies and Core Competencies; A Foundation Document to Guide Capacity Development of Health Educators*. Retrieved April 17, 2020 from https://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf.

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา

Factors Influencing Preventive Behavior towards Coronavirus Disease 2019

among People in Khohong Town Municipality Songkhla Province

อภิวดี อินทเจริญ^{1*}, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ², กัลยา ตันสกุล³ และ สุวรรณ ปัตตะพัฒน์⁴

Apiwadee Inthacharoen^{1*}, Kantamaht Kanchanapoom², Kanlaya Tansakul³

and Suwanna Pattapat⁴

นักศึกษาลัทธิสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา^{1*},
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา², คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยหาดใหญ่³,
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอหงส์⁴

Graduate student, Master of Public Health Program in Community Health Songkhla Rajabhat University^{1*},

Faculty of Science and Technology Songkhla Rajabhat University²,

Faculty of Science and Technology Hat Yai University³, Khohong Health Promoting Hospital⁴

(Received: February 16, 2021; Revised: August 14, 2021; Accepted: August 23, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทำนายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา จำนวน 381 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งชักนำ และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา มีคะแนนอยู่ระหว่าง .67–1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา อยู่ระหว่าง .765 –.890 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ($M=2.89$, $SD=0.32$) คิดเป็นร้อยละ 88.45 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา ได้ร้อยละ 31.1 ($R^2=.311$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta=.242$, $p=.000$)

ผลการศึกษานำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบ วางแผน และจัดกิจกรรมที่เหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การจัดตั้งกลุ่มหรือเครือข่ายออนไลน์ สำหรับให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักและนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีอิทธิพล, พฤติกรรมการป้องกันโรค, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: apiwadee91@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-5402716)

Abstract

This predictive research aimed to investigate factors influencing preventive behavior towards Coronavirus disease 2019 among people in Khohong city municipality, Songkhla province. Totally, 381 respondents were randomly selected. Questionnaires including demographical data, knowledge about Coronavirus disease 2019, perception on Coronavirus disease 2019, cues of action against Coronavirus disease 2019, and protective behavior towards Coronavirus disease 2019 were employed for data collection. The questionnaires used in this study were validated by three experts, with Index of Item-Objective Congruence (IOC) between .67 and 1.00 and Cronbach's Alpha Coefficient between .765 and .890. The data were analyzed using the Descriptive statistics and Multiple Linear Regressions.

The results revealed that most of respondents (88.45%) had a good level of preventive behavior of Coronavirus disease 2019 ($M=2.89$, $SD=0.32$). Demographical factors including gender, marital status, education level, career, and monthly income; knowledge about Coronavirus disease 2019; perceived susceptibility; perceived severity; perceived benefits; perceived barriers; interpersonal influence; and gained information could together explain the variance of respondents' preventive behavior towards Coronavirus disease 2019 with 31.1% ($R^2 = .311$) at .01 statistical significance. Perceived severity was the greatest factor affecting the preventive behavior of Coronavirus disease 2019 ($\beta = .242$, $p = .000$).

Results of this study could be employed for determining, planning, and arranging suitable Coronavirus disease 2019 preventive activities for population during the Coronavirus disease 2019 era. Activities such as organizing an online group network for providing information about severity of Coronavirus disease 2019 could help increase awareness and improve preventive behaviors towards Coronavirus disease 2019.

Keywords: Influencing factors, Preventive behavior, Coronavirus disease 2019

บทนำ

ปัจจุบันการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่จัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่คุกคามต่อสุขภาพของชนทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การเมือง และทำให้เกิดความโกลาหลของประชาชนในประเทศหรือในบริเวณที่มีการพบผู้ติดเชื้อ (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาได้เกิดการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ขึ้นทั่วโลกอย่างต่อเนื่อง และล่าสุดในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 ที่พบการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่องค์การอนามัยโลกใช้ชื่อเรียกอย่างเป็นทางการว่า “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019” หรือ “โควิด-19” (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2563)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ซึ่งมีการค้นพบครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 ที่ผ่านมาสำหรับการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น เริ่มต้นเมื่อรัฐบาลจีนรายงานผู้ป่วยติดเชื้อให้แก่องค์การอนามัยโลกประจำสาธารณรัฐประชาชนจีนทราบ เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 จากนั้นองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็น ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในวันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 และยกระดับให้เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลกในวันที่ 12 มีนาคม พ.ศ. 2563 สำหรับสถานการณ์การระบาดในประเทศไทยนั้น กระทรวงสาธารณสุขยืนยันพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายแรกในวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2563 และปัจจุบันในวันที่

20 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 มีรายงานผู้ติดเชื้อในประเทศไทย 3,250 ราย และมีผู้เสียชีวิตทั้งหมด 58 ราย (กรมควบคุมโรค, 2563)

ทั้งนี้ โรคติดต่ออุบัติใหม่ส่วนใหญ่มีความซับซ้อนและยากต่อการจัดการ หากขาดระบบและเครื่องมือป้องกันควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพแล้ว โรคเหล่านี้อาจก่อความสูญเสียต่อชีวิตและสุขภาพของประชาชน และอาจส่งผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างมหาศาล (สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ซึ่งในแต่ละประเทศย่อมมีมาตรการการรับมือที่แตกต่างกันตามความรุนแรงของการแพร่ระบาด โดยในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และเนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนสำหรับป้องกันโรคหรือยารักษาโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นเป้าหมายหลักในการควบคุมโรค คือการป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่น รวมไปถึงการป้องกันตัวเองจากเชื้อโรคของประชาชน

ด้วยเหตุผลดังกล่าวนี้ ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาว่ามีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยนำกรอบแนวคิด ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ Becker (1974) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติ พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน โดยเลือกศึกษาในพื้นที่เทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา เนื่องจากรายงานของกรมควบคุมโรค ณ วันที่ 20 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 พบว่าจังหวัดสงขลา มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อสูงถึง 134 คน มากที่สุดเป็นลำดับที่ 5 ของประเทศไทย (กรมควบคุมโรค, 2563) โดยเขตอำเภอที่มีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อมากที่สุดในจังหวัดสงขลา คือ อำเภอหาดใหญ่ ซึ่งมีรายงานยืนยันจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 18 คน (ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอหาดใหญ่, 2563) และในจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 18 คนนี้ พบว่าเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์จำนวน 5 คน คิดเป็นอัตราความชุก เท่ากับ 10.82 ต่อหนึ่งแสนประชากร มากที่สุดเมื่อเทียบกับพื้นที่เขตการปกครองอื่น ๆ ในอำเภอหาดใหญ่ นอกจากนี้เทศบาลเมืองคอหงส์ยังเป็นเขตการปกครองที่มีความหนาแน่นของประชากรค่อนข้างมาก จากข้อมูลรายงานสถิติจำนวนประชากรจำแนกตามเขตการปกครอง ปี พ.ศ. 2561 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าเทศบาลเมืองคอหงส์มีประชากรรวมทั้งสิ้น 46,184 คน มีความหนาแน่นของประชากรเท่ากับ 1,329 คนต่อตารางกิโลเมตร (สำนักงานสถิติจังหวัดสงขลา, 2562) และยังเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะเป็นทั้งสังคมเมืองและสังคมชนบท เหมาะแก่การดำเนินการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นต้นแบบในการเรียนรู้ของพื้นที่อื่น ๆ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบ วางแผน และกำหนดวิธีที่เหมาะสมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อไปได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล และพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา

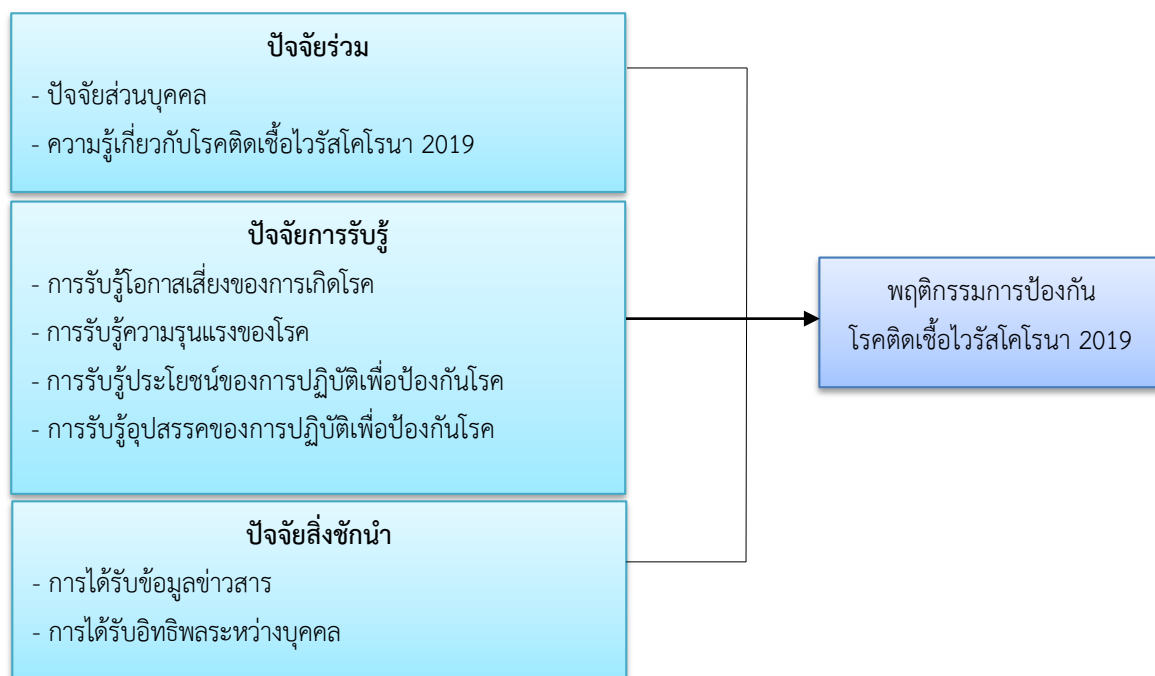
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา

สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลาได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าวิจัยได้ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ของ Becker (1974) สำหรับอธิบายการตัดสินใจของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ โดยการที่บุคคลจะเกิดพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคนั้น บุคคลต้องเกิดการรับรู้และแรงจูงใจ และต้องมีความเชื่อของตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค และโรคนั้นมีความรุนแรง มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งมีความเชื่อว่าการป้องกันตนเองจากโรคนั้นจะเกิดผลดี ช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค หรือลดความรุนแรงของโรคได้ (ภิรมย์พร ใจหนักแน่น, 2557) โดยแนวคิดแบบความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค 2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค 3) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค 5) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ 6) ปัจจัยร่วม ซึ่งจากแนวคิดแบบความเชื่อด้านสุขภาพดังกล่าวของ Becker สามารถสรุปกรอบแนวคิดการวิจัยได้ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงทำนาย (Predictive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา จำนวนทั้งหมด 46,184 คน (สำนักงานสถิติจังหวัดสงขลา, 2562) คุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้

มีภูมิสำเนาและอาศัยอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา 2) เป็นผู้ที่สามารถอ่านและตอบข้อคำถามในแบบสอบถามได้ 3) เป็นผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยและสามารถถอนการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา จำนวน 381 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ในกรณีทราบจำนวนของประชากรที่แน่นอน โดยคำนวณจากสูตรการประมาณขนาดตัวอย่างของ Wayne (1995) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนอย่างน้อย 381 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างแยกตามหมู่บ้านให้ได้สัดส่วน โดยใช้สูตรคำนวณของบุญใจ ศรีสถิตนรากร (2553) และสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นเอง ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาอาชีพ และรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 12 ข้อ แบบให้เลือกตอบ แบบใช่และไม่ใช่ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของ Bloom (1971) ได้แก่ มีความรู้ระดับต่ำ (คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60) มีความรู้ระดับปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79) มีความรู้ระดับสูง (คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านการรับรู้ ทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ แบบสอบถามด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค จำนวน 10 ข้อ แบบสอบถามด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ และแบบสอบถามด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538) ได้แก่ มีการรับรู้ต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) มีการรับรู้ปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) มีการรับรู้สูง (3.68-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ทั้งหมด 2 ด้าน ได้แก่ แบบสอบถามด้านการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล จำนวน 10 ข้อ และแบบสอบถามด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ คือ สม่าเสมอ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคย โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538) ได้แก่ ได้รับระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) ได้รับระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) ได้รับระดับสูง (3.68-5.00 คะแนน)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบ Rating Scale 5 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์การแปลผลคะแนนของวิเชียร เกตุสิงห์ (2538) ได้แก่ มีพฤติกรรมระดับต่ำ (1.00-2.33 คะแนน) มีพฤติกรรมระดับปานกลาง (2.34-3.67 คะแนน) มีพฤติกรรมระดับดี (3.68-5.00 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขชุมชน 3 ท่าน ได้ผลการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ที่มีค่าคะแนนอยู่ระหว่าง 0.67-1.00

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญที่ได้ตรวจสอบความเที่ยงตรง ไปทดลองใช้กับกลุ่มคนที่มีลักษณะใกล้เคียง (Try Out) คือ กลุ่มประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้สูตรแบบคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าเท่ากับ .691 ส่วนแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล การได้รับข้อมูล

ข่าวสาร และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ .837, .831, .767, .765, .947, .837 และ .890 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา และอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามให้แก่กลุ่มตัวอย่าง ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หลังจากนั้นจึงนำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของคำตอบ และรวบรวมข้อมูลเพื่อทำการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยด้านปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล และพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร และการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Enter Multiple Linear Regression)

โดยมีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติ คือ ตัวแปรมีการวัดเป็นแบบช่วงมาตรา (Interval Scale) และอัตราส่วนมาตรา (Ratio Scale) ซึ่งข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรอิสระมีค่า Zero Order อยู่ระหว่าง -.103 ถึง .449 ถือว่าตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์กันเพียงพอที่จะเข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยได้ การตรวจสอบความเป็นพหุสัมพันธ์ร่วม (Multicollinearity) พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีค่าองค์ประกอบความแปรปรวน (Variance Inflation Factors: VIF) อยู่ระหว่าง 1.019 ถึง 2.007 และตัวแปรอิสระทุกตัวเป็นอิสระต่อกัน เนื่องจากมีค่า Tolerance อยู่ระหว่าง .498 ถึง .981 ซึ่งหาก VIF มีค่าเกิน 10 และค่า Tolerance เข้าใกล้ 0 จะถือว่าตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันมาก หรือเกิดปัญหาความเป็นพหุสัมพันธ์ร่วม และเมื่อตรวจสอบค่าความสัมพันธ์ระหว่างความคลาดเคลื่อน พบว่า ข้อมูลไม่เกิด Autocorrelation โดยมีค่า Durbin-Watson เท่ากับ 1.602 ซึ่งค่า Durbin-Watson อยู่ระหว่าง 1.5 - 2.5 จะถือว่าค่าความคลาดเคลื่อนไม่มีความสัมพันธ์กัน (อุมาพร เทียมทัต, 2550)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา เลขที่รับรอง S0023B/2563 ลงวันที่ 18 กันยายน 2563 ก่อนการเริ่มต้นเก็บข้อมูลวิจัยด้วยแบบสอบถามได้มีการอธิบายโครงการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่างวิจัย และมีการขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรก่อนการสอบถามข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 381 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.57) อยู่ในช่วงอายุ 20-29 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 30.45) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด (ร้อยละ 46.46) ระดับการศึกษาสูงสุด คือระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 50.66) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 27.30) และมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วง 10,001-20,000 บาท มากที่สุด (ร้อยละ 38.84)

2. วิเคราะห์ระดับความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล การได้รับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=381)

ปัจจัย	M	SD	ระดับ
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	9.90	1.53	ระดับสูง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	2.93	0.26	ระดับสูง
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	2.91	0.29	ระดับสูง
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	2.93	0.26	ระดับสูง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	2.14	0.64	ระดับปานกลาง
การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล	2.87	0.36	ระดับสูง
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	2.70	0.47	ระดับสูง
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	2.89	0.32	ระดับดี

จากตาราง 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ($M=9.90$, $SD=1.53$) คิดเป็นร้อยละ 66.40 โดยข้อคำถามที่ได้คะแนนต่ำที่สุด คือ ระดับความเข้มข้นของแอลกอฮอล์ที่สามารถฆ่าเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้คือ 50% ขึ้นไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค อยู่ในระดับสูง ($M=2.93$, $SD=0.26$) คิดเป็นร้อยละ 92.65 โดยข้อคำถามที่ได้คะแนนต่ำที่สุด คือ ท่านมีความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หากท่านรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น การรับรู้ความรุนแรงของโรค อยู่ในระดับสูง ($M=2.91$, $SD=0.29$) คิดเป็นร้อยละ 91.34 โดยข้อคำถามที่ได้คะแนนต่ำที่สุด คือ ท่านอาจได้รับการปฏิบัติที่ไม่ดีจากคนรอบข้าง หากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค อยู่ในระดับสูง ($M=2.93$, $SD=0.26$) คิดเป็นร้อยละ 92.91 โดยข้อคำถามที่ได้คะแนนต่ำที่สุด คือ หากท่านสามารถป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ท่านจะสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค อยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.14$, $SD=0.64$) คิดเป็นร้อยละ 56.95 โดยข้อคำถามที่มีคะแนนสูงที่สุด คือ ท่านรู้สึกไม่สบายใจที่จะต้องเว้นระยะห่างกับคนในครอบครัว คนใกล้ชิด หรือคนรู้จัก การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล อยู่ในระดับสูง ($M=2.87$, $SD=0.36$) คิดเป็นร้อยละ 88.45 โดยข้อคำถามที่ได้คะแนนต่ำที่สุด คือ คนรอบตัวท่านหลีกเลี่ยงการออกนอกบ้านตามมาตรการของรัฐบาลเพื่อช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การได้รับข้อมูลข่าวสาร อยู่ในระดับสูง ($M=2.70$, $SD=0.47$) คิดเป็นร้อยละ 70.08 โดยข้อคำถามที่ได้คะแนนต่ำที่สุด คือ ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านสื่อวิทยุ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ($M=2.89$, $SD=0.32$) คิดเป็นร้อยละ 88.45 โดยข้อคำถามที่ได้คะแนนต่ำที่สุด คือ ท่านเว้นระยะห่างระหว่างตนเองกับผู้อื่นอย่างน้อย 1 เมตร

3. วิเคราะห์อำนาจการทำนายของปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างปัจจัยร่วม ปัจจัยด้านการรับรู้ และปัจจัยด้านสิ่งชักนำ กับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่างประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา (n=381)

ปัจจัย	b	β	t	Sig.
1. ปัจจัยร่วม				
เพศ	.014	.021	.475	.635
อายุ	.002	.009	.151	.880
สถานภาพสมรส	.001	.002	.028	.978
ระดับการศึกษาสูงสุด	.008	.030	.570	.569
อาชีพ	-.008	-.040	-.897	.370
รายได้ต่อเดือน	-.020	-.066	-1.179	.239
ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	.035	.057	1.222	.222
2. ปัจจัยด้านการรับรู้				
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	.089	.073	1.508	.133
การรับรู้ความรุนแรงของโรค	.263	.242	4.440	<.001
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	.218	.175	3.480	.001
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค	-.065	-.130	-2.970	.003
3. ปัจจัยด้านสิ่งชักนำ				
การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล	.136	.154	3.142	.002
การได้รับข้อมูลข่าวสาร	.083	.123	2.542	.011
R = .558	R ² = .311	R ² _{adj} = .287		
SE _{est} = .270	F = 12.827**	a = 2.787		

จากตาราง 2 การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างปัจจัยที่ใช้ในการศึกษา กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติการวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณ (Enter Multiple Linear Regression) พบว่า เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา ได้ร้อยละ 31.1 ($R^2 = .311$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุดได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta = .242$) รองลงมา คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การได้รับข้อมูลข่าวสาร การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค รายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด เพศ อายุ และสถานภาพสมรส ตามลำดับ ($\beta = .175, .154, -.130, .123, .073, -.066, .057, -.040, .030, .021, .009$ และ $.002$ ตามลำดับ) และจากผลการวิเคราะห์ข้างต้น สามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$Y \text{ (พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019)} = 2.787 + .014 \text{ (เพศ)} + .002 \text{ (อายุ)} + .001 \text{ (สถานภาพสมรส)} + .008 \text{ (ระดับการศึกษา)} - .008 \text{ (อาชีพ)} - .020 \text{ (รายได้ต่อเดือน)} + 0.35 \text{ (ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019)} + .089 \text{ (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค)} + .263 \text{ (การรับรู้ความรุนแรงของโรค)}$$

โรค) +.218 (การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค) - .065 (การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค) +.136 (การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล) +.083 (การได้รับข้อมูลข่าวสาร) และสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้

Z (พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) = .021 (เพศ) + .009 (อายุ) +.002 (สถานภาพสมรส) + .030 (ระดับการศึกษา) - .040 (อาชีพ) - .066 (รายได้ต่อเดือน) + 0.57 (ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019) + .073 (การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค) +.242 (การรับรู้ความรุนแรงของโรค) +.175 (การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค) - .130 (การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค) +.154 (การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล) +.123 (การได้รับข้อมูลข่าวสาร)

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ ระหว่างปัจจัยที่ใช้ในการศึกษากับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ และรายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร สามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา ได้ร้อยละ 31.1 ($R^2 = .311$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด คือ การรับรู้ความรุนแรงของโรค ($\beta = .242$) ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($B = .263$) สอดคล้องกับงานวิจัยของกิตติพร เนาว์สุวรรณ, นนชา สิงห์วีรธรรม และนพพร ดำแสงสวัสดิ์ (2563) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถทำนายบทบาทการควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. ได้ร้อยละ 17.30 ($R^2 = .173$) โดยการรับรู้ความรุนแรงของโรค อาจเป็นผลเนื่องมาจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน ที่มีการเผยแพร่ข้อมูลที่กล่าวถึงความรุนแรงของโรคที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ การเจ็บป่วยและเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อ ทำให้บุคคลตระหนักถึงความรุนแรงของโรคมก และนำไปสู่ความตระหนักถึงการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ตั้งคำอธิบายตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่อธิบายไว้ว่า เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรค หรือการเจ็บป่วยแล้วจะมีผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รองลงมา คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ($\beta = .175$) โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($B = .218$) สอดคล้องกับงานวิจัยของวิญญู ญูพันธุ์ และคณะ (2563) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุได้ ($\beta = .200, p = .011$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของทักษกร หมั่นนิพัฒน์ (2555) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหืด และการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคหืด สามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมป้องกันโรคหืดของผู้ป่วยโรคหืดได้ร้อยละ 35.9 ($R^2 = 0.359$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยประโยชน์ที่บุคคลสามารถรับรู้ได้จากการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น การไม่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การไม่สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา และการไม่สูญเสียเวลาในการเข้ารับการรักษาและกักตัวที่สถานพยาบาล เป็นต้น ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ได้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค โดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่จะปฏิบัตินั้นเป็นสิ่งที่ดีและมีความเหมาะสมในการป้องกันโรคได้จริง บุคคลจะเกิดแรงจูงใจและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับต่อมา คือ การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล ($\beta=.154$) โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($B=.136$) สอดคล้องกับงานวิจัยของวิญญูทัณญ บัญทัน และคณะ (2563) ที่พบว่า การได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุได้ ($\beta=.193, p=.004$) โดยการได้รับการกระตุ้นเตือนเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมไปถึงการได้รับคำแนะนำในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากสมาชิกครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน บุคลากรสุขภาพภายในชุมชน หรือจากองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นส่วนที่ช่วยให้บุคคลเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพและปฏิบัติตนเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสามารถอธิบายตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ได้ว่า การได้รับคำแนะนำหรือคำเตือนจากบุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลใกล้ชิด จะกระตุ้นให้บุคคลเกิดพฤติกรรมที่ต้องการออกมา ซึ่งจะช่วยให้บุคคลเกิดการปฏิบัติหรือการตัดสินใจปฏิบัติในสิ่งที่เป็ประโยชน์ต่อสุขภาพด้วยตนเอง

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับต่อมา คือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค ($\beta=-.130$) โดยมีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($B=-.065$) สอดคล้องกับงานวิจัยของวิญญูทัณญ บัญทัน และคณะ (2563) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุได้ ($\beta=-.189, p=.002$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของจรรุวรรณ แผลมไธสง (2559) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กได้ ($\beta=-.182$) โดยที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองนั้นไม่ได้มีอุปสรรคหรือไม่รู้สึกถึงความยากลำบากในการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น ไม่รู้สึกอึดอัดเมื่อต้องสวมหน้ากากอนามัย สามารถเว้นระยะห่างทางสังคมได้ ล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอ เป็นต้น จะทำให้บุคคลนั้นเกิดพฤติกรรมในการป้องกันตนเอง จากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ ซึ่งสามารถอธิบายตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ได้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ถึงอุปสรรคในการป้องกันโรค โดยเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติในทางลบ หรือเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติที่ทำให้เกิดผลกระทบในแง่ลบ ส่งผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติ แต่หากบุคคลมีความเชื่อว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นช่วยลดความรุนแรงของโรคหรือลดความเสี่ยงในการเกิดโรคได้จริง จะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อป้องกันโรค

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลำดับต่อมา คือ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ($\beta=.123$) โดยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($B=.083$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ Poonaklom (2020) ที่พบว่า การได้รับสื่อข้อมูลต่าง ๆ สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้ใหญ่ได้ ($\beta=.410, p<.001$) โดยสังคมในปัจจุบันมีการติดต่อสื่อสารระหว่างกันได้ง่าย และสะดวกรวดเร็ว ทำให้การกระจายข่าวสารหรือสื่อความรู้ต่าง ๆ สามารถทำได้ง่ายและทั่วถึงในกลุ่มคนทุกเพศทุกวัย เมื่อบุคคลได้รับข่าวสารเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่มีความรุนแรงและแพร่ระบาดไปทั่วโลก รวมไปถึงมีการแพร่ระบาดในประเทศไทย ทำให้บุคคลให้ความสนใจถึงสถานการณ์ความรุนแรงและตระหนักที่จะปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และสามารถอธิบายตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ได้ว่า สิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคล นั้น ๆ มีพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม การที่บุคคลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดโรคและลดความรุนแรงที่เกิดจากการป่วย จะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติ

สำหรับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค รายได้ต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด เพศ อายุ และสถานภาพสมรส นั้น เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกัน

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่างได้เช่นเดียวกัน โดยมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 น้อย ลดหลั่นกันลงมาตามลำดับ ($\beta=.073, -.066, .057, -.040, .030, .021, .009$ และ $.002$ ตามลำดับ) และยังสามารถอธิบายได้ตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่อธิบายว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค คือความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ แต่ละบุคคลจะมีความเชื่อในระดับที่ไม่เท่ากัน ดังนั้น บุคคลจึงมีวิธีหลีกเลี่ยงต่อการเป็นโรคด้วยการปฏิบัติตามเพื่อป้องกันและรักษาสุขภาพที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ ยังมีงานวิจัยของ Poonaklom (2020) ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มผู้ใหญ่ได้ ($\beta=.200, p<.001$) ได้เช่นเดียวกัน สำหรับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 นั้น แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้อธิบายว่า ความรู้เป็นปัจจัยโครงสร้างพื้นฐานปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติของบุคคลได้ และปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ต่อเดือน เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติของบุคคลในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยงานวิจัยของจากรวรรณ แผลมโธสง (2559) พบว่า อายุและความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กได้ ($\beta=-.227$ และ $.202$ ตามลำดับ)

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการวิจัยนี้ ซึ่งพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการได้รับอิทธิพลระหว่างบุคคล โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำผลการวิจัยดังกล่าว ไปใช้เป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบ วางแผน และจัดกิจกรรมที่เหมาะสม และสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของประชาชนในช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน เช่น การจัดตั้งกลุ่มหรือเครือข่ายออนไลน์สำหรับให้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้ประชาชนเกิดความตระหนักและนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รวมถึงอาจจัดให้มีการสนทนาออนไลน์กับบุคคลากรด้านสาธารณสุขเพื่อให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ถูกต้องแก่ประชาชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มตัวอย่างที่มีความเฉพาะเจาะจง เช่น กลุ่มนักเรียนนักศึกษา กลุ่มผู้สูงอายุ หรือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่มีประสิทธิภาพและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในงานด้านสาธารณสุขต่อไปในอนาคต

References

- กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานสถานการณ์ โควิด-19. สืบค้นเมื่อ 21 กรกฎาคม 2563. จาก <https://covid19.ddc.moph.go.th/>,
กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. (2563). คู่มือการตรวจวินิจฉัย โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ทางห้องปฏิบัติการ. กรุงเทพฯ:
กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีรธรรม และนพพร ดำแสงสวัสดิ์. (2563). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทย. วารสารสถาบันบำราศนราดูร, 14(2), 92-103.

- จารุวรรณ แผลมโธสง. (2559). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็ก กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ทัชชกร หมั่นนิพัฒน์. (2555). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อในผู้ป่วยโรคติดต่อที่มารับบริการในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). ระเบียบวิธีการวิจัยพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูเอเอ็นไอ อินเตอร์มีเดีย.
- ภิรมย์พร ใจหนักแน่น. (2557). การศึกษาพฤติกรรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของการบริโภคเครื่องดื่มเกลือแร่ของนิสิตมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรบัณฑิต (สุขศึกษา). มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- วิเชียร เกตุสิงห์. (2538). “ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย”. *ข่าวสารการวิจัยการศึกษา*, 18(2), 63-74.
- วิญญูทัณญ์ บุญทัน และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 12(2), 323-337.
- ศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคอำเภอหาดใหญ่. (2563). รายงานสถานการณ์ COVID-19 ประจำวันที่ 3 กรกฎาคม 2563.
- สำนักงานสถิติจังหวัดสงขลา. (2562). รายงานสถิติจังหวัดสงขลา พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. สงขลา: สำนักงานสถิติจังหวัดสงขลา.
- สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2555). แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2556-2559). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- สำนักโรคติดต่ออุบัติใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2559). แผนยุทธศาสตร์เตรียมความพร้อมป้องกัน และแก้ไขปัญหาโรคติดต่ออุบัติใหม่แห่งชาติ (พ.ศ. 2560 - 2564). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์
- อุมาพร เทียมทัต. (2550). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแบบการเรียนรู้กับปัญหาของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนสังกัดสำนักบริหารงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. ปรินิพนธ์การบริหารการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวัดผลการศึกษา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Sick Role Behavior. *Health Education Monographs*, 2, 409-419.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill.
- Poonaklom, P. et al. (2020). Factors Associated with Preventive Behaviors towards Coronavirus Disease (COVID-19) among Adults in Kalasin Province, Thailand, 2020. *Outbreak, Surveillance, Investigation & Response (OSIR) Journal*, 13(3), 78-89.
- Wayne, W. D. (1995). *Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences*. 6th Ed. John Wiley&Sons, Inc., 180.

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019
ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
Prevention Behaviors of Coronavirus Disease 2019
Of Songkhla Rajabhat University Students

นารีมะห์ แวปุเตะ^{1*}, คันธมาทน์ กาญจนภูมิ² และ กัลยา ตันสกุล³

Nareemah Waeputeh^{1*}, Kantamaht Kanchanapoom² and Kalaya Tansakul³

นักศึกษาปริญญาโท, หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา^{1*},
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา²,
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, มหาวิทยาลัยหาดใหญ่³

Graduate student, Master of Public Health Program in Community Health, Faculty of Science and Technology,
Songkhla Rajabhat University^{1*}, Faculty of Science and Technology, Songkhla Rajabhat University²,
Faculty of Science and Technology, Hat Yai University³

(Received: March 15, 2021; Revised: August 14, 2021; Accepted: August 27, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงความสัมพันธ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมกำรป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ทศนคติที่มีต่อการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ต่อพฤติกรรมกำรป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา จำนวน 370 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตัว และทศนคติเกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .881 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. นักศึกษามากกว่าร้อยละ 80 มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับที่ดี ร้อยละ 61.62 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ในระดับสูง ($M=4.56$, $SD=.682$) มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติอยู่ในระดับสูง ($M=4.67$, $SD=.627$) มีทศนคติอยู่ในระดับสูง ($M=4.18$, $SD=.747$) และมีพฤติกรรมกำรป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ($M=4.59$, $SD=.821$)

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 ทศนคติในการป้องกันตัวเองจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาในระดับที่ต่ำ เป็นไปในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r=-.361$, $r=.496$ และ $r=.325$ ตามลำดับ) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมกำรป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาในระดับปานกลาง เป็นไปในทิศทางเดียวกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=.546$) และในทุกปัจจัยของของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ยกเว้น การรับรู้ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับต่ำ มีความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางตรงข้าม

พฤติกรรมกำรป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 จะมีประสิทธิภาพได้นั้น จำเป็นต้องมีการชี้แจงเพื่อให้ทราบถึงสถานการณ์ รวมทั้งภาครัฐ เอกชน มหาวิทยาลัย เข้ามามีส่วนร่วมเป็นแกนนำในการขับเคลื่อน โดยการปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จึงจะสามารถขับเคลื่อน และขยายผลต่อไปได้อย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: โรคไวรัสโคโรนา 2019, พฤติกรรมกำรป้องกันจากไวรัสโคโรนา 2019, ทศนคติที่มีต่อการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019, ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: nareemah6182@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 094-5457507)

Abstract

This relational research aimed to determine Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) preventive behaviors of students in Songkhla Rajabhat University and to determine relationships among multiple elements including personal factors, knowledge of the disease, perception of receiving disease information, risk perception of the disease, recognition of benefits of preventive practice, and attitudes towards COVID-19 prevention behaviors. The samples consisted of 370 students. The research tool was a questionnaire pertaining to the risk perceptions, the recognition of benefits and the attitudes towards COVID-19 prevention. The reliability of questionnaire was 0.881. The data were collected by questionnaires and analyzed by descriptive statistics and pearson correlation. The results revealed that:

1. Over 80% of the students had good knowledge regarding COVID-19. 61.62% of them were highly perceived risk of COVID-19 ($M = 4.56$, $SD = .682$), benefits of preventive practice ($M = 4.67$, $SD = .627$) as well as had high level of attitudes towards COVID-19 prevention ($M = 4.18$, $SD = .747$) and preventive behaviors ($M = 4.59$, $SD = .821$).

2. Knowledge of COVID-19, risk perception of the disease and attitudes towards the disease prevention were directly related with low level of COVID-19 preventive behaviors among the students with statistical significance of 0.05 ($r = -.361$, $r = .496$ and $r = .325$, respectively). Moreover, the recognition of benefits of COVID-19 linked to preventive practice was found directly related with the intermediate level of COVID-19 preventive behavior among the students with statistical significance of 0.01 ($r = .546$). It was also found directly related with the remaining factors of the students, except low level of COVID-19 knowledge which was related but in the opposite direction.

The effectiveness of COVID-19 preventive behaviors may require public announcement to keep people updated and aware of the situation. In addition, public, private and academic institutions should be participated and led with stringent and perpetual approaches to prevent the disease sustainably and extensively.

Keywords: Corona Virus Disease 2019, Prevention Behavior from Corona Virus 2019, Attitudes towards Prevention of Coronavirus 2019, Knowledge of Coronavirus 2019

บทนำ

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 (COVID-19) โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคดังกล่าวเป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 โรคนี้เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ ส่งผลให้ทั่วโลกมีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมจำนวน 750,890 คน เสียชีวิต 36,405 คน กลุ่มประเทศแถบมหาสมุทรแปซิฟิกตะวันตกติดเชื้อสะสมจำนวน 104,868 คน เสียชีวิต 3,671 คน กลุ่มประเทศยุโรป ติดเชื้อสะสมจำนวน 423,946 คน เสียชีวิต 26,694 คน เอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ป่วยติดเชื้อสะสมจำนวน 4,215 คน เสียชีวิต 166 คน และประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อ สะสมจำนวน 1,524 คน เสียชีวิต 9 คน (กรมควบคุมโรค, 2563) จากสถานการณ์การแพร่ระบาดในปัจจุบันยังคงมีการตรวจพบผู้ติดเชื้อรายใหม่และมีจำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกวัน อัตราการเสียชีวิต

สูงที่สุดคือผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป รวมถึงคนที่มีโรคประจำตัว คนที่เป็นโรคทางเดินหายใจ และโรคความดันโลหิตสูง (กรมสุขภาพจิต, 2563)

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ซึ่งมีการค้นพบครั้งแรกที่นครอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2562 พบว่ามีผู้ป่วยจำนวนมากเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยผู้ที่ติดเชื้อร้อยละ 80 จะไม่แสดงอาการ บางรายมีอาการแบบโรคติดเชื้อในทางเดินหายใจส่วนบน เช่น เจ็บคอ น้ำมูกไหล ผู้ติดเชื้อประมาณร้อยละ 15 จะมีอาการชัดเจน เช่น ไอ และไอมีเสมหะ บางรายอาจจะมีไข้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาจมีไข้ หายใจเร็ว หอบจากปอดบวม และอาจมีอาการอุจจาระร่วงร่วมด้วย ส่วนผู้ติดเชื้ออีกประมาณร้อยละ 5 จะมีอาการป่วยรุนแรง หายใจเร็ว หอบ จนถึง การหายใจล้มเหลวและอาจเกิดภาวะช็อกได้ (แพทยสภา, 2563) ต่อมาจึงพบว่า อาการดังกล่าวเกิดจากโคโรนาไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ไม่เคยพบมาก่อน และเรียกไวรัสชนิดนี้อย่างไม่เป็นทางการว่า “nCoV-2019” มีที่มาจากคำว่า New Coronavirus 2019 โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศชื่อโรคอย่างเป็นทางการว่า “COVID-19” (โควิด-19) มาจากคำว่า “Coronavirus Disease 2019” หมายถึงโรคที่เกิดจากไวรัสโคโรนาที่ระบาดในปี 2019 ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญกับการสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 มีผู้ติดเชื้อ ณ วันที่ 14 เมษายน พ.ศ.2563 เป็นจำนวนกว่าสองล้านคน และมีผู้เสียชีวิตมากกว่าหนึ่งแสนสองหมื่นคน (กรมควบคุมโรค, 2563) ซึ่งทำให้เห็นว่าการเสียชีวิตจากโรคนี้มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์แพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 เริ่มทวีความรุนแรงขึ้น เมื่อพบว่าการแพร่ระบาดในวงกว้างจากกลุ่มเชียร์มวยที่สนามมวยลุมพินี และจากคนไทยที่กลับจากปฏิบัติกิจทางศาสนาในประเทศมาเลเซีย และอินโดนีเซีย ทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อแพร่กระจายไปทั่วประเทศ รัฐบาลไทยจึงจัดตั้งศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) (รัฐบาลไทย, 2563) เพื่อสื่อสารกับประชาชน และในปัจจุบันยังไม่มี การค้นพบวัคซีนสำหรับป้องกันโรคหรือยารักษาโรคไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นเป้าหมายหลักในการควบคุมโรค คือ การป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลอื่น รวมไปถึงการป้องกันตัวเองจากเชื้อโรคของประชาชน จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่พฤติกรรมในการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

โดยผู้วิจัยเลือกพื้นที่มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา เนื่องจากจังหวัดสงขลาขึ้นชื่อเป็นจังหวัดหนึ่งที่มี รายงานผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนมาก จากรายงานของกรมควบคุมโรค ณ วันที่ 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2563 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อถึง 128 คน มากที่สุดเป็นลำดับที่ 5 ของประเทศไทย และจังหวัดสงขลา มี มหาวิทยาลัย จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี ราชภัฏสงขลา มหาวิทยาลัยทักษิณ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา เหตุผลที่เลือกนักศึกษามหาวิทยาลัย ราชภัฏสงขลาเป็นกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาเป็นมหาวิทยาลัยที่มีขนาดใหญ่ มีจำนวน นักศึกษามากที่สุด จำนวน 10,964 คน และนักศึกษาส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัดมีรูปแบบการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมในการป้องกันตัวจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่หลากหลาย แตกต่างกันไปตามบริบทของนักศึกษา และที่ตั้งของมหาวิทยาลัยยังเป็นพื้นที่ที่มีลักษณะเป็นทั้งสังคมเมือง มีผู้คนเดินทางเข้าออกอย่างสม่ำเสมอ ทั้ง ผู้คนภายในจังหวัดและต่างจังหวัดจึงเหมาะแก่การดำเนินการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นต้นแบบในการเรียนรู้ของพื้นที่ อื่นๆ

วัตถุประสงค์วิจัย

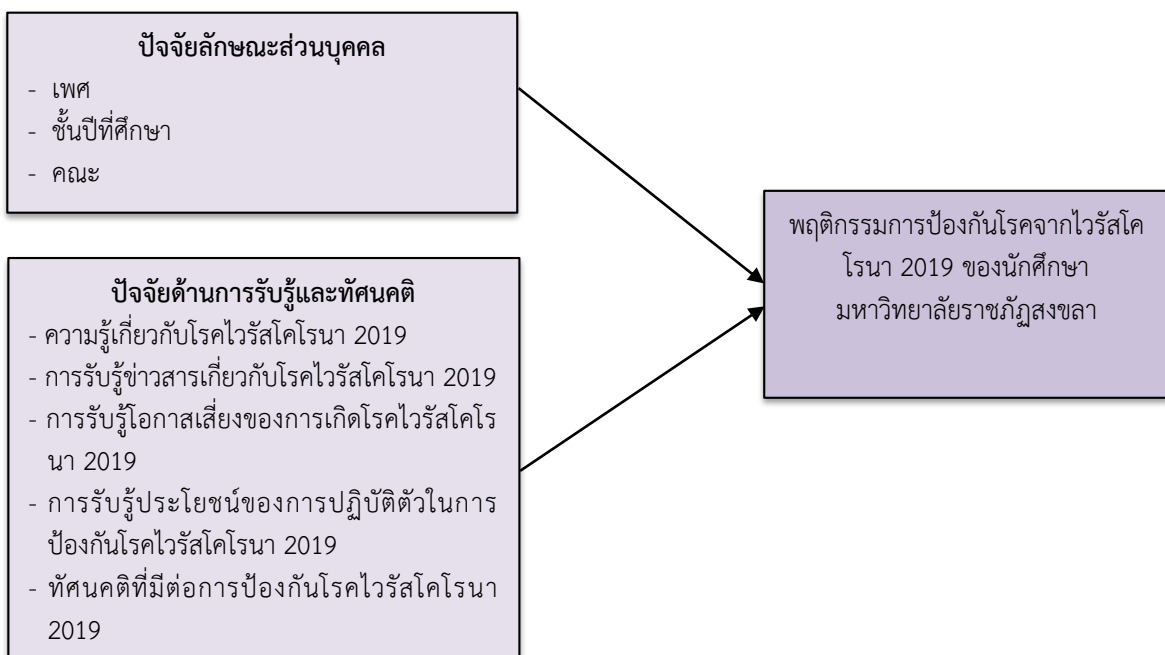
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันตัวในการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

สมมติฐานวิจัย

1. ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และการมีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
2. ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ทักษะที่มีต่อการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตัวในการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ของ เบคเกอร์ (Becker, 1977) ประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคติดต่อ (Perceived benefits) ซึ่งจะนำไปสู่สิ่งชักนำให้มีการปฏิบัติ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์ (Correlational Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ปีการศึกษา 2563 จำนวน 10,964 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ปีการศึกษา 2563 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีประมาณค่าสัดส่วนของประชากร ในกรณีทราบจำนวนของประชากรที่แน่นอน โดยคำนวณจากสูตรการประมาณขนาดตัวอย่าง (Wayne, 1995) ได้จำนวนตัวอย่าง 370 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิแต่ละคณะจากนั้นสุ่มแบบบังเอิญ (Accidental Sampling) (บุญใจ ศรีสถิตยรรณกุล, 2550) จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ได้แก่ คณะครุศาสตร์ จำนวน 45 คน คณะเทคโนโลยีการเกษตร จำนวน 23 คน คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ จำนวน 85 คน คณะวิทยาการจัดการ จำนวน 105 คน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี จำนวน 54 คน คณะศิลปกรรมศาสตร์ จำนวน 20 คน คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม จำนวน 38 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ในการเก็บข้อมูลของงานวิจัยครั้งนี้จำนวน 370 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้คือ แบบสอบถามโดยแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังต่อไปนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล โดยแบบสอบถามมีลักษณะแบบเลือกตอบ ได้แก่ เพศ ชั้นปีที่ศึกษา คณะ

ส่วนที่ 2 คำถามความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบแบบใช่และไม่ใช่ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของลิเคอร์ท (LikertScale) ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของลิเคอร์ท (LikertScale) ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 5 ข้อคำถามเกี่ยวกับทัศนคติในการป้องกันตัวเองจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของลิเคอร์ท (LikertScale) ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 6 ข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 เป็นลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ชนิด 5 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของลิเคอร์ท (LikertScale) ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง ไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 14 ข้อ

การตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาคุณภาพเครื่องมือ นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาตรวจสอบคุณภาพ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ 1) อาจารย์ประจำสาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยหาดใหญ่ 2) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลเขามิเกียรติ 3) คณบดี คณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง และนำผลการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิด้านเนื้อหา มาหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ระหว่าง .67 – 1.00 จากนั้นแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขจากข้อแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ไปทดลอง (Try out) กับนักศึกษามหาวิทยาลัย ราชภัฏสงขลา ปีการศึกษา 2562 จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบความเชื่อถือของแบบสอบถาม โดยวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) ได้ค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ 0.881

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาแก่กลุ่มตัวอย่าง
2. นำแบบสอบถามที่เป็นเครื่องมือการวิจัยแจกให้ประชาชนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 370 ชุด
3. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม โดยได้รับคืนจำนวน 370 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100
4. รวบรวมข้อมูลแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำผลการวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งอภิปรายผลและข้อเสนอแนะจากการทำวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกันตัวจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน การหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด 19 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาที่ทำแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 และศึกษาอยู่คณะวิทยาการจัดการ รองลงมาศึกษาอยู่คณะมนุษยศาสตร์และ และศึกษาอยู่คณะศิลปกรรมศาสตร์ต่ำที่สุด

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมในการป้องกันตัวเองจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา ในภาพรวม

ข้อ	พฤติกรรมในการป้องกันตัวเองจากโรคไวรัสโคโรนา 2019	M	SD	ระดับ
1	ติดตามสถานการณ์เกี่ยวกับการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 จากสื่อที่เผยแพร่โดยกระทรวงสาธารณสุข	4.65	0.54	สูง
2	ล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์หลังหยิบจับสิ่งของ	4.61	0.53	สูง
3	ล้างมือให้สะอาดก่อนสัมผัสใบหน้า แคะจมูก ตา ของตนเองทุกครั้ง	4.52	0.64	สูง
4	สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ	4.68	0.56	สูง
5	รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่	4.63	0.55	สูง
6	หลีกเลี่ยงการใช้ของร่วมกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำ หลอดดูด เป็นต้น	4.66	0.55	สูง
7	ปิดปาก ปิดจมูก ด้วยกระดาษเช็ดหน้าเมื่อไอ จาม	4.58	0.67	สูง
8	ไอหรือจามลงบนข้อพับแขนของตนเอง	4.35	1.01	สูง
9	ทำความสะอาดบริเวณพื้นผิวที่มือสัมผัส เช่น ลูกบิดประตู ราวบันได ฯลฯ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ	4.50	0.68	สูง
10	หลีกเลี่ยงกิจกรรมรวมกลุ่มที่มีคนจำนวนมาก	4.61	0.59	สูง
11	พกหน้ากากอนามัย และเจลล้างมือติดตัวเมื่อออกไปธุระ	4.64	0.56	สูง
12	ดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรง เช่น ออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค	4.60	0.60	สูง
13	รักษาร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ และนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ	4.61	0.58	สูง
14	ยืน นั่ง เว้นระยะห่างผู้อื่น อย่างน้อย 1 เมตร หรือ 1 ช่วงแขน ทุกครั้ง	4.61	0.59	สูง
ภาพรวม		4.59	0.82	สูง

จากตาราง 1 ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลในแบบสอบถามโดยภาพรวม มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M=4.59$, $SD=0.82$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 แต่ละข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูงทั้งหมด โดย ข้อ 4 สวมหน้ากากอนามัยทุกครั้งเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ เป็นข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($M=4.68$, $SD=0.56$)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ตาราง 2 การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคลและปัจจัยด้านการรับรู้และทัศนคติกับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาความเหมาะสมของตัวแปรโดยวิธีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ปัจจัยที่ส่งผล	พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา			
	r	Sig.	ทิศทาง	ระดับความสัมพันธ์
การรับรู้ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019	-.361*	<.001	ตรงข้าม	ต่ำ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019	.496*	<.001	เดียวกัน	ต่ำ
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019	.546*	<.001	เดียวกัน	ปานกลาง
ทัศนคติในการป้องกันตัวเองจากโรคไวรัสโคโรนา 2019	.325*	<.001	เดียวกัน	ต่ำ

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 2 พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 และทัศนคติในการป้องกันตัวเองจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาในระดับต่ำ ($r=-.361$, $r=.496$ และ $r=.325$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลาในระดับปานกลาง ($r=.546$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

อภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคลกับปัจจัยด้านการรับรู้และทัศนคติและพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านการรับรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พบว่า นักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา มีความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคไวรัสโคโรนา 2019 ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 และด้านทัศนคติในการป้องกันตัวเองจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 ล้วนอยู่ในระดับสูง อาจเป็นผลจากการได้รับข้อมูลข่าวสารจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 หรือข้อมูลจากการสืบค้นอิเล็กทรอนิกส์ที่ได้ให้ข้อมูลข่าวสารในทุกช่องทางทั้งทางตรงและทางอ้อม สอดคล้องกับงานวิจัยของ กชกร สมมั่ง (2557) ที่ทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช ที่พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีความรู้

เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่อยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับงานวิจัยของ สัญญา สุปัญญาบุตร (2554) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชนอำเภอน้ำมด จังหวัดกาฬสินธุ์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ระดับสูง มีความรู้ระดับสูง มีทัศนคติระดับปานกลาง มีการปฏิบัติระดับปานกลาง

ผลการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารจากศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ที่ให้ข้อมูลทุกวันและมีการเน้นย้ำให้เห็นถึงความรุนแรงของโรคที่มีต่อสุขภาพและอาจส่งผลกระทบต่อชีวิตได้ มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันตัวการติดเชื้อของประชาชนที่ถูกต้องได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ จารุวรรณ แหลมไธสง ชนัญชิดา ดุษฎี ทูลศิริ และพรณา หอมสินธุ์ (2559) ที่ทำการศึกษาศักยภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กกรุงเทพมหานคร ที่พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กกรุงเทพมหานครโดยภาพรวมอยู่ในระดับดี และงานวิจัยของ สุพิดา เย็นโสภา (2553) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร ที่พบว่า นักเรียนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 อยู่ในระดับดี

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านการรับรู้และทัศนคติต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคจากไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

ผลการวิเคราะห์ พบว่า การรับรู้ด้านความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง และทัศนคติในการป้องกันตัวเอง มีความสัมพันธ์กันกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = -.361$, $r = .496$ และ $r = .325$ ตามลำดับ) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = .546$) และในทุกปัจจัย มีความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ยกเว้น การรับรู้ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางตรงข้าม สอดคล้องกับงานวิจัยของ จารุวรรณ แหลมไธสง, ชนัญชิดา ดุษฎี ทูลศิริ และพรณา หอมสินธุ์ (2559) ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้นั้นคือ ถ้ามีความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจมาก ก็จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจได้ดี และงานวิจัยของ กชกร สมมั่ง (2557) ที่กล่าวว่า ปัจจัยนำที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ได้แก่ อายุ การรับรู้ สถานะสุขภาพ ทัศนคติและค่านิยม ต่อการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ อยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ปัจจัยเอื้อที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และสภาพแวดล้อม อยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์ได้แก่ การได้รับข้อมูลข่าวสาร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังเสริมอีกว่า การออกแบบโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ควรเน้นการสร้างตระหนักในสถานะสุขภาพ การปรับค่านิยมและทัศนคติการจัดปัจจัยเอื้อในชุมชนหรือในบ้าน รวมทั้งช่องทางในการสื่อสารจากโทรทัศน์หรือหออกระจายข่าว ซึ่งจะก่อให้เกิดความตระหนักในการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรชี้แจงเพื่อให้นักศึกษาทราบถึงผลเสียของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีประโยชน์อย่างยิ่งในการปฏิบัติตนในการป้องกันตนเองจากโรค
2. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ภาครัฐ ภาคเอกชน มหาวิทยาลัย เข้ามามีส่วนร่วม และเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างจริงจัง และต่อเนื่อง

3. ควรให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วมช่วย ประชาสัมพันธ์ และเผยแพร่ ข่าวสารให้ประชาชน เกิดความตระหนักในการป้องกันตนเองจากโรคไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เช่น ประสพการณ์จากการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการหาสาเหตุลักษณะของอาการที่เกิดจากโรค เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันจากโรคไวรัสโคโรนา 2019 และพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019

References

- กชกร สมมิง. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ของผู้รับบริการงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. เล่มที่ 126 วารสารสุขศึกษา. กรมควบคุมโรค. (2563). รายงานสถานการณ์ โควิด-19. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2563 จาก <https://covid19.ddc.moph.go.th>.
- กรมสุขภาพจิต. (2563). ความเสี่ยง และผลกระทบต่อผู้สูงอายุในช่วง Covid-19 สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2563 จาก <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30794>.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: ยูเออนด์ไอ อินเทอร์เน็ตเดีย.
- แพทยสภา. (2563). เรื่องนำรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 จากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2563 จาก <https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/tmc-covid19-19.pdf?fbclid=IwAR1FgAywRopZD XGnUrQawhG2jGfAyMWNliFHYfys5q8zxyOaTFF0Qi7X3SA>.
- มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. (2563). ประวัติมหาวิทยาลัย (Online). สืบค้นเมื่อ 22 กรกฎาคม 2563. <https://www.skru.ac.th/th/about/history>.
- มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. (2563). สถิตินักศึกษาประจำปีการศึกษา 2563 สืบค้นเมื่อ 22 กรกฎาคม 2563 จาก http://regis.skru.ac.th/RegisWeb/webpage/information_std.php.
- มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา. (2563). หน่วยงาน. สืบค้นเมื่อ 22 กรกฎาคม 2563 จาก <https://sci.skru.ac.th/science/index.php>.
- รัฐบาลไทย. (2563). ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19. สืบค้นเมื่อ 20 พฤษภาคม 2563 จาก <https://www.thaigov.go.th>.
- สัญญา สุปัญญาบุตร. (2554). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ชนิด A (2009 H1N1) ของประชาชนอำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น.
- สุพิดา เย็นโพคา. (2553). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 ของนักเรียนช่วงชั้นที่ 3 สังกัดกรุงเทพมหานคร กลุ่มเขตกรุงเทพตะวันออก. ปริญญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต (การวิจัยและสถิติทางการศึกษา). มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- Becker, M. H. (1974). *The health belief Model And sick role Behavior*. In M. H. Becker (Ed.), *The Health Belief Model and Personal Health Behavior* (pp. 82-92). Thorofare, NJ: Charles B. Slack.

การศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
ของอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ

The Study and Development of Quality of Life Operation Pattern
at District Level, Muang Sisaket District, Sisaket Province

ปัญญา พลศักดิ์¹

Panya Palasak¹

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ¹

Sisaket Province of Public Health Office¹

(Received: May 27, 2021; Revised: August 16, 2021; Accepted: August 22, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) กลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองศรีสะเกษ คณะอนุกรรมการแต่ละสาขา ผู้แทนจากส่วนราชการและสถานบริการสุขภาพในเขตอำเภอเมือง เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสัมภาษณ์ ข้อมูลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และแบบประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE โดยประยุกต์ใช้จากแบบประเมินของกระทรวงสาธารณสุข เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. รูปแบบในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานที่มาจากทุกภาคส่วน ภายใต้การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ได้ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา ร่วมกันแก้ปัญหา และร่วมรับประโยชน์ มีการประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ วิเคราะห์ปัญหาและคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยมีวิสัยทัศน์ในการดำเนินงาน คือ เพื่อบู่มุงสู่ความเป็นเมืองสุขภาพดี (Healthy City) โดยมีเป้าหมายให้คนเมืองศรีสะเกษเป็นคนสุขภาพดี มีสิ่งแวดล้อมที่ดี มีเศรษฐกิจที่ดี มีชุมชนและสังคมดี นอกจากนี้แล้วยังมียุทธศาสตร์ในการดำเนินงาน 5 ประเด็น ได้แก่ ปลอดภัย ปลอดโรค ปลอดภัย ออกกำลังกาย และการเพิ่มรายได้

2. การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ UCCARE พบว่า ประเด็นปัญหาทั้ง 5 ประเด็น ผ่านการประเมิน ระดับ 4 ขึ้นไป มีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นจากปีก่อน และมีผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต คือ การเชื่อมประสานข้อมูล และบูรณาการการทำงานในระดับจังหวัดและอำเภอ สามารถนำทรัพยากรด้านคน เงิน สิ่งสนับสนุนในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ได้ และประชาชนในพื้นที่มีความรู้ ความสามารถที่หลากหลายทำให้ง่ายต่อการพัฒนา และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมีการประชุมทบทวนประเด็นพัฒนา ค้นข้อมูล และติดตามผลการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่องเป็นประจำ

ดังนั้น คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ควรมีช่องทางรับข้อมูลหรือปัญหาที่จำเป็นของพื้นที่ และสามารถนำมากำหนดแนวทางร่วมกันในการจัดการหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างถูกต้องและเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง และควรมีการเปิดโอกาสให้ชุมชนหรือภาคประชาสังคมเป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานประเด็นปัญหาเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมที่แท้จริง

คำสำคัญ คุณภาพชีวิต, คณะกรรมการ พขอ., การขับเคลื่อนงาน พขอ.

ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pannn-ya@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-7173783)

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to study and develop the District Health Board (DHB) operational model. Participants were DHB, subcommittees and representatives of local government agencies and health care service offices located in Muang Sisaket district. Research instruments were the interview form for exploring quality of life operational model at the district level and the evaluation form of UCCARE applying the criteria from Ministry of Public Health. In addition, qualitative data were collected via focus groups and in-depth interviews. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics and qualitative data were analyzed by content analysis. The results revealed that:

1) The DHB operational model included the appointment of DHB committee coming from all local government agencies to participate in brainstorming, planning, developing, problem-solving and sharing benefits together. The committee set the meeting for organizing vision, analyzing problems and selecting quality of life issues. The vision of working process was “Achieving to Healthy City” targeting to be good health of people, good environment, good economy, good community and society. Working strategies included 5 aspects, covering zero waste, disease free, safety city, exercising and increasing income.

2) The performance assessment of DHB using UCCARE criteria found that all five issues were evaluated illustrating as passed at level 4 and higher, and improving in a better trend than last year. Additionally, there were more obvious outcomes of problem-solving.

3) The influent factors affecting the success of the quality of life operational model were coordinating and integrating working together in the provincial and district levels to be able to share human, financial and others supporting resources, having knowledge and various abilities of local people to be easy for developing their quality of lives, and also organizing strong and continue meetings for sharing data and monitoring tasks of the committee.

It could be suggested that DHB should have more channels to gain more information or problems from working sites that can be used to be a guideline for organizing or developing quality of life of people appropriately and beneficially. Furthermore, DHB should provide more opportunities for local community or civil society to be a host for actual participating and managing problem issues.

Keywords: Quality of Life, District Health Board, working Process of District Health Board

บทนำ

ตามที่รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ได้ตราไว้ หมวด 5 หน้าที่ของรัฐ มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึงเสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) กำหนดวิสัยทัศน์ประเทศไทยไว้ว่า “ประเทศไทย มีความมั่งคั่ง มั่นคง ยั่งยืน เป็นประเทศที่พัฒนาแล้ว ด้วยการพัฒนาตามหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” หรือตามคติพจน์ “มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน” (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) ปัจจัยที่มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงบริบททางสังคม ได้แก่ โครงสร้างของประชากรไทย การเปลี่ยนแปลงฐานเศรษฐกิจไปสู่ยุคดิจิทัล การเคลื่อนย้ายแรงงาน การเกิดของโรคอุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ การเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อที่สามารถป้องกันได้ ปัญหามลพิษสิ่งแวดล้อม ภัยพิบัติธรรมชาติ และภัยก่อการร้าย เป็นต้น ประเทศไทยมีภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ร้อยละ 5.2 ของ GDP และมีแนวโน้มสูงขึ้นจากโครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย บริบทสังคมที่เปลี่ยนเป็นสังคมเมือง ซึ่งมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่เปลี่ยนไปและขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม กระทรวงสาธารณสุขได้วางแนวทางในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผนงาน โดยใช้กลยุทธ์การบูรณาการงานแบบมีส่วนร่วม (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

รัฐบาลได้ออกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ซึ่งกำหนดให้มีคณะกรรมการนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ และมีประสิทธิภาพโดยมีการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชนเพื่อตอบสนองประเด็นยุทธศาสตร์ชาติข้อที่ 4 ด้านการสร้างโอกาส ความเสมอภาคทางสังคม และยุทธศาสตร์ชาติข้อที่ 5 ด้านการสร้างการเติบโตบนคุณภาพชีวิตที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมการทำงานแบบประชารัฐเกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานของรัฐเอกชน และประชาชนอย่างมีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิต และสุขภาพของประชาชนด้วยระบบสุขภาพอำเภอตามหลักการ “พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง” โดยให้ทุกภาคส่วนในพื้นที่มีส่วนร่วม มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้ประชาชนมีการดูแลสุขภาพตนเองควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้เข้มแข็ง โดยการสร้างกลไกของเครือข่ายที่ประสานการทำงานร่วมกัน ด้วยความร่วมมือของกระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สำนักงานรัฐมนตรี, 2561) โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 มีอำเภอนำร่อง 73 อำเภอ ปัจจุบันมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 878 อำเภอ ประเด็นปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่นำมาขับเคลื่อนร่วมกันสูงสุด ได้แก่ โรคไข้เลือดออก ร้อยละ 88.91 รองลงมา คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 69.33 และวัณโรค ร้อยละ 64.27 ตามลำดับ (วัฒนา นันทะเสน, 2558) ซึ่งการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอให้ประสบความสำเร็จนั้น มีปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่ 1) การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ 2) การมีส่วนร่วมของเครือข่ายและชุมชน 3) การทำงานจนเกิดคุณค่า 4) การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากรและ 5) การให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น โดยเน้นการแก้ไขปัญหาตามบริบทของพื้นที่ (Context Base Learning: CBL) ในการพัฒนาระบบสุขภาพภายใต้การดำเนินงานหนึ่งอำเภอหนึ่งประเด็นสุขภาพ (One District One Project: ODOP) เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทในพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นและชุมชน

จากการศึกษาผลการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่ผ่านมาสามารถสรุปปัญหาการดำเนินการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอดังนี้ 1) การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอยังมีความแตกต่างและหลากหลายรูปแบบของการปฏิบัติในระดับพื้นที่ 2) การสื่อสารนโยบายที่ไม่ถึงในระดับพื้นที่ 3) ขาดการเชื่อมโยงระบบสุขภาพระดับอำเภอ 4) ในระดับพื้นที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบสุขภาพระดับอำเภอ และ 5) การเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานปฐมภูมิบ่อย เป็นต้น (มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและสำนัก

พัฒนาศาสตร์วิธีไทย, 2563) จังหวัดศรีสะเกษมีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน พชอ. ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2559 ซึ่งได้ดำเนินงานตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินงานตามกรอบการพัฒนา 6 องค์ประกอบ (UCCARE) ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ซึ่งจากผลการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอที่ผ่านมามีภาพรวมอยู่ในระดับ 3 จาก 510 ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด อำเภอเมืองศรีสะเกษ ได้เริ่มดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงาน มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเมืองศรีสะเกษได้มีการรวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล ประชุมกำหนดแนวทางในการพัฒนา ภายใต้วิสัยทัศน์ “เราจะก้าวไปด้วยกัน เพื่อมุ่งมั่นสู่ความเป็น Healthy City เมืองสุขภาพดี” โดยมีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ 5 ร่วม ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา ร่วมแก้ไขปัญหา และร่วมรับผลประโยชน์ 5 วาระงาน ได้แก่ ปลอดภัย ปลอดภัย ออกกำลังกาย เพิ่มรายได้ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ, 2563) แต่อย่างไรก็ดี ผลการดำเนินงานยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากว่าอำเภอเมืองศรีสะเกษ มีหน่วยงานราชการในระดับจังหวัด ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ เป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการของจังหวัดศรีสะเกษ มีการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ สังคมอย่างต่อเนื่อง ภายใต้ความเจริญเติบโตหลายด้าน อาจเกิดปัญหาต่าง ๆ มากมาย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอเมืองศรีสะเกษ เพื่อหาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการทำงานให้ได้ผลดียิ่งขึ้นและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่อำเภอเมืองศรีสะเกษ

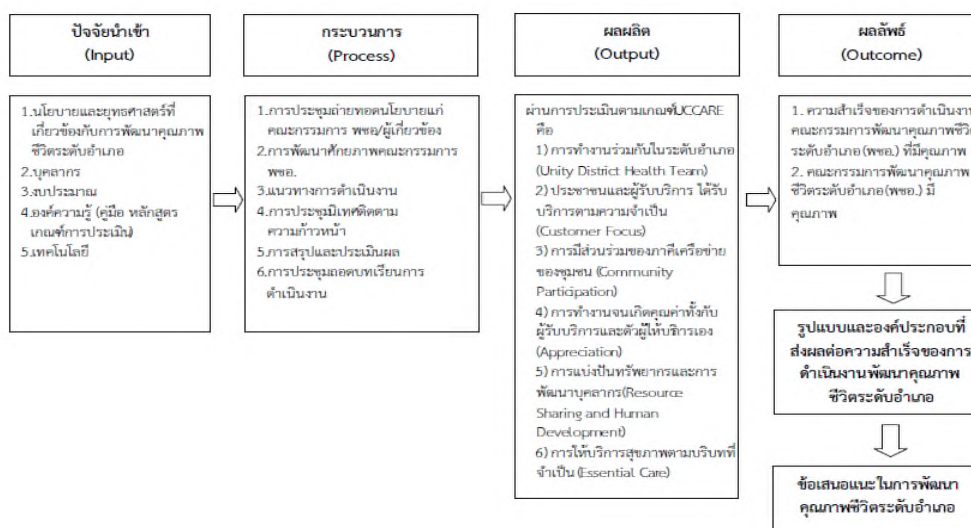
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ
2. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ

เมืองศรีสะเกษ

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบจำลองชิปปี้ (CIPP Model) ของดี แอล สตฟเฟิลบีม (Stufflebeam & Other, 1971) และทฤษฎีการประเมินผลเชิงระบบ (Input-Output Model) ของ Katz and Kahn (Katz and Kahn, 1978) ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ จะส่งผลต่อรูปแบบและความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองศรีสะเกษ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม Participatory Action Research : PAR)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองศรีสะเกษ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตอำเภอเมืองศรีสะเกษ จำนวน 21 คน 2) คณะอนุกรรมการแต่ละสาขา จำนวน 56 คน 3) ผู้แทนส่วนราชการในเขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ จำนวน 12 คน และ 4) สถานบริการสุขภาพในเขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ จำนวน 20 แห่ง ใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติ คือ ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเมืองศรีสะเกษและสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกและสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษาข้อมูลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ปัจจัยนำเข้า จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 2 กระบวนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 6 ข้อ ส่วนที่ 3 ผลลัพธ์จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 2 ข้อและส่วนที่ 4 ปัจจัยสนับสนุน ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ จำนวน 3 ข้อ ใช้สัมภาษณ์คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพระดับอำเภอและคณะอนุกรรมการ

2. แบบประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE โดยประยุกต์ใช้จากแบบประเมินของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2561 ซึ่งประกอบด้วย การประเมินดังต่อไปนี้ 1) การทำงานเป็นทีม (Unity Team) 2) การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus) 3) การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community Participation) 4) การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) 5) การแบ่งปันทรัพยากร และการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) และ 6) การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential Care)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วไปตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญด้านระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ และด้านการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน 3 ท่าน โดยพิจารณาความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์และความชัดเจนของคำถาม จากนั้นวิเคราะห์ค่า IOC ซึ่งได้ค่าระหว่าง 0.67-1.00 และปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมแล้วนำมาใช้ต่อไป

วิธีดำเนินงานและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ประสานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการแต่ละสาขา หัวหน้าส่วนราชการ ภาคีเครือข่ายสุขภาพและสถานบริการสุขภาพเขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ เพื่อให้เข้าร่วมการให้ข้อมูลในการวิจัย

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จำนวน 4 ครั้ง โดยครั้งที่ 1 เป็นการประชุมวิเคราะห์ปัญหา กำหนดวิสัยทัศน์ เป้าหมายและร่วมวางแผนการแก้ไขปัญหา ครั้งที่ 2 เป็นการจัดทำแผนงานโครงการแก้ไขปัญหา ครั้งที่ 3 การดำเนินงานตามแผนแยกตามประเด็นปัญหา และครั้งที่ 4 เป็นการประเมินผลการดำเนินงานและสรุปผล โดยใช้แบบเก็บข้อมูลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และแบบประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE

3. เก็บข้อมูลจากการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยใช้แบบสัมภาษณ์รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ใช้วิธีการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ ทั้งการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก

4. นำข้อมูลที่ได้มารวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งประกอบไปด้วย ข้อมูลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ กับ ประเมินผลการดำเนินงานตามเกณฑ์ UCCARE วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จริยธรรมวิจัย

ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2021-007 ลงวันที่ 10 มีนาคม 2564

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอเมืองศรีสะเกษ

1.1 ปัจจัยนำเข้า ได้แก่

1.1.1 นโยบายการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พขอ.) อำเภอเมืองศรีสะเกษ มีหน่วยงานราชการในระดับจังหวัดตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมืองศรีสะเกษเป็นจำนวนมาก ซึ่งเป็นศูนย์กลางในการบริหารจัดการของจังหวัดศรีสะเกษ มีความเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจ สังคมอย่างต่อเนื่อง ภายใต้อิทธิพลเจริญเติบโตหลายด้าน อาจเกิดปัญหาต่างๆ มากมาย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองศรีสะเกษ ซึ่งก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. 2561 โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน และมีสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ ได้กำหนดวิสัยทัศน์ในการดำเนินงานปีงบประมาณ 2564 เพื่อมุ่งไปสู่ความเป็นเมืองสุขภาพดี (Healthy City) โดยมีเป้าหมายให้คนเมืองศรีสะเกษเป็นคนสุขภาพดี จัดสิ่งแวดล้อมที่ดีในอำเภอเมืองศรีสะเกษ ให้มีเศรษฐกิจที่ดี และมีชุมชนและสังคมดี ซึ่งองค์กรทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยยึดหลักการ 5 ร่วม ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา ร่วมแก้ไขปัญหา และร่วมรับผลประโยชน์ รวมทั้งได้กำหนดเป้าหมายร่วมกัน คือ คนมีสุขภาพดี สิ่งแวดล้อมดี เศรษฐกิจดี ชุมชนและสังคมดี

1.1.2 บุคลากรในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองศรีสะเกษ ที่มาจากทุกภาคส่วนทั้งส่วนภาคราชการ ภาคเอกชน และภาคประชาชน โดยมีผู้นำการขับเคลื่อน คือ นายอำเภอเมืองศรีสะเกษ และมีคณะกรรมการจากทุกภาคส่วนเป็นคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ จำนวน 21 คน นอกจากนี้ยังมีการตั้งคณะอนุกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ซึ่งเป็นผู้ปฏิบัติและเพื่อให้ดำเนินการในพื้นที่ครอบคลุม ครอบคลุม 5 ประเด็นยุทธศาสตร์ จำนวน 67 คน

1.1.3 งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองศรีสะเกษ มีจำนวนเพียงพอต่อการดำเนินงาน ซึ่งในปีงบประมาณ 2564 ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษจำนวน 80,000 บาท และได้จากการบูรณาการกิจกรรมตามประเด็นยุทธศาสตร์การดำเนินงาน ในส่วนต่าง ๆ เช่นได้รับงบประมาณจากที่ทำการปกครองอำเภอเมืองศรีสะเกษและองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จากเทศบาลเมืองศรีสะเกษ และโรงพยาบาลศรีสะเกษ จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่จัดสรรให้กองทุนสุขภาพระดับพื้นที่ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินกิจกรรม

1.1.4 องค์ความรู้ สื่อและเทคโนโลยีที่ใช้ในการดำเนินงาน องค์ความรู้ที่นำมาใช้สนับสนุน ได้แก่ เรื่องการจัดการสิ่งแวดล้อม การจัดแยกขยะ ภาวะโลกร้อน หลักการระบอบวิทยา เช่น พยาธิสภาพของโรค สถานการณ์ การป้องกัน ของการเกิดโรค พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ชุมชน และเรื่องหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง โดยจะมีเจ้าหน้าที่จากส่วนราชการที่เกี่ยวข้องมาให้ความรู้ทางหลักวิชาการ และจะใช้สื่อและเทคโนโลยีที่หลากหลายและผสมผสาน เช่น สื่อบุคคล สื่อเอกสารสิ่งพิมพ์ สื่อโซเชียลมาใช้ในการสื่อสาร

1.2. กระบวนการในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

1.2.1 การขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

1) แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงานขับเคลื่อนการแก้ปัญหาคุณภาพชีวิต

2) กำหนดการประชุมแบบมีส่วนร่วมเพื่อวิเคราะห์ปัญหา และคัดเลือกประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิต จำนวน 5 ประเด็น

3) กำหนดแผนดำเนินงานที่บูรณาการทรัพยากรในการพัฒนาคุณภาพชีวิตร่วมกันทุกภาคส่วน

4) กำหนดการติดตามและประเมินผลการดำเนินการพัฒนา/แก้ไขปัญหาสำคัญตามบริบทของพื้นที่อำเภอเมืองศรีสะเกษ ในที่ประชุมหัวหน้าส่วนราชการเป็นประจำทุกเดือน

1.2.2 การพัฒนาศักยภาพของทีมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองศรีสะเกษ มีการพัฒนาทีมและพัฒนา ศักยภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อสร้างทีมคุณภาพระดับอำเภอ ส่งต่อการทำงานในระดับตำบล เพื่อให้มองเห็นภาพผลการทำงานร่วมกันอย่างมีความสุขในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนอำเภอเมืองศรีสะเกษ ดังนี้

1) การสร้างทีมรับรู้และความเข้าใจผ่านการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เป็นประจำทุกเดือน เพื่อการติดตามและนำเสนอผลการดำเนินงาน รวมทั้งรับทราบปัญหาอุปสรรค ทั้ง 5 ประเด็น

2) ติดตามการดำเนินงานเพื่อสร้างความเชื่อมั่น และสร้างสื่อบุคคลแสดงถึงการให้ความสำคัญของการบูรณาการจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ รวมทั้งระดมทรัพยากรอย่างมีส่วนร่วมสร้างความเป็นเจ้าภาพร่วมกัน

3) คืบข้อมูลผลการดำเนินงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ผ่านเวทีผู้นำท้องถิ่น การประชุมกำนันผู้ใหญ่บ้านในทุกเดือน เพื่อสะท้อนผลสำเร็จ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคเพื่อร่วมกัน แสดงความคิดเห็น และหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน

4) กำหนดให้มีเวทีถอดบทเรียนการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอเพื่อสร้างการรับรู้ผลการดำเนินงานในรอบปีต่อสื่อสาธารณะภายในอำเภอเมืองศรีสะเกษ ต่อยอดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกมิติ

1.2.3 การจัดทำแผนการดำเนินงานและคัดเลือกประเด็นปัญหาตามบริบทในพื้นที่

คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) อำเภอเมืองศรีสะเกษ มีแผนการดำเนินงานและคัดเลือกประเด็นปัญหาตามบริบทในพื้นที่ โดยผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจาก คณะกรรมการ พชอ.อำเภอเมืองศรีสะเกษ ผู้มีส่วนได้เสีย ผ่านที่ประชุมโดยการนำเสนอประเด็นปัญหาในพื้นที่ นำเสนอข้อมูลประกอบจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และมีการลงมติของเวทีรับฟังความคิดเห็นและได้กำหนดประเด็นการพัฒนาจำนวน 5 ประเด็น ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ปลอดภัย กำหนดให้หมู่บ้านชุมชนเป็นหมู่บ้านสะอาด แยกขยะและจัดการ สิ่งแวดล้อมที่ดี

ประเด็นที่ 2 ปลอดภัย

1) กำหนดให้ร้านค้าที่ขายส้มตำให้ใช้ปลาร้าสุกและงานบุญ ต้องปรุงหรือประกอบอาหารด้วย ปลาร้าที่ต้มสุก

2) ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โรคฉี่หนู โรคพิษสุนัขบ้าอย่างต่อเนื่อง

3) ดำเนินการคัดกรองและควบคุมการโรคไม่ติดต่ออย่างจริงจัง

4) ดำเนินการและพัฒนาเครือข่าย อำเภอ To Be Number One

ประเด็นที่ 3 ปลอดภัย กำหนดให้

1) เจ้าหน้าที่ของรัฐ กำนัน สารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านต้องสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์

2) จัดรณรงค์และให้ร้านอาหารในเขตพื้นที่ไม่ใช้กล่องโฟมบรรจุอาหาร

3) กำหนดให้ตำบลโพธิ์ท่า ตำบลโพธิ์ค้อ และตำบลโพธิ์ เป็นตำบลปลอดภัยทางถนนด้านอุบัติเหตุจราจร

4) การจัดตรวจระเบียบสังคมและตรวจมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในเวลากลางคืน

ประเด็นที่ 4 ออกกำลังกาย เนื่องจากจังหวัดศรีสะเกษ เป็นเมืองกีฬา เพื่อสนองนโยบายของจังหวัดศรีสะเกษ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จึงกำหนดให้มีการส่งเสริมการจัดตั้งชมรมออกกำลังกายทุกตำบล และหมู่บ้านหรือชุมชน

ประเด็นที่ 5 การเพิ่มรายได้ เพื่อให้เศรษฐกิจและสังคมดี กำหนดให้มีการส่งเสริมสมาชิกในหมู่บ้านและชุมชน รวมทั้งส่งเสริมและสนับสนุนผู้ด้อยโอกาสในหมู่บ้านหรือชุมชน ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งได้กำหนดรูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองศรีสะเกษ ดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2. การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

อำเภอเมืองศรีสะเกษ ได้ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยใช้เกณฑ์การประเมินตามหลัก UCCARE ซึ่งประกอบด้วย

2.1 การทำงานเป็นทีม (Unity Team) พบว่า การขับเคลื่อนการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561 ประกอบด้วย ภาครัฐ 6 คน ภาคเอกชน 6 คน และภาคประชาชน 7 คน โดยมีนายอำเภอเป็นประธานและมีสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ รวมทั้งมีคณะอนุกรรมการภาคีเครือข่าย ตามประเด็นปัญหาอีก 5 คณะ จำนวน 67 คน โดยแบ่งหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานตามประเด็นปัญหา เพื่อร่วมรับผิดชอบประเด็นปัญหา วิเคราะห์บริบทพื้นที่ ร่วมวางแผนร่วมดำเนินงาน และร่วมติดตามผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2.2 การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus) พบว่า มีการจัดกระบวนการเพื่อรับฟังแนวทาง/ความคิดเห็นกลุ่มเป้าหมาย สร้างการรับรู้และเข้าใจความต้องการของประชาชน ผ่านทางการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน มีป้ายประชาสัมพันธ์ มีแผนปฏิบัติงานที่สอดคล้องตามยุทธศาสตร์หลักของโครงการ โดยระบุชัดเจน มีการบูรณาการทุกภาคส่วนครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ทุกกลุ่ม มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบของกิจกรรมให้เป็นที่น่าสนใจแก่ อสม, ประชาชนทั่วไปและภาคีเครือข่าย มีการวิเคราะห์ต้นทุนของชุมชนที่มีอยู่ เพื่อหาจุดเด่น จุดพัฒนาของชุมชน มีการส่งเสริมอาชีพ ส่งเสริมความรู้เพื่อใช้ในการสร้างอาชีพให้กับชุมชน

2.3 การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย (Community Participation) พบว่า ทั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คณะอนุกรรมการ ภาคีเครือข่าย ผู้นำชุมชน ได้เข้ามามีส่วนร่วมวางแผนอย่างเป็นระบบ ร่วมดำเนินการ มีการคืนข้อมูลตามประเด็นปัญหาให้พื้นที่รับทราบ ร่วมติดตามการดำเนินงานในชุมชน มีการประชุมเพื่อติดตาม ทบทวน ปรับปรุงกิจกรรมการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2.4 การชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) พบว่า มีการดูแลพัฒนาและสร้างความพึงพอใจ และความผูกพันให้กับคณะกรรมการ จัดประชุมสรุปผลการดำเนินการของคณะกรรมการ พชอ. โดยมีการกล่าวขอบคุณ ชื่นชม ผลการดำเนินงาน ตามประเด็นปัญหา พร้อมเสริมพลังการดำเนินงานและการสร้างแรงบันดาลใจให้กับคณะทำงาน มีการประกวดและมอบรางวัลให้กับพื้นที่ที่มีผลงานดีเด่น เช่น การประกวดหมู่บ้านสะอาด การประกวดชมรมออกกำลังกายดีเด่นระดับอำเภอ การสร้างคุณค่าให้หน่วยงาน องค์กรเครือข่ายและชุมชนในการเป็นองค์กรต้นแบบ การประกวดการจัดการขยะ การมอบรางวัลหมู่บ้านปลอดไข้เลือดออกและการมอบรางวัลบุคคลต้นแบบ เป็นต้น

2.5 การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) พบว่า ในการดำเนินกิจกรรมตามประเด็นปัญหาทั้ง 5 ประเด็น มีการใช้ทรัพยากรทั้ง คน เงิน และสิ่งของร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลศรีสะเกษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ พัฒนาชุมชน เทศบาลเมืองศรีสะเกษ เทศบาลตำบลน้ำคำ องค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่งและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เช่น เทศบาลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรม โรงพยาบาลศรีสะเกษสนับสนุนงบประมาณและบุคลากรในการให้ความรู้และการปฏิบัติงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ พัฒนาชุมชนและหน่วยงานราชการอื่นๆ สนับสนุนองค์ความรู้ในการพัฒนาด้านต่าง ๆ อีกทั้งรัฐวิสาหกิจ และเอกชน ณาการ และสโมสรช่วยสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการ เป็นต้น

2.6 การดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential Care) พบว่า มีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ดังนี้ การให้ความรู้เกี่ยวกับการคัดแยกขยะในชุมชน การสร้างนวัตกรรมจากขยะให้สามารถนำไปใช้ในชุมชนได้ และสร้างรายได้ โดยเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอและเครือข่าย อสม.ในชุมชน มีกิจกรรมรณรงค์การงดใช้ถุงพลาสติกในการจ่ายยาในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และงดการใช้ถุงพลาสติก และโฟมบรรจุอาหาร มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องการออกกำลังกายในชุมชนให้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุด มีกิจกรรมรณรงค์การออกกำลังกาย มีกิจกรรม Big Cleaning day ประจำทุกเดือนในหมู่บ้านเพื่อจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก มีกิจกรรม Bike for care ปั่นจักรยานเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ด้อยโอกาส ติดตามการดำเนินงาน Long Term Care ร้านค้าร้านอาหารเข้าร่วมโครงการสัมตำปลาสุก จัดตั้งชมรม To Be Number One ในสถานศึกษา สถานประกอบการ และในชุมชน ร้อยละ 100 มีโครงการใครติดยาขมมือขึ้น นอกจากนี้ยังมีการสร้างอาชีพและรายได้ให้กับผู้ด้อยโอกาส ผู้พิการ ส่งเสริมตลาดนัดสีเขียวในส่วนราชการ ตลาดนัดวัฒนธรรม ถนนคนเดิน

การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ แยกตามประเด็นปัญหา ทั้ง 5 ประเด็น ผ่านการประเมินระดับ 4 ขึ้นไปทุกประเด็น ส่วนประเด็นปัญหาที่มีคะแนนสูงสุด คือ ประเด็นปลอดภัย รองลงมา คือ ประเด็นปลอดภัยและประเด็นปลอดภัย เมื่อแยกพิจารณาตามองค์ประกอบจะพบว่า ด้านการทำงานเป็นทีม มีผลการประเมินขั้นสูงสุดที่ระดับ 5 (บูรณาการ) ซึ่งทุกประเด็นปัญหาจะผ่านขั้นนี้ รองลงมาจะเป็นด้านการดูแลผู้ป่วยและประชาชน มีประเด็นปัญหาที่ผ่านระดับ 5 จำนวน 4 ประเด็น รองลงมาเป็นด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี และด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร ผ่านระดับ 5 จำนวน 3 ประเด็น และด้านที่มีผลการประเมินน้อยที่สุด คือ การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน และการชื่นชมและให้คุณค่า ผ่านการประเมินระดับ 5 จำนวน 1 ประเด็น ดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการประเมินการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามเกณฑ์ UCCARE

ระดับคะแนนการประเมิน UCCARE							ผลการประเมิน
ประเด็นปัญหา	Unity Team	Customer Focus	Community Participation	Appreciation	Resource Sharing and Human Development	Essential Care	
ปลอดภัย	5	4	5	4	5	5	ผ่าน
ปลอดภัย	5	5	4	5	5	5	ผ่าน
ปลอดภัย	5	4	5	4	5	5	ผ่าน
การออกกำลังกาย	5	4	4	4	4	5	ผ่าน
การเพิ่มรายได้	5	4	5	4	4	4	ผ่าน

3. ผลลัพธ์จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ผลลัพธ์การดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอเมืองศรีสะเกษ มีดังนี้

ประเด็นปลอดภัย

1. ปริมาณขยะรีไซเคิลหลักที่มุ่งเข้าสู่ตัวเมืองศรีสะเกษลดลง ภูมิทัศน์ริมทางมีความสวยงาม
2. ปริมาณขยะที่สำนักงานเทศบาลเมืองศรีสะเกษจัดเก็บลดลง
3. ประชาชนมีรายได้จากแยกขยะเพิ่มขึ้น
4. หมู่บ้านต้นแบบ “บ้านสวยเมืองสุข” จำนวน 16 หมู่บ้าน

ประเด็นปลอดภัย

1. ร้านค้าที่ขายส้มตำที่ใส่ปลาร้าสุกในพื้นที่ จำนวน 144 ร้าน คิดเป็นร้อยละ 80.20
2. งานบุญในหมู่บ้านและชุมชน ที่มีการปรุงหรือประกอบอาหารด้วยปลาร้าที่ต้มสุก จำนวน 1,420 งาน คิดเป็นร้อยละ 70.40
3. มีหมู่บ้านปลอดภัยไร้เลือดออก จำนวน 120 หมู่บ้าน
4. ควบคุมการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ได้ตามเกณฑ์กำหนด
5. อำเภอเมืองศรีสะเกษ ได้รับการคัดเลือกเป็นอำเภอ To Be Number One ดีเด่นระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ประเด็นปลอดภัย

1. เจ้าหน้าที่ของรัฐ กำนัน สารวัตรกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน นักเรียนนักศึกษา ประชาชนทั่วไป ที่มาติดต่อส่วนราชการสวมหมวกนิรภัย ร้อยละ 100
2. ส่วนราชการเสิร์ฟอาหารว่างและเครื่องดื่ม อาหาร โดยไม่ใช้กล่องโฟม ร้อยละ 100
3. ตำบลโพชน้ำ ตำบลโพชน้อย และตำบลโพธิ์ เป็นตำบลต้นแบบด้านความปลอดภัยทางถนน

ประเด็นออกกำลังกาย

1. เทศบาลเมืองศรีสะเกษ จัดสิ่งแวดล้อมและสถานที่สำหรับออกกำลังกายแก่คนอำเภอเมืองศรีสะเกษ ครอบคลุมทุกชุมชน
2. เทศบาลตำบลน้ำคำ และองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง มีชมรมออกกำลังกายทุกตำบล และหมู่บ้าน/ชุมชน และจัดสถานที่และอุปกรณ์การออกกำลังกาย ทุกแห่ง รวม 16 แห่ง
3. จังหวัดศรีสะเกษ ประกาศเป็น “เมืองกีฬา”
4. หน่วยงานกำหนดให้เจ้าหน้าที่ของรัฐออกกำลังกายทุกบ่ายวันพุธ

ประเด็นการเพิ่มรายได้

1. จัดตลาดนัดวัฒนธรรมในพื้นที่อำเภอเมืองศรีสะเกษ ทุกวันเสาร์
2. จัดตลาดนัดถนนคนเดินในพื้นที่อำเภอเมืองศรีสะเกษ ทุกวันอาทิตย์
3. จัดตลาดนัดสีเขียวในส่วนราชการบริเวณศาลากลาง โรงพยาบาลศรีสะเกษ ตลาดนัดเทศบาลน้ำคำ

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาคุณภาพชีวิต

1. เป็นศูนย์รวมของส่วนราชการ สถานศึกษา สถานที่ตั้งของแหล่งท่องเที่ยว และสถานประกอบการของจังหวัดศรีสะเกษทำให้สามารถเชื่อมประสานข้อมูล และบูรณาการการทำงานในระดับจังหวัด และอำเภอ สามารถนำทรัพยากร ด้านคน เงิน สิ่งสนับสนุน ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ได้
 2. ประชาชนในพื้นที่มีความรู้ ความสามารถที่หลากหลายด้าน ทำให้ช่วยกันพัฒนาได้ในหลาย ๆ ด้าน
 3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้การนำของนายอำเภอ ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต จึงมีการประชุมทบทวนประเด็นปัญหา ร่วมกันพัฒนา และคืนข้อมูลสู่พื้นที่ และติดตามผลการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่องเป็นประจำ
 4. มีช่องทางการสื่อสารการดำเนินงานที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่หลากหลาย และครอบคลุม เช่น ป้ายประชาสัมพันธ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ การประชุม สื่อวิทยุ ตรีประชาสัมพันธ์ รวมทั้งสื่อบุคคลต้นแบบ
- ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ
1. อำเภอเมืองศรีสะเกษ มีบริบทพื้นที่ที่หลากหลายแบบ ได้แก่ สังคมเมือง สังคมกึ่งเมือง สังคมชนบท มีความแตกต่างภาษา ชนเผ่า วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดความยุ่งยากและหลากหลายในการดำเนินงาน
 2. อำเภอเมืองศรีสะเกษ เป็นศูนย์รวมของส่วนราชการ สถานศึกษา เรือนจำ สถานประกอบการ ห้างสรรพสินค้า ตลาดสด ตลาดนัด รวมทั้งหอพักของจังหวัดศรีสะเกษ ทำให้มีประชากรแฝง และมีความจำเป็นด้านการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมในแต่สถานประกอบการที่หลากหลาย
 3. การเกิดและการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ในพื้นที่
 4. สภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านเทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว และการแข่งขันด้านสังคม พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อ

อภิปรายผล

ผลการศึกษารูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ของอำเภอเมืองศรีสะเกษ สามารถอภิปรายผลการศึกษาได้ดังนี้

1. รูปแบบการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอของอำเภอเมืองศรีสะเกษ พบว่า มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้ 1) มีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พ.ศ. 2561 โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน และมีสาธารณสุขอำเภอเป็นเลขานุการ และมีคณะกรรมการตามประเด็นปัญหา และมีการพัฒนาศักยภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและทีมงานให้มีคุณภาพ เพื่อส่งต่อการทำงานในระดับตำบล ให้มองเห็นภาพผลการทำงานร่วมกันอย่างมีความสุข ด้วยการสร้างการรับรู้และความเข้าใจผ่านการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นประจำทุกเดือน เพื่อการติดตามและนำเสนอผลการดำเนินงาน และรับทราบปัญหาอุปสรรค 2) มีการกำหนดวิสัยทัศน์ในการทำงานร่วมกัน เพื่อมุ่งไปสู่ความเป็นเมืองสุขภาพดี (Healthy City) โดยมีเป้าหมายให้คนเมืองศรีสะเกษเป็นคนสุขภาพดี จัดสิ่งแวดล้อมที่ดี ให้มีเศรษฐกิจที่ดี และมีชุมชนและสังคมดี โดยยึดหลักการ 5 ร่วม ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมพัฒนา ร่วมแก้ไขปัญญา และร่วมรับผลประโยชน์ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน คือ คนมีสุขภาพดี สิ่งแวดล้อมดี เศรษฐกิจดี ชุมชนและสังคมดี และมีการกำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิต 5 ประเด็น 3) มีการวางแผนการดำเนินงานและคัดเลือกประเด็นปัญหาตามบริบทในพื้นที่ โดยผ่านกระบวนการรับฟังความคิดเห็นจากคณะกรรมการ พชอ. ผู้มีส่วนได้เสีย ผ่านที่ประชุมโดยการนำเสนอประเด็นปัญหาในพื้นที่นำเสนอข้อมูลประกอบจากผู้ที่เกี่ยวข้อง และมีการลงมติของเวทีรับฟังความคิดเห็นและได้กำหนดประเด็นการพัฒนาจำนวน 5 ประเด็น ดังนี้ ปลอดภัย ปลอดโรค ปลอดภัย ออกกำลังกายและการเพิ่มรายได้ 4) มีการดำเนินการร่วมกันและให้ความสำคัญของการบูรณาการจากทุกภาคส่วนในพื้นที่ รวมทั้งระดมทรัพยากรอย่างมีส่วนร่วมสร้างความเป็นเจ้าภาพร่วมกัน 5) มีการประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตตามตัวชี้วัด และประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตามเกณฑ์ UCCARE มีการติดตามการดำเนินงานเพื่อสร้างความเชื่อมั่น และเพื่อสะท้อนความสำเร็จ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคเพื่อร่วมกันแสดงความคิดเห็น และหาแนวทางแก้ปัญหาาร่วมกัน 6) มีเวทีถอดบทเรียนการดำเนินงานเพื่อสร้างการรับรู้ผลการดำเนินงานในรอบปี และต่อยอดการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพครอบคลุมทุกมิติ และมีคืนข้อมูลผลการดำเนินงานผ่านเวทีการประชุมหัวหน้าส่วนราชการ กำนันผู้ใหญ่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ (2561) ที่ได้ศึกษาแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ พบว่า รูปแบบการบริหารจัดการของ พชอ. ต้องมีการบูรณาการร่วมกันทุกภาคส่วนในการระดมทรัพยากรอย่างมีส่วนร่วมและให้ความสำคัญกับการคืนข้อมูลกลับสู่ประชาชนเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน และได้สอดคล้องกับศิวภรณ์ เงินราง (2562) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและการพิชผล จังหวัดอุบลราชธานี ผลการศึกษา พบว่า รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การวิเคราะห์สภาพปัญหา 2) การพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและเครือข่าย 3) การนิเทศ ติดตาม และประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และ 4) สรุป ถอดบทเรียน และประชาสัมพันธ์ และนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของวัฒนา สว่างศรี (2560) ได้ถอดบทเรียนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาประกอบด้วย 6 กระบวนการคือ 1) การแต่งตั้งกรรมการระดับอำเภอและระดับตำบล 2) การวิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูล 3) การวางแผนแบบมีส่วนร่วมทำประชาคมระดับตำบลและหมู่บ้าน 4) การออกติดตามเยี่ยมเสริมพลัง 5) การแชร์ทรัพยากรและพัฒนาบุคลากร 6) การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน

2. การประเมินผลการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามเกณฑ์ UCCARE ผลการประเมินพบว่า ประเด็นปัญหาทั้ง 5 ประเด็น ผ่านการประเมิน ระดับ 4 ขึ้นไป มีการพัฒนาไปในทางที่ดีขึ้นจากปีก่อน และมีผลลัพธ์ในการแก้ไขปัญหาที่ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เมื่อแยกพิจารณาตามองค์ประกอบจะพบว่า ด้านการทำงานเป็นทีม (Unity Team) มีผลการประเมินขั้นสูงสุดที่ระดับ 5 (บูรณาการ) ซึ่งทุกประเด็นปัญหาจะผ่านขั้นนี้ รองลงมาจะเป็นด้านการดูแลผู้ป่วยและประชาชน (Essential Care) จะมีประเด็นปัญหาที่ผ่านระดับ 5 จำนวน 4 ประเด็น รองลงมาเป็นการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคี (Community Participation) และด้านการแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource Sharing and Human Development) ผ่านระดับ 5 จำนวน 3 ประเด็น และด้านที่มีผลการประเมินน้อยที่สุด คือ การให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายและประชาชน (Customer Focus) และการชื่นชมและให้คุณค่า (Appreciation) ผ่านการประเมินระดับ 5 จำนวน 1 ประเด็น สอดคล้องกับผลการศึกษาของศรีเรือนดีพูน (2562) ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่นำร่องอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าองค์ประกอบด้าน Essential Care มีการยกระดับมากที่สุด ส่วนองค์ประกอบด้าน Appreciation มีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด

3. ผลลัพธ์จากการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือ มีการจัดแยกขยะ เกิดนวัตกรรมจากขยะ เช่น การคัดแยกขยะ การนำขวดพลาสติกไปสานตะกร้า การนำของกาแฟไปทำกระเปาะ การนำกล่องนมไปทำหมวก เป็นต้น ซึ่งสามารถสร้างรายได้ให้ชุมชนได้ อำเภอเมืองศรีสะเกษมีหมู่บ้านต้นแบบ “บ้านสวยเมืองสุข” จำนวน 16 หมู่บ้าน มีร้านค้าที่ขายส้มตำปลาร้าสุกในพื้นที่ งานบุญในชุมชนปรุงหรือประกอบอาหารด้วยปลาร้าที่ต้มสุก นอกจากนี้อำเภอเมืองศรีสะเกษยังได้รับคัดเลือกเป็นอำเภอ To Be Number One ดีเด่นระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตำบลโพธิ์น้ำ ตำบลโพธิ์น้ำ และตำบลโพธิ์ เป็นตำบลต้นแบบด้านความปลอดภัยทางถนน มีตลาดนัดสีเขียวในส่วนราชการ ตลาดนัดวัฒนธรรม ถนนคนเดิน เพื่อสร้างรายได้ให้กับชุมชน

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เนื่องจากอำเภอเมืองศรีสะเกษเป็นศูนย์รวมของส่วนราชการ สถานศึกษา สถานประกอบการ ของจังหวัดศรีสะเกษ ทำให้สามารถเชื่อมต่อประสานข้อมูล และบูรณาการการทำงานในระดับจังหวัดและอำเภอ สามารถนำทรัพยากร ด้านคน เงิน สิ่งสนับสนุน ในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ได้ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอภายใต้การนำของนายอำเภอที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต จึงมีการประชุมทบทวนประเด็นปัญหา ร่วมกันพัฒนา และคืนข้อมูลสู่พื้นที่ และติดตามผลการดำเนินงานอย่างจริงจังและต่อเนื่องเป็นประจำ และประกอบกับมีประชาชนในพื้นที่มีความรู้ความสามารถที่หลากหลายด้าน ทำให้เข้ามาช่วยกันพัฒนาได้ในหลายๆด้าน สอดคล้องกับผลการศึกษาของวัฒนา สว่างศรี (2560) ได้ถอดบทเรียนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม ที่พบว่าปัจจัยความสำเร็จ คือ การติดตามผลการดำเนินงานอย่างจริงจังของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระบบสุขภาพอำเภอ ซึ่งมีตัวแทนจากหน่วยงานราชการ ภาคเอกชนและภาคประชาชน โดยนายอำเภอเป็นประธานมีการใช้อำนาจ ทั้งสายบังคับบัญชา และพลังอำนาจที่มีของตนเองและหน่วยงานในระบบสุขภาพอำเภอ มีการกำหนดบทบาทให้ ร่วมคิด ร่วมวางแผน สนับสนุนการดำเนินงาน ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ควรมีช่องทางรับข้อมูลหรือปัญหาที่จำเป็นของพื้นที่ชุมชน เพื่อรับฟังความคิดเห็นอย่างเป็นทางการ กึ่งทางการ และลงพื้นที่เพื่อรับฟัง เสริมพลังของชุมชน ให้สามารถนำมากำหนดแนวทางร่วมกันในการจัดการหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนได้อย่างถูกต้องและเกิดประโยชน์อย่างแท้จริง

2. การคืนข้อมูลให้พื้นที่ชุมชนเพื่อให้ทราบปัญหา ซึ่งจะมีประโยชน์อย่างยิ่งในการช่วยแก้ปัญหาและพัฒนาชุมชน

3. เปิดโอกาสให้ชุมชน หรือภาคประชาสังคม เป็นเจ้าภาพในการดำเนินงานประเด็นปัญหาเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมที่แท้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับประชาชนในมุมมองของประชาชนโดยตรง เพื่อสะท้อนผลพัฒนาที่ชัดเจน

2. ศึกษาถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เช่น ภาวะผู้นำ ศักยภาพของคณะกรรมการ พขอ. ต้นทุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของประชาชน เป็นต้น

รายการอ้างอิง

มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนาและสำนักพัฒนายุทธศาสตร์วิธีไทย. (2563). *บทเรียน พขอ. การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. นนทบุรี.

ฤทัย วรธนวินิจ. (2561). *แนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบสุขภาพ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร.

วัฒนา นันทะเสน. (2558). การประเมินผลระบบสุขภาพอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ*, 7(30), 105-113.

วัฒนา สว่างศรี. (2560). *ถอดบทเรียนการดำเนินงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม*. มหาสารคาม.

ศรีเรือน ดีพูน. (2562). ประสิทธิภาพของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอในพื้นที่นำร่องอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน*, 7(2), 263-281.

ศิวกรณ์ เงินราง. (2562). *รูปแบบการพัฒนาสมรรถนะคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอตระการพืชผล จังหวัดอุบลราชธานี*. *วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 2 (2), 108-116.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). *เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (30 เป้าประสงค์ที่มีความสำคัญลำดับแรก)*. สืบค้นเมื่อ 6 มกราคม 2564 จาก <http://sdgs.nesdb.go.th/goal>.

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *กรอบยุทธศาสตร์สุขภาพโลกของประเทศไทย พ.ศ. 2559-2563*. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. (2563). *รายงานผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ตัวชี้วัดปี 2563*. ศรีสะเกษ.

สำนักนายกรัฐมนตรี. (2561). *ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561*. สืบค้นเมื่อ 7 มกราคม 2564 จาก <http://ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/054/1.PDF>

Stufflebeam, D. L., et al. (1971). *Educational Evaluation and Decision-Making*. Itasca, Illinois : Peacock.

นวัตกรรมแผ่นกระดาษช่วยฉีดอินซูลิน The Innovative Insulin Injection Aid Paper

ปิยพร สิทธิมาตย์^{1*}, อัจฉรา คำมะতিย์² และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ³

Piyaporn Sittimat^{1*}, Adchara Khammathit² and Kittiporn Nawsuwan³

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านคุง^{1*}, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี สถาบันพระบรมราชชนก²,

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา สถาบันพระบรมราชชนก³

Bandung Crown Prince Hospital^{1*}, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani Praboromarajchanok Institute²,

Boromrajonani College of Nursing, Songkhla Praboromarajchanok Institute³

(Received: June 30, 2021; Revised: August 19, 2021; Accepted: August 24, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สร้าง และพัฒนาแผ่นกระดาษช่วยฉีดอินซูลิน และ 2) เปรียบเทียบความพึงพอใจของนวัตกรรมแผ่นกระดาษช่วยฉีดอินซูลินกับค่าเฉลี่ยระดับดี ดำเนินการวิจัยเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 การสร้างและพัฒนาแผ่นกระดาษช่วยฉีดอินซูลิน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์ความต้องการ 2) ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญ 3) สร้างชุดแผ่นกระดาษช่วยฉีดอินซูลิน 4) ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 5) ทดลองใช้ 6) พัฒนาแผ่นกระดาษช่วยฉีดอินซูลิน ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของนวัตกรรมแผ่นกระดาษช่วยฉีดอินซูลินกับการฉีดยาแบบเดิม ตามความคิดเห็นของผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของครอนบาคได้เท่ากับ 0.975 วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิเคราะห์เนื้อหา ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ One Sample t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยเบาหวาน สามารถบอกถึงขนาดอินซูลินได้ถูก โดยอ่านขนาดอินซูลินที่ระบุบนนวัตกรรม และสามารถดูอินซูลินได้ถูก เนื่องจากมีแถบสีบ่งชี้ถึงขนาดอินซูลินที่ฉีดได้อย่างชัดเจน

2. ผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมแผ่นกระดาษช่วยฉีดอินซูลินในระดับดีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นในประเด็นตัวอักษรและสัญลักษณ์ของชิ้นงานชัดเจน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: แผ่นกระดาษช่วยฉีดอินซูลิน, นวัตกรรม, ผู้ป่วยเบาหวาน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: spd.clinic@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-9379841)

Abstract

The aims of this research and innovative development were to 1) create and develop insulin injection aid paper 2) compare the satisfaction of the innovative insulin injection aid paper against the good average. The research was conducted in two parts. The first part was the creation and development of insulin injection aid paper. This part consisted of six steps: 1) needs analysis; 2) studying concepts, theories, related research papers and experts; 3) creating a set of insulin injection aid paper; 4) being reviewed by experts; 5) trial; and 6) developing insulin injection aid paper. The second part was the comparison of the satisfaction between the innovative insulin injection aid paper and traditional insulin injections according to opinions of the diabetics. The samples were 40 diabetic patients aged 60 years and over. Questionnaire was a research tool using for collecting data. It was examined by experts and had its confidence coefficient with 0.975. The data were analyzed using descriptive statistics related to mean, frequency, standard deviation, and also using one sample t-test. The statistical significance was tested at a level of 0.05. The results found that:

1. The diabetics were able to tell the right dose of insulin by reading the insulin size indicated on the innovation and drew right insulin amount due to the color bar indicated the size of insulin injection clearly.

2. The patients with diabetes had their significant satisfaction with the innovative insulin injection aid paper at 0.05, except for the clear text and symbols of the sheet that were not statistically significant.

Keywords: Insulin Injection Aid Paper, Innovation, Diabetes

บทนำ

กลุ่มโรค NCDs (Non Communicable Diseases หรือโรคไม่ติดต่อ) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกทั้งในมิติของจำนวนการเสียชีวิตและการะโรคโดยรวม จากการรายงานข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบประชากรทั่วโลก เสียชีวิตจากโรค NCDs มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จาก 38 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 68 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 41 ล้านคน (คิดเป็นร้อยละ 71 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก) ในปี พ.ศ. 2559 โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด (17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44) รองลงมา คือ โรคมะเร็ง (9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22) โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง (3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9) และโรคเบาหวาน (1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4) ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิต ก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง โดยปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2562)

จังหวัดอุดรธานี อัตราของผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มที่สูง จากปี พ.ศ. 2561-2563 ร้อยละ 4.9, 5.1 และ 5.3 ตามลำดับ (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง, 2563) ซึ่งการรักษาโรคเบาหวานโดยการใช้ยาในปัจจุบัน มี 2 วิธี คือ ยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือด และยาฉีดอินซูลิน ซึ่งการใช้อินซูลินเพื่อควบคุมเบาหวานให้ได้ดีนั้น อาจมีข้อจำกัดเรื่องขั้นตอนการฉีด จึงทำให้ผู้ป่วยใช้อินซูลินไม่ถูกต้องเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ตามมา เช่น ภาวะน้ำตาลต่ำ ภาวะน้ำตาลสูง และการรักษาผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้อินซูลินในปัจจุบัน พบว่า ผู้ป่วยควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดีเกิดจากผู้ป่วยปรับปริมาณอินซูลินไม่ถูกต้อง ฉีดอินซูลินไม่ตรง

เวลา อ่านหนังสือไม่ออก มองตัวเลขที่ Syringe ไม่ชัด (สุกฤตา ตะกาวรี, ศากุล ช่างไม้ และสัมพันธ์ หิณูชีระนันท์, 2019)

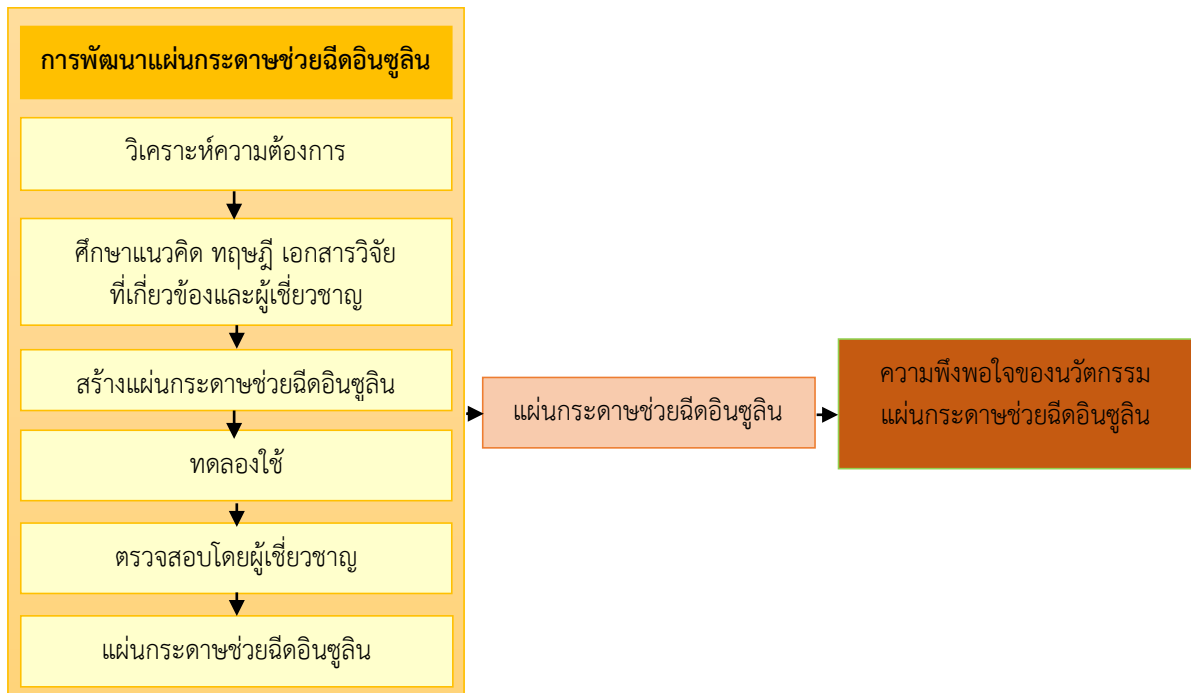
การรักษาผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้การฉีดอินซูลินสามารถลดระดับน้ำตาลที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในปัจจุบัน ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จึงควรพิจารณาให้ได้รับการฉีดอินซูลิน (วีระศักดิ์ ศรีนภากร, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, และทองคำ สุนทรเทพวรากล, 2555) นอกจากนี้ สมพงษ์ สุวรรณวลัยการ (2008) ระบุว่า การฉีดอินซูลินที่ถูกต้องตามหลักวิธีเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้เป็นเบาหวานต้องได้เรียนรู้ และฝึกทักษะการปฏิบัติ จึงจะเกิดผลลัพธ์ในการลดระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการฉีดอินซูลินได้ ทวี อนันตกุลธิ (2548) ได้เสนอว่า ผู้เป็นเบาหวานควรได้รับการแนะนำการปฏิบัติตนในเรื่องการฉีดอินซูลินที่ถูกต้อง

อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี อัตราชุกของผู้ป่วยเบาหวานมีแนวโน้มที่สูงขึ้น จากปี 2561-2563 ร้อยละ 5.04, 5.29 และ 5.47 ตามลำดับ ผู้ป่วยเบาหวาน ปี 2561-2563 จำนวน 5,673, 5,572 และ 5,920 ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยที่ใช้อินซูลิน 1,306, 1,550 และ 1,631 รายตามลำดับ จากข้อมูลคลินิกเบาหวาน ผู้ป่วยเบาหวานฉีดยาผิด ปี 2561-2563 คิดเป็นร้อยละ 62.17, 57.29, 54.44 และจากการค้นหาสาเหตุของการฉีดยาผิด เกิดจากจำขนาดยาผิดจึงฉีดผิด หรือจำขนาดยาถูกแต่ฉีดผิด โดยมีปัจจัยที่ทำให้ฉีดยาผิด คือ จำขนาดยาไม่ได้ และเกิดความคลาดเคลื่อนในการมองสเกลที่บอกขนาดยาบน Syringe ไม่ชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งร้อยละ 80 ของผู้ฉีดอินซูลินผิด คือผู้สูงอายุ หากฉีดยาเกินขนาด อาจเกิดอาการน้ำตาลต่ำ เป็นลม หน้ามืด หหมดสติได้ หรือหากฉีดอินซูลินน้อยกว่าขนาดกำหนด จะทำให้น้ำตาลสูง อาจมีอาการไม่พึงประสงค์ เช่น ปากแห้ง คลื่นไส้ และหากฉีดอินซูลินไม่ถูก ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ในเกณฑ์ที่แพทย์กำหนด อาจส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทางไต จากเดิมการกำกับการฉีดอินซูลินจะทำโดยสหวิชาชีพทุกสาขาจะเป็นผู้ทวนสอบกับผู้ป่วย กล่าวคือ พยาบาลวิชาชีพจะสอบถามขนาดอินซูลินที่ใช้ แพทย์และเภสัชกรจะทวนสอบอีกครั้ง โดยนำ Syringe ให้ผู้ป่วยดูตามขนาดอินซูลินที่แพทย์สั่ง แต่ยังคงเกิดอุบัติการณ์การจำขนาดอินซูลินไม่ได้ ดูอินซูลินไม่ถูก จึงมีการคิดค้นนวัตกรรมที่ช่วยในการจำขนาดอินซูลิน และดูอินซูลินได้ง่าย ซึ่งการใช้แผ่นกระดาษช่วยฉีดอินซูลิน จึงเป็นอุปกรณ์ที่มีประโยชน์มากสำหรับช่วยในการมองเห็น และการจดจำขนาดอินซูลิน ทำให้เกิดประสิทธิภาพในเชิงการรักษา ผู้ป่วยเบาหวานสามารถจดจำขนาดอินซูลิน และมองเห็นสเกลบอกปริมาณอินซูลินได้ชัดเจน มีผลสัมฤทธิ์ในการรักษาที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ศึกษาวัตกรรมแผ่นกระดาษช่วยฉีดอินซูลิน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ใช้เป็นอุปกรณ์ช่วยในการดูอินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะนำไปสู่การฉีดอินซูลินได้ถูกต้อง ตามแผนการรักษา

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อสร้าง และพัฒนาแผ่นกระดาษช่วยฉีดอินซูลิน
2. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจของนวัตกรรมแผ่นกระดาษช่วยฉีดอินซูลินกับค่าเฉลี่ยระดับดี ($\bar{x} \geq 3.50$)

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม (Innovation Research and Development) แบ่งเป็น 2 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 การสร้าง และพัฒนาแผ่นกระดาษช่วยฉีดยา ผู้วิจัยได้ดำเนินการ 6 ขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ความต้องการของผู้ป่วยเบาหวาน โดยการสนทนากลุ่มย่อยผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน พบว่าผู้ป่วยฉีดยาผิด โดยปัจจัยที่ทำให้ฉีดยาเบาหวานผิด คือจำขนาดยาไม่ได้ และเกิดความคลาดเคลื่อนในการมองเห็นเกลียวที่บอกขนาดยาบน Syringe ไม่ชัดเจน คิดเป็นร้อยละ 40 ซึ่งร้อยละ 80 ของผู้ฉีดยาผิดคือผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ป่วยเบาหวานที่สูงอายุ ต้องการสิ่งที่ช่วยให้มองเห็นเกลียวบน Syringe ได้ชัดเจน

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และผู้เชี่ยวชาญ

ผู้วิจัยศึกษาแนวคิดโรคเบาหวาน การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิธีการฉีดยา ตลอดจนได้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยเบาหวานได้แก่ แพทย์ เภสัชกร และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างนวัตกรรมแผ่นกระดาษช่วยฉีดยา

ขั้นตอนที่ 3 สร้างแผ่นกระดาษช่วยฉีดยา

จากนั้นผู้วิจัยเตรียมจัดหาอุปกรณ์สร้างแผ่นกระดาษช่วยฉีดยา ตามที่ออกแบบ โดย



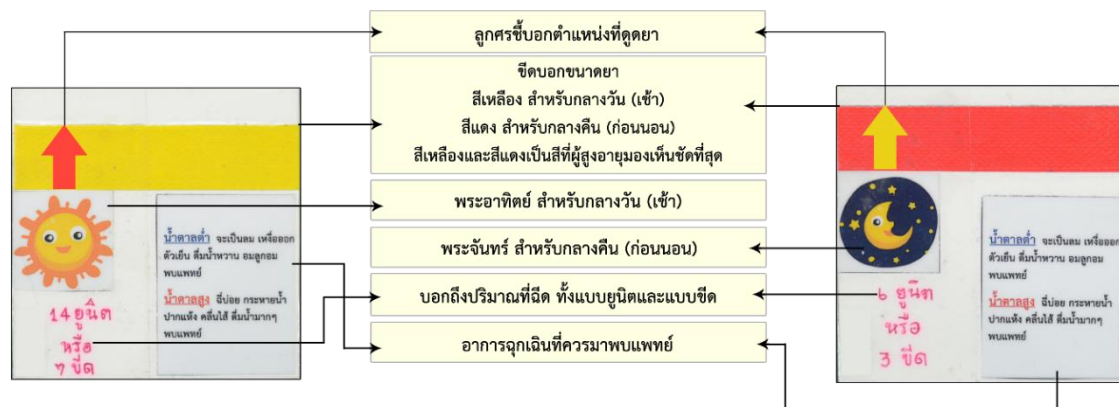
ภาพ 2 แผ่นกระดาษช่วยฉีดยาอินซูลิน ในระยะที่ 1

ขั้นตอนที่ 4 ตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ

ผู้วิจัยนำนวัตกรรมแผ่นกระดาษช่วยฉีดยาอินซูลินมาให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ประกอบด้วย แพทย์ เกษัชกร และพยาบาลผู้จัดการรายกรณีผู้ป่วยเบาหวาน และพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในคลินิกเบาหวาน ผลการตรวจสอบพบว่าตัวหนังสือมีขนาดเล็กเกินไป ทำให้มองเห็นไม่ชัด โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสายตา ระดับสเกลในแผ่นกระดาษไม่ชัดระดับสเกลอาจส่งผลต่อการดูยาอินซูลินได้ขนาดไม่ตรงตามแผนการรักษาของแพทย์ จากนั้นผู้วิจัยนำนวัตกรรมดังกล่าวมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 5 ทดลองใช้

ผู้วิจัยนำนวัตกรรมแผ่นกระดาษช่วยฉีดยาอินซูลิน มาทดลองใช้ในผู้ป่วยเบาหวานอายุ 60 ปี ขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จำนวน 40 คน ผลการทดลองใช้พบว่าขนาดตัวอักษรในแผ่นกระดาษยังคงเล็กเกินไปไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และนวัตกรรมแผ่นกระดาษหยาบจับไม่ถนัดมือ จากนั้นผู้วิจัยปรับขนาดตัวอักษรและเพิ่มขนาดของแผ่นกระดาษให้ใหญ่ขึ้นกว่าเดิม



ภาพ 3 แผ่นกระดาษช่วยฉีดยาอินซูลิน ในระยะที่ 2

ขั้นตอนที่ 6 พัฒนาแผ่นกระดาษช่วยฉีดยาอินซูลิน

ภายหลังการทดลองใช้แล้ว ผู้วิจัยได้พัฒนา แผ่นกระดาษช่วยฉีดยาอินซูลิน ระยะที่ 3 ต่อมาได้ปรับปรุงและพัฒนาตามข้อการปรับปรุง แล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญ ชุดที่ 2 ตรวจสอบให้เสนอแนะ แล้วจึงนำไปแก้ไขปรับปรุงลักษณะภายนอกการผลิต ตลอดจนการเคลือบแผ่นเคลือบใสเพื่อความคงทน และสัมผัสที่นำใช้มากขึ้น

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของนวัตกรรมแผ่นกระดาษช่วยฉีดยาอินซูลินกับค่าเฉลี่ยระดับดี ($M \geq 3.50$)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยเบาหวาน อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ปีงบประมาณ 2564 จำนวน 5,572 คน

เกณฑ์คัดเข้า คือ ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ และใช้อินซูลินอายุ 60 ปีขึ้นไป ดูปอดอินซูลินไม่ถูก ไม่มีปัญหาในการสื่อสาร ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก คือ ระหว่างใช้วัตรกรรมมีภาวะแทรกซ้อนหรือเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ ผู้ป่วยเบาหวานฉีดอินซูลินที่มี อายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง จำนวน 40 คนกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test Family เลือก t-test, Statistical test เลือก Mean: Difference from Constant Means (One Sample Case) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.5 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกันสามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .05 และค่า Power = .95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 45 คน แต่เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม 5 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจงโดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองได้แก่ วัตรกรรม แผ่นกระดาษช่วยฉีดอินซูลิน
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามการศึกษาความพึงพอใจ ของผู้ป่วยเบาหวานต้องการใช้ แผ่นกระดาษช่วยฉีดอินซูลิน ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 3 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบประเมินความพึงพอใจด้านคุณภาพการผลิต ด้านคุณภาพการนำไปใช้ และด้านประโยชน์การใช้งาน มีลักษณะเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับจากมากที่สุดให้ 3 คะแนนถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน จำนวนทั้งสิ้น 15 ข้อ

ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ความพึงพอใจผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเป็นอาจารย์พยาบาล 1 คน อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิจัย 1 คน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา ซึ่งใช้วิธีหาดัชนีความสอดคล้อง (Index of Objective-Item Congruence; IOC) ได้ค่าระหว่าง 0.67-1.00 จากนั้นนำมาทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .975

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. ผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง
2. ผู้วิจัยประสานโครงการวิจัยกับแผนกคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง เพื่อขอความร่วมมือในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเข้าคัดออก
3. ผู้วิจัยทำการฝึกหัดใช้กลุ่มตัวอย่าง ชักประวัติ และตรวจร่างกาย

ขั้นทดลอง

1. ผู้วิจัยชี้แจงลักษณะของวัตรกรรมและขั้นตอนการใช้วัตรกรรม
2. ผู้วิจัยแจกวัตรกรรมให้กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้วัตรกรรมโดยคอยสังเกตและชี้แนะอยู่ห่าง ๆ ทั้งนี้หากมีวิธีการที่ไม่ถูกต้องหรืออาจเป็นอันตราย ผู้วิจัยจะเข้าไปคอยช่วยเหลือและหยุดการใช้วัตรกรรมทันที
3. กลุ่มตัวอย่างทดลองใช้วัตรกรรมจนเสร็จสิ้นตามขั้นตอนการฉีดอินซูลิน

ชั้นหลังการทดลอง

1. ผู้วิจัยเก็บรวบรวมแบบสอบถามมาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อคำถาม โดยได้รับแบบสอบถามฉบับครบถ้วน สมบูรณ์จำนวน 30 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เปรียบเทียบความพึงพอใจของนวัตกรรมแผ่นกระดาษช่วยฉีดยาฉีดอินซูลินกับค่าเฉลี่ยระดับดี ($M \geq 3.50$) โดยใช้สถิติที (One Sample t-Test) โดยเทียบกับเกณฑ์ประเมินค่าที่ระดับมาก ($\mu \geq 3.50$) ทั้งนี้ ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตั้งเบื้องต้น (Assumption) การทดสอบการแจกแจงโค้งปกติของข้อมูล โดยจากค่า Skewness และค่า Kurtosis พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ (Skewness = -1.163, Kurtosis = 0.829)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้อนุมัติโครงการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครสุพรรณบุรี เลขที่ IRB BCNU 411/045/2563 ทั้งนี้ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล

ผลการวิจัย

1. การสร้างและพัฒนาแผ่นกระดาษช่วยฉีดยาฉีดอินซูลิน ผลการวิจัยพบว่า ลักษณะภายนอก ผลิตภัณฑ์แผ่นกระดาษแข็ง ขนาด 7 cm X 7 cm ใช้งานได้ 2 ด้าน โดยด้านที่หนึ่ง เป็นด้านบอกขนาดฉีดยาเวลาก่อนอาหารเช้า มีสัญลักษณ์พระอาทิตย์ บอกเวลาเช้า และด้านที่สอง เป็นด้านบอกขนาดฉีดยาก่อนนอนโดยมีสัญลักษณ์พระจันทร์บอกถึงเวลาก่อนนอน นอกจากนี้มีลูกศรชี้บอกตำแหน่งที่ดูดยา มีขีดบอกขนาดยา ชีตสีเหลือง สำหรับกลางวัน (ก่อนอาหารเช้า), ชีตสีแดง สำหรับกลางคืน (ก่อนนอน) เพราะสีเหลือง และสีแดงเป็นสีที่ผู้สูงอายุมองเห็นชัดที่สุด สามารถบอกขนาดที่ฉีด ทั้งแบบยูนิต และแบบชิตสเกล Syringe และสามารถบอกอาการฉุกเฉินที่ควรพบแพทย์



ภาพ 4 แผ่นกระดาษช่วยฉีดยาฉีดอินซูลิน ในระยะที่ 3

2. เปรียบเทียบความพึงพอใจของนวัตกรรมแผ่นกระดาษช่วยฉีดยาฉีดอินซูลินกับค่าเฉลี่ยระดับดี ($\bar{x} \geq 3.50$)

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

เพศ	จำนวน	ร้อยละ
ชาย	13	32.5
หญิง	27	67.5
อายุเฉลี่ย 64.5 ปี ($SD = 5.24$, $Min = 61$, $Max = 72$)		
ระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 14.80 ปี ($SD = 8.22$, $Min = 1$, $Max = 30$)		

จากตาราง 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 67.5 เพศชาย ร้อยละ 32.5 มีอายุเฉลี่ย 64.5 ปี อายุต่ำสุด 61 ปี อายุสูงสุด 72 ปี มีระยะเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 14.80 ปี

ตาราง 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจของนวัตกรรมแผ่นกระดาษช่วยฉีดยาอินซูลินกับค่าเฉลี่ยระดับดี ($\bar{x} \geq 3.50$)

ความพึงพอใจ	$\bar{x}$	SD	t	df	Sig (1-tailed)
ด้านคุณภาพการผลิต					
1. ขนาดของชิ้นงานพอเหมาะ	3.77	0.61	2.807	39	0.004
2. ตัวอักษรและสัญลักษณ์ของชิ้นงานชัดเจน	3.70	0.757	1.669	39	0.051
3. ความคงทน	3.70	0.6	1.951	39	0.029
4. วัสดุที่ใช้หาง่าย คุ่มค่า	3.85	0.57	3.819	39	<0.001
5. ความสวยงาม น่าใช้	3.80	0.60	3.122	39	0.001
ด้านคุณภาพการนำไปใช้					
1. ความปลอดภัยในการใช้งาน	3.95	0.63	4.457	39	<0.001
2. ความสะดวกในการใช้งาน	4.07	0.65	5.545	39	<0.001
3. ตรงความต้องการในการใช้งาน	4.00	0.71	4.416	39	<0.001
4. ไม่ยุ่งยากในการใช้งาน	3.92	0.65	4.098	39	<0.001
5. เพิ่มความมั่นใจในการเตรียมอินซูลิน	3.95	0.71	3.984	39	<0.001
ด้านประโยชน์การใช้งาน					
1. มีประโยชน์ต่อผู้ป่วยเบาหวาน	3.95	0.71	3.984	39	<0.001
2. ชิ้นงานสามารถนำไปใช้งานได้จริง	3.97	0.65	4.554	39	<0.001
3. ความพึงพอใจต่อชิ้นงาน	3.9	0.70	3.569	39	<0.001
4. เป็นทางเลือกในการเตรียมอินซูลินที่ดี	3.925	0.69	3.874	39	<0.001
5. ประโยชน์ต่อคุณภาพการรักษาโดยรวม	3.92	0.69	3.874	39	<0.001

จากตาราง 2 พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมแผ่นกระดาษช่วยฉีดยาอินซูลินในระดับดี ขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นในประเด็นตัวอักษรและสัญลักษณ์ของชิ้นงานชัดเจนไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

1. ผลจากการวิจัยนวัตกรรมแผ่นกระดาษช่วยฉีดยาอินซูลิน ผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้าง และพัฒนาแผ่นกระดาษช่วยฉีดยาอินซูลิน นำไปใช้ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง ในผู้ป่วยเบาหวานที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ไม่สามารถจำขนาดอินซูลิน หรือดูอินซูลินไม่ถูก จากการติดตามหลังการนำใช้นวัตกรรมพบว่าผู้ป่วยเบาหวาน สามารถบอกถึงขนาดอินซูลินได้ถูก โดยการอ่านขนาดอินซูลินที่ระบุบนนวัตกรรม และสามารถดูอินซูลินได้ถูก เนื่องด้วยมีแถบสีบ่งชี้ถึงขนาดอินซูลินที่ฉีดได้อย่างชัดเจน ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่านวัตกรรมแผ่นกระดาษช่วยฉีดยาอินซูลินมีประโยชน์ช่วยในการบริหารอินซูลินได้ถูก เป็นผลดีต่อการรักษา

2. ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมแผ่นกระดาษช่วยฉีดยาอินซูลินในระดับดี ขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นในประเด็นตัวอักษรและสัญลักษณ์ของชิ้นงานชัดเจนไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฉีดยาอินซูลินด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก จังหวัดนครปฐม ของ ชมนน เจนจิราวัฒน์ และคณะ (2017) กล่าวว่าระดับอินซูลินในเลือดจะแปรเปลี่ยนตามเทคนิควิธีฉีด ตำแหน่งในการฉีด ปริมาณยาอินซูลินที่ฉีด ความสม่ำเสมอต่อเนื่องในการฉีด ซึ่งมีผลต่อการควบคุมเบาหวาน ซึ่งปัญหาของการฉีดยาอินซูลิน คือ ตำแหน่งการฉีด

และปริมาณของอินซูลิน ไม่ถูกต้อง จากการใช้นวัตกรรมแผ่นกระดาศช่วยฉีดอินซูลิน ผู้ป่วยเบาหวานได้มีโอกาสทดลองใช้ด้วยตนเอง จึงทำให้ผู้ป่วยเบาหวานได้เรียนรู้การดูแลอินซูลินที่ง่าย และได้ขนาดยาตามแผนการรักษา จึงทำให้เกิดความพึงพอใจต่อนวัตกรรมแผ่นกระดาศช่วยฉีดอินซูลิน ในภาพรวมและรอบด้านสูงกว่าการดูแลอินซูลินแบบเดิม

การนำผลการวิจัยไปใช้

การใช้แผ่นกระดาศช่วยฉีดอินซูลิน มีข้อดีในการช่วยให้ผู้ป่วยจดจำ และดูแลอินซูลินตามขนาดที่แพทย์สั่ง ลดความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการฉีดอินซูลินผิดขนาดเนื่องจากก่อนนำใช้นวัตกรรม พยาบาลวิชาชีพจะทำการสอนรายบุคคลถึงวิธีการใช้นวัตกรรมจนกว่าผู้ป่วยเบาหวานจะใช้นวัตกรรมได้ถูกต้อง การใช้นวัตกรรมแผ่นกระดาศช่วยฉีดอินซูลิน ยังช่วยในเรื่องของเวลาในการฉีด โดยนวัตกรรมมีสัญลักษณ์บ่งชี้ถึงเวลาฉีด อย่างไรก็ตามการนำใช้นวัตกรรมนี้ ควรมีการทวนสอบการใช้นวัตกรรมในทุกครั้งที่มารับบริการเพื่อติดตามการใช้นวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด

เมื่อศึกษาความพึงพอใจ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีความพึงพอใจต่อนวัตกรรมแผ่นกระดาศช่วยฉีดอินซูลินในระดับดี ขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ยกเว้นในประเด็นตัวอักษรและสัญลักษณ์ของชิ้นงานชัดเจนไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ป่วยเบาหวานที่จะใช้นวัตกรรมควรมีการฝึกทักษะการใช้นวัตกรรมเพื่อให้มีความสามารถในการใช้ได้อย่างถูกต้อง เกิดการบริหารยาได้ตามแพทย์สั่ง
2. พยาบาลวิชาชีพควรทวนสอบการใช้นวัตกรรมในทุกครั้งที่มารับบริการ หรือเพิ่มช่องทางการติดต่อกลับหากเกิดข้อสงสัยในการใช้นวัตกรรม เพื่อติดตามผลลัพธ์หรือปรับแก้ข้อผิดพลาดที่อาจเกิดระหว่างการใช้นวัตกรรม
3. ขนาดของชิ้นงานเล็ก ซึ่งถูกจำกัดด้วยขนาด Syringe ควรปรับชิ้นงานให้ใหญ่ขึ้นแต่ยังคงใช้ได้กับขนาด Syringe insulin เดิม
4. การปรับแก้ตัวนวัตกรรมเพื่อให้มีตัวยึดระหว่างแผ่นนวัตกรรมกับ Syringe ผู้ป่วยจะได้ถือถนัดมือ

References

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2562). รายงานสถานการณ์โรค NCDs 2562 เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์.
- ชนมน เจนจิรวัดน์, ธราดล เก่งการพานิช, มณฑา เก่งการพานิช, ศรัณญา เบญจกุล. (2560). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการฉีดอินซูลินด้วยตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวาน ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก จังหวัดนครปฐม. *รวมาริบดีพยาบาลสาร*, 23(2), 230-241.
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง. (2563). *Service Profile*. รายงานประจำปี.
- วีระศักดิ์ ศรีนภากร, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, และทองคำ สุนทรเทพวรากล. (บ.ก.). (2555). *ตำราอินซูลิน*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- วีระศักดิ์ ศรีนภากร, ชัยชาญ ดีโรจนวงศ์, และทองคำ สุนทรเทพวรากล. (2555). *ตำราอินซูลิน*. กรุงเทพฯ: กรุงเทพฯเวชสาร.
- สมพงษ์ สุวรรณลัยกร. (2008). *ทักษะในการฉีดอินซูลิน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- สุกฤตา ตะการีย์ และศากุล ช่างไม้. (2562). ผลลัพธ์ของการพยาบาลที่มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันในการฉีดอินซูลินด้วยตนเอง ในผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารการพยาบาล*, 68(3), 48-55.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- 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.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูงที่มี
อัตราการกรองของไตลดลง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะแซว
อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

Factors Related with Glomerular Filtration Rate among Diabetics and
Hypertension with Reduced Glomerular Filtration Rate in Nong Ma Saeo Health
Promoting Hospital, Mueang District, Amnatcharoen Province

นนธิยา สายสุวรรณ^{1*}, ภัคพงษ์ ทองย้อย¹, วชิรวิทย์ ทานะสินทร์¹ และ อริสรา แก้วใส¹
Nonthiya Saisuwan^{1*}, Phakphong Thongyoi¹, Wachirawit Tanasin¹ and Arisra Kaewsai¹
โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล*
Amnat Charoen Campus, Mahidol University*

(Received: December 24, 2020; Revised: August 16, 2021; Accepted: August 26, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่มีอัตราการกรองของไตลดลง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะแซว อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 76 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Spearman Rank Correlation Coefficient และ Pearson Product Moment Correlation Coefficient ผลการวิจัยพบว่า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ พันธุกรรม ($r_s=0.294$, $p\text{-value}=0.010$) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($r=0.189$, $p\text{-value}=0.017$) จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน ($r_s=0.106$, $p\text{-value}=0.032$)

ดังนั้น จึงควรส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมและประสานความร่วมมือกับสหวิชาชีพในด้านการจัดการยา

คำสำคัญ: อัตราการกรองของไต, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, โรคเบาหวาน, โรคความดันโลหิตสูง

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: prasert.pra@mahidol.edu เบอร์โทรศัพท์ 083-0944181)

Abstract

This cross-sectional research aimed to examine the factors associated with glomerular filtration rate in the patient of diabetics, and hypertension with reduced glomerular filtration rate in Nong Ma Saeo Health Promoting Hospital, Mueang Amnat Charoen District, Amnat Charoen Province. The calculated number of subjected recruited in this study was 69 subjects. However, the whole population (76 participants) who met the inclusion criteria and showed willingness to join in the study were all recruited in this study. Questionnaires with 0.75 reliability were used for data collection. The descriptive and inferential statistics with Spearman Rank Correlation Coefficient, and Pearson Product Moment Correlation Coefficient were used for data analysis.

The results are as follows: the majority of participants were female (72.4%); the aged between 70–79 years old (30.3%); body mass index (BMI) between 25–29.9 (32.9%); married status (75.0%); held primary education (86.8%); working in agricultural areas (82.9%); monthly income from 500–1500 Baht (55.3%); having parents or siblings with first-degree diabetics and hypertension 55.3% and 43.4%, respectively. The factors that associated with glomerular filtration rate in the patients of diabetics and hypertension with statistic significance were as follows: genetics ($r_s = 0.294$, $p\text{-value} = 0.010$), eating behaviors ($r = 0.189$, $p\text{-value} = 0.017$), and quantity of taken pills ($r_s = 0.106$, $p\text{-value} = 0.032$). To prevent the renal deterioration, therefore, encouraging eating behavior and increasing medication adherence should be strengthened by health practitioners working in the multidisciplinary teams.

Keywords: Glomerular Filtration Rate, Dietary Behavior, Diabetes, Hypertension

บทนำ

ปัจจุบันโรคไตกำลังเป็นปัญหาใหญ่ระดับโลกจากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า มีความชุกของโรคไตจากร้อยละ 12.3 ของประชากรในปี 2531-2537 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 ของประชากรในปี 2548 (ประเสริฐ ธนกิจจาร, 2558) และคนไทยมีแนวโน้มป่วยเพิ่มขึ้น โดยจำนวนผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังในปี 2555-2557 มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากจำนวน 3,460 คน เป็น 5,387 คน ตามลำดับ (เพ็ญพร vjv ทีวีบุตร, พัชรพร เกิดมงคล, ขวัญใจ อำนาจสัตรูเชื้อ, 2560) และในปี 2561 พบประชาชนเป็นโรคไตเรื้อรังร้อยละ 4.6–17.5 และความชุกโรคไตเรื้อรังส่วนใหญ่มีสาเหตุเกิดจากโรคเบาหวานถึงร้อยละ 36.3 รองลงมาเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 23.3 (วินัส สาระจรัส และแอนนา สุมะโน, 2561)

สาเหตุส่วนใหญ่ร้อยละ 70 เกิดจากโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีสถิติผู้ป่วยรวมเกือบ 15 ล้านคน ผลที่ตามมาคือมีภาวะไตเสื่อมและไตเสื่อมเร็วขึ้นหากปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2563) โดยปัจจัยที่ส่งผลทำให้ไตเสื่อมมีจำนวนมาก ส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมการเจ็บป่วยและการเป็นโรคโดยมีปัจจัยส่งเสริมให้เกิดไตเสื่อมเร็วขึ้นที่สำคัญประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล เช่น อายุ (Zhang & Rothenbacher, 2008) ด้วยสภาพสังคมปัจจุบันที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งลักษณะการทำงานที่มีการแข่งขันการเดินทางที่เร่งรีบเพื่อให้ทันต่อเวลา จึงส่งผลทำให้พฤติกรรมของบุคคลเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารจานด่วนที่มีปริมาณไขมัน โปรตีนสูง และใช้เกลือในการปรุงรสในอาหาร การรับประทานยาโดยไม่จำเป็น การดื่มน้ำน้อยและการกลั้นปัสสาวะ นอกจากนี้ ยังพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ยังคงสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีผลข้างเคียงจากการให้ยาและสารเคมีต่าง ๆ ได้แก่ ยาแก้ปวด ยาปฏิชีวนะ และยาลดความอ้วน ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนส่งผลถึงประสิทธิภาพการกรองของไตที่ลดลง และนำมาซึ่งโรคไตเสื่อมตามมา (ภราดร ล้อธรรมมา, ศศิธร ชิดน้าย, 2559) โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักจะมีระยะเวลาการดำเนินโรคที่ยาวนาน ส่วนมากไม่น้อยกว่า 1 ปี จึงทำให้

รายการยาที่ได้รับมากกว่า 5-10 รายการ ซึ่งการที่รายการยาที่มากนี้ส่งผลต่อร่างกายผู้ป่วยซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาที่สม่ำเสมอ แต่การที่รับประทานยาในปริมาณที่มากจะทำให้เกิดการสะสมไว้ในร่างกาย ไตซึ่งมีหน้าที่กรองของเสียก็จะทำงานหนักมากขึ้น การทำงานของไตก็จะลดลงและเกิดไตเสื่อมในที่สุด (ศศิธร ดวลพล, อีรศักดิ์ พาจันทร์ และพิทยา ศรีเมือง, 2563)

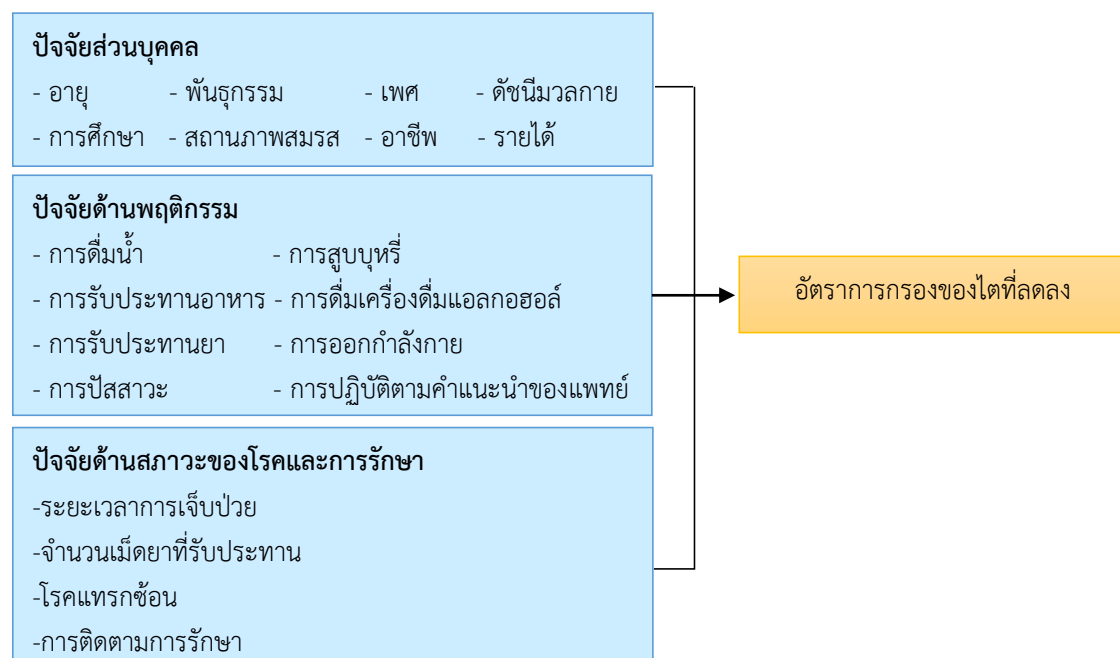
สถิติผู้ป่วยโรคไตในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ พบว่า ร้อยละ 1.8 ของประชากรป่วยระยะที่ 2 ร้อยละ 14.8 ระยะที่ 3 ร้อยละ 42.6 ระยะที่ 4 ร้อยละ 16.3 และระยะที่ 5 ร้อยละ 6.5 (สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดอำนาจเจริญ, 2562) และพบว่าในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะแซว มีผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมดจำนวน 296 คน จำแนกเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีอัตราการกรองของไตลดลงจำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 25.67 ของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะแซว (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะแซว, 2563)

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายด้านที่ส่งผลให้อัตราการกรองของไตลดลงและในการใช้ชีวิตในปัจจุบันของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลง ประชาชนมีการเข้าถึงยาและอาหารมากขึ้น รวมถึงการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้แบ่งปัจจัยออกเป็น 3 ปัจจัยหลัก ดังนี้ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านพฤติกรรม และปัจจัยด้านสถานะของโรคและการรักษา และในพื้นที่บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะแซว ยังคงมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 220 คน ที่อาจมีแนวโน้มที่อัตราการกรองของไตจะลดลง จึงมีความจำเป็นในการศึกษาวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการลดลงของอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะแซว เพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเพื่อไม่ให้อัตราการกรองของไตลดลง ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่มีอัตราการกรองของไตลดลง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะแซว อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะแซว อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ที่มีอัตราการกรองของไตลดลง จำนวน 127 คน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะแซว ไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมีค่า eGFR ลดลงโดยเพศหญิง ลดลง ≥ 1.42 mL/min/1.73 m² และลดลง ≥ 1.20 mL/min/1.73 m² ในเพศชาย 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้ 1) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ 2) ปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง สูง ในพื้นที่บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะแซว อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ ที่มีค่า eGFR เพศหญิงลดลง ≥ 1.42 mL/min/1.73 m² และลดลง ≥ 1.20 mL/min/1.73 m² ในเพศชาย ใช้การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อทดสอบความสัมพันธ์ 2 ตัวแปร ซึ่งคำนวณจากตัวแปรที่ต้องการศึกษา จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่างมีค่า eGFR เพศหญิงลดลง ≥ 1.42 mL/min/1.73 m² และลดลง ≥ 1.20 mL/min/1.73 m² ในเพศชาย เท่ากับ 68.89 คน คิดจำนวนตัวอย่างเท่ากับ 69 คน ทั้งนี้มีประชากรที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้ามีจำนวน 76 คน ผู้วิจัยจึงศึกษาทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของการวิจัยครั้งนี้ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย การศึกษา พันธุกรรม รายได้ สถานภาพการสมรส เป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง เป็นคำถามด้านลบและด้านบวก จำนวน 40 ข้อ โดยแบ่งเป็นคำถามด้านลบ 35 ข้อ และด้านบวก 5 ข้อ มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) กำหนดผู้ตอบเลือกได้ 4 ตัวเลือก คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆ ครั้ง ไม่เคย โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 0.00–3.74 หมายถึง ระดับความเสี่ยงสูงมาก

ค่าเฉลี่ย 3.75–7.49 หมายถึง ระดับความเสี่ยงสูง

ค่าเฉลี่ย 7.50–11.24 หมายถึง ระดับความเสี่ยงปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 11.25 – 15.00 หมายถึง ระดับความเสี่ยงน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสถานะของโรคและการรักษา เป็นลักษณะคำถามปลายเปิดและปลายปิด มีจำนวน 4 ข้อ แบ่งเป็น ประวัติระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวนเมื่อยที่ได้รับประทาน โรคที่ป่วย การติดตามการรักษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน (ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาล 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยและการศึกษาชุมชน 1 ท่าน) ผ่านการตรวจสอบและพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญแล้วพบว่ามีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) ระหว่าง .67 – 1.00

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่หาความเที่ยงตรงนำมาปรับปรุงแก้ไข แล้วนำเสนอแบบสอบถามไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในตำบลห้วยไร่ อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความน่าเชื่อถือของแบบสอบถามโดยใช้วิธีสัมประสิทธิ์ (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.75 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่เชื่อถือได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้

1. จัดทำหนังสือเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะแซว อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เมื่อได้รับหนังสืออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะแซว ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การทำวิจัยและ ขอความร่วมมือในการวิจัย
3. เข้าพบกลุ่มตัวอย่าง เพื่อแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม ซึ่งเก็บได้ครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 76 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่มีอัตราการกรองของไตลดลง ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ที่มีอัตราการกรองของไตลดลง ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank Correlation Coefficient) และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation Coefficient) โดยทดสอบการกระจายของข้อมูลด้วย Kolmogorov-Smirnov Test ซึ่งมีค่านัยสำคัญเท่ากับ 0.34 ซึ่งมากกว่า 0.05 แสดงว่าข้อมูลมีการกระจายของข้อมูลเป็นแบบโค้งปกติ

จริยธรรมวิจัย

งานนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการการจริยธรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เอกการรับรองเลขที่ 7/2563 เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2563

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่าอัตราการกรองของไต (eGFR) ลดลง โดยเพศหญิง ลดลง ≥ 1.42 ml/min/1.73 m² คิดเป็นร้อยละ 72.4 และลดลง ≥ 1.20 ml/min/1.73 m² ในเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 27.6 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 70-79 ปี ร้อยละ 30.3 มีอายุต่ำสุด 40 ปี และอายุมากที่สุด 91 ปี ดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 25-29.9 (อ้วนระดับ 2) คิดเป็นร้อยละ 32.9 มีสถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 75.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 86.8 ส่วนใหญ่ทำอาชีพเกษตรกร คิดเป็นร้อยละ 82.9 มีรายได้ต่ำกว่า 5000 บาท คิดเป็นร้อยละ 88.2 มีญาติสายตรงที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 55.3 และ 43.4 ตามลำดับ
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงที่มีอัตราการกรองไตลดลง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองมะแซว อำเภอเมืองอำนาจเจริญ จังหวัดอำนาจเจริญ

ตาราง 1 การทดสอบความสัมพันธ์ปัจจัยส่วนบุคคลกับค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่า eGFR ลดลง ในรอบ 1 ปี (n=76)

ปัจจัย	การลดลงของอัตราการกรองของไต		
	r_s	p-value	แปลผล
อายุ	0.033	0.780	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ดัชนีมวลกาย	-0.137	0.237	ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ปัจจัย	การลดลงของอัตราการกรองของไต		
	r_s	p -value	แปลผล
เพศ	0.070	0.549	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
สถานภาพสมรส	-0.143	0.219	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ระดับการศึกษา	-0.036	0.759	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
รายได้	0.015	0.900	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
พันธุกรรม	0.294*	0.010	มีความสัมพันธ์กันน้อย

ตาราง 2 การทดสอบความสัมพันธ์ปัจจัยด้านพฤติกรรมกับค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่า eGFR ลดลง ในรอบ 1 ปี (n=76)

ปัจจัย	การลดลงของอัตราการกรองของไต		
	r	p -value	แปลผล
ด้านการรับประทานอาหาร	0.244*	0.017	มีความสัมพันธ์กันน้อยมาก
ด้านการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	-0.136	0.242	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ด้านการสูบบุหรี่	-0.105	0.365	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ด้านการใช้ยารักษาโรค	-0.170	0.142	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ด้านการกลั่นปัสสาวะ	-0.034	0.772	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ด้านการดื่มน้ำ	0.005	0.966	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ด้านการออกกำลังกาย	-0.055	0.636	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ด้านการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์	0.090	0.442	ไม่มีความสัมพันธ์กัน

ตาราง 3 การทดสอบความสัมพันธ์ปัจจัยด้านสถานะของโรคและการรักษากับค่า eGFR ในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีค่า eGFR ลดลง ในรอบ 1 ปี (n=76)

ปัจจัย	การลดลงของอัตราการกรองของไต		
	r_s	p -value	แปลผล
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-0.012	0.917	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน	0.106*	0.032	มีความสัมพันธ์กันระดับน้อยมาก
โรคแทรกซ้อน	0.001	0.991	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
การติดตามการรักษา	-0.097	0.402	ไม่มีความสัมพันธ์กัน

จากตาราง 1 พบว่า พันธุกรรม ($r_s=0.294$, p -value=0.010) มีความสัมพันธ์กันน้อยในทิศทางเดียวกันกับอัตราการกรองของไตที่ลดลง (eGFR) โดยเพศหญิงลดลง ≥ 1.42 ml/min/1.73 m² และลดลง ≥ 1.20 ml/min/1.73 m² ในเพศชาย ในรอบ 1 ปี และพบว่าพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร ($r=0.189$, p -value=0.017) มีความสัมพันธ์กันน้อยมากในทิศทางเดียวกันกับอัตราการกรองของไตที่ลดลง (eGFR) โดยเพศหญิงลดลง ≥ 1.42 ml/min/1.73 m² และลดลง ≥ 1.20 ml/min/1.73 m² ในเพศชาย ในรอบ 1 ปี (ตาราง 2) นอกจากนี้พบว่าจำนวนเม็ดยาที่รับประทาน $r_s=0.106$ มีความสัมพันธ์กันน้อยมากในทิศทางเดียวกันกับอัตราการกรองของไตที่ลดลง (eGFR) โดยเพศหญิงลดลง ≥ 1.42 ml/min/1.73 m² และลดลง ≥ 1.20 ml/min/1.73 m² ในเพศชาย ในรอบ 1 ปี (ตาราง 3)

อภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตที่ลดลงพบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลด้านพันธุกรรม (p -value=0.010) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตที่ลดลง การศึกษาในครั้งนี้จะเห็นว่าพันธุกรรม มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตที่ลดลงเนื่องจากพันธุกรรมส่งผลให้บุคคลนั้น มีความเสี่ยงในการเกิดโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตสูงมากกว่าคนอื่น จึงมีความเสี่ยงและถ้าหากป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Philip Kam-Tao Li, Guillermo Garcai-Garcia, Siu-Fai Lui, et (2020) ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อโรคไตเรื้อรังและการป้องกันพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้นั้นคือ ปัจจัยด้านพันธุกรรม

ปัจจัยด้านพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตที่ลดลง จากผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหาร (p -value=0.017) ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตที่ลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงปานกลางในการรับประทานอาหารไข่ไก่ทั้งฟองเนื่องจากไข่แดง มีฟอสฟอรัสสูง และผู้ป่วยที่ประกอบอาหารเองมักจะใส่เครื่องปรุงรส (ซีอิ๊ว น้ำปลา น้ำตาล ผงชูรส) ในปริมาณที่ต้องการจึงส่งผลให้มีความเสี่ยงสูงสอดคล้องกับการศึกษาของณิชาภัทร ยอดแคล้ว, พรณาศุภกร เวทย์ศิริ (2562) ที่พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการรับประทานอาหารระดับไม่ดี อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยมีนิสัยติดรสชาติอาหารจากตอนสมัยเป็นวัยรุ่น หรืออาจเป็นความชอบส่วนตัว จึงทำให้ผู้ป่วยปรุงรสอาหารหรือรับประทานอาหารตามที่มีรสชาติถูกปาก

ปัจจัยด้านสภาวะของโรคและการรักษากับอัตราการกรองของไตที่ลดลง จากผลการศึกษาพบว่า จำนวนเม็ดยาที่รับประทาน (p -value=0.032) มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตที่ลดลง พบว่าจำนวนเม็ดยา ที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับประทานมีมากกว่า 5 เม็ด ใน 1 วัน ซึ่งผู้ป่วยบางท่านมีโรคแทรกซ้อนก็จะส่งผลให้ต้องรับประทานยาในจำนวนมากขึ้นส่งผลให้เกิดความเสี่ยงอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กวิศรา สอนพุด, ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล (2563) ถ้าหากผู้ป่วยจำไม่ได้ว่าตัวเองกินยาไปแล้วหรือยัง เลยกลับมากินเพื่อความแน่ใจ อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับยาในปริมาณที่มากกว่าร่างกายต้องการ ทำให้ยาที่ผู้ป่วยรับประทานเข้าไปนั้นกลายเป็นสารตกค้างที่ไตและทำให้ไตที่มีหน้าที่กรองของเสียออกจากร่างกายทำงานหนัก

ในการศึกษาครั้งนี้ มีข้อจำกัดในด้านของเวลาจึงไม่ได้ทำการศึกษาข้อมูลในส่วนของชนิดของยาที่ผู้ป่วยรับประทานในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมาว่ามีการการเปลี่ยนแปลงชนิดและขนาดของยาหรือไม่ ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ควบคุมระดับความดันโลหิตได้หรือไม่ ความสัมพันธ์ที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้อาจจะไม่ครอบคลุมทั้งหมด รวมไปถึงปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์ที่มีความสัมพันธ์กันน้อยมาก อาจเกิดจากเกณฑ์ในการคัดผู้ถูกวิจัยเข้ามา เพราะผู้ป่วยในแต่ละคนได้รับการรักษาที่แตกต่างกันตามสภาวะของโรคและความคิดเห็นของแพทย์ผู้ให้การรักษา ดังนั้นปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่ออัตราการกรองของไตที่ลดลง อาจจะมีแตกต่างกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ควรเพิ่มการคัดกรองในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันและลดความเสี่ยงจากโรคทางพันธุกรรมที่ส่งผลให้อัตราการกรองของไตลดลง
2. ควรจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคที่เสี่ยงต่อการลดลงของอัตราการกรองของไต แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงเพื่อชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไต โดยเน้นกลุ่มที่มีประวัติญาติสายตรงป่วยด้วยโรคไตวายเรื้อรัง
3. แพทย์และเภสัชกรควรบูรณาการการทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ในด้านการจัดการยาเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่ออัตราการกรองของไต

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยอื่นที่อาจมีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตที่ลดลง เช่น ปัจจัยด้านชนิดของยา ระดับไขมันในเลือด ปริมาณโปรตีนในปัสสาวะ การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิต ที่อาจส่งผลให้อัตราการกรองของไตลดลง
2. ควรใช้สถิติในการหาความสัมพันธ์ที่สามารถหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแบบหลายทิศทางเพื่อทดสอบความสัมพันธ์
3. ควรนำผลวิจัยครั้งนี้ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการทำวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบหรือโปรแกรมเสริมสร้างการรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์กับอัตราการกรองของไตที่ลดลง เพื่อชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไตต่อไป

References

- กวีศรา สอนพุด, ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล. (2563). การดูแลสุขภาพเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงแลประชาชนในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 40(1), 101-114.
- ณิชาภัทร ยอดแคล้ว, พรนภา ศุกรเวทย์ศิริ. (2562). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วย เบาหวานชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น. *สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น*, 26(2), 24-33.
- ประเสริฐ ธนกิจจารุ. (2558). สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. *วารสารกรมการแพทย์*, 40 (กันยายน-ตุลาคม), 6-17.
- เพ็ญพร ทวีบุตร, พิชราพร เกิดมงคล และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. (2560). ผลของโปรแกรมการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่มีภาวะไตเรื้อรังระยะเริ่มต้น. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 31(1), 129-146.
- ภราดร ล้อธรรมมา และศศิธร ชิดน่าย. (2559). พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตเสื่อมของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์*, 8(1), 59-66.
- วินัส สารจารี, แอนนา สุมะโน. (2561). ผลของกระบวนการสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการชะลอไตเสื่อมในผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะไตเรื้อรัง โรงพยาบาลแหลมฉบัง ชลบุรี. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 1(3), 13-23.
- ศศิธร ดวนพล, อีรศักดิ์ พาจันท์ และพิทยา ศรีเมือง. (2563). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไตเรื้อรังในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าใหญ่ อำเภอดงพิกุลพิมาย จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 14(34), 145-155.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2563). *โรคไตวายเรื้อรัง มหันตภัยเงียบ*. (อินเทอร์เน็ต) สืบค้นจาก <https://www.thaihealth.or.th/Content/2425120.html> เมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2563.
- สำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัดอำนาจเจริญ. (2562). *มูลนิธิชลลดา มอบเครื่องฟอกไตและอุปกรณ์ฟอกไต ให้แก่โรงพยาบาลอำนาจเจริญ*. สืบค้นเมื่อ 5 สิงหาคม 2563 จาก <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG190224074352962>
- Philip Kam-Tao Li, Guillermo Garcai-Garcia, Siu-Fai Lui, et (2020). Kidney Health for Everyone Everywhere -From Prevention to Detection and Equitable Access to Care. *Nefrologia*, 40(2), 133-141.
- Zhang, Q. L., & Rothenbacher, D. (2008). Prevalence of Chronic Kidney Disease in Populationbased Studies: Systematic Review. *BMC Public Health*, 8(1), 117.

การพัฒนาแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
โดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19
ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอมือง จังหวัดสตูล
The Development of an Assessment and Promotion Model
for Early Childhood Development with Participation from People
in the Community in the Covid-19 Situation in the Responsible area
of Jebilang Health Promotion Hospital, Mueang District, Satun Province

โสพิณทร์ แก้วมณี^{1*}, ชัยวัฒน์ ทองฤทธิ์¹ และมรีหย้า หลั่งจิ¹

Sophon Kaewmanee^{1*}, Chaiwat Thongrit¹ and Mareeyam Langji¹

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง^{1*}

Jebilang District Health Promotion Hospital

(Received: April 20, 2021; Revised: August 15, 2021; Accepted: August 26, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พัฒนารูปแบบและประเมินประสิทธิผลรูปแบบ แบ่งการวิจัยเป็น 3 ระยะคือ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาด้าน ความรู้ การปฏิบัติตน ความพึงพอใจ โดยใช้แบบสอบถาม และการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อเสนอรูปแบบในการพัฒนา ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบโดยประชุมแบบมีส่วนร่วมโดยยึดหลักกิจกรรมพัฒนา 4 ค. และระยะที่ 3 ประเมินประสิทธิผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กปฐมวัยจำนวน 63 คนและเด็กปฐมวัยจำนวน 63 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Dependent t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. สภาพปัญหาพบว่าผู้ดูแลเด็กมีความรู้และการปฏิบัติตนในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก ร้อยละ 55.60 และร้อยละ 52.4 ความรู้และการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 เท่ากัน คือ ร้อยละ 52.38 มีความพึงพอใจร้อยละ 58.73

2. รูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 “พัฒนาการสมวัยห่างไกลโควิด-19โมเดล” โดยยึดหลักกิจกรรมการพัฒนา 4 ค. ได้แก่ พัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพในชุมชน พัฒนาเครื่องมือ พัฒนาคู่มือและพัฒนาความครอบคลุม

3. ผลในผู้ดูแลเด็กปฐมวัย พบว่าความรู้และการปฏิบัติตนในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก, ความรู้และการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 และความพึงพอใจต่อรูปแบบ หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลอง ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ในเด็กปฐมวัย พบว่าความครอบคลุมการประเมินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 76.19 เป็นร้อยละ 95.23 พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 75 เป็นร้อยละ 88.33 ติดตามเยี่ยมเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70 เป็นร้อยละ 100

หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรส่วนท้องถิ่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนควรมีนโยบายและกำหนดมาตรการร่วมกันเพื่อผลักดันให้มีการขับเคลื่อนนโยบายและดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตลอดจนควรพัฒนาศักยภาพองค์ความรู้ทันสมัยให้กับครูผู้ดูแลเด็ก

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบ, พัฒนาการสมวัยห่างไกลโควิด-19, การมีส่วนร่วม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: pond787@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 085-6403751)

Abstract

The purposes of this research and development were to explore problematic status, to develop the assessment model and to evaluate effectiveness of the new developed model. This research was divided into three stages. Stage one was to investigate the problematic states regarding knowledge, behaviors and satisfaction by using questionnaires and focus group discussions for proposing the development model. Stage two was to develop the model by applying participating group meeting process. Stage three was to evaluate the effectiveness of this new developed model. Participants consisted of 63 guardians and 63 early-aged children. Data were analyzed by descriptive statistics and Dependent t-test. The results revealed that:

1. Problematic issues were the fact that only 55.60% of the guardians had sufficient knowledge level and merely 52.4% of them illustrated behaviors related to evaluating and promoting early childhood development. In terms of COVID-19, 52.38% of the guardians had knowledge on COVID 19 prevention, and 52.38% showed behaviors of COVID-19 surveillance. The guardians had their satisfaction with 58.73%.

2. To evaluate and promote early childhood development with community participation, this study suggested the new developed model including the activities to increase capacities of partnership agencies, to develop relevant tools, to prepare working guidelines and to expand this working concept.

3. After applying the developed model, knowledge level and behaviors relating to evaluating and promoting early childhood development, knowledge on COVID 19 prevention and practice in COVID-19 surveillance, and satisfaction on the new developed model were increased significantly at $p < 0.05$. The percentage of young aged participants involved in early childhood development assessment increased from 76.19 to 95.23 while the percentage of young aged participants with proper childhood development enlarged from 75 to 88.33. Home visit activities on childhood development were also boosted from 70 to 100%.

It could be suggested that the related organizations in terms of local government agencies, child development center and school should set out and run policies and measurements together continually. In addition, keeping up to date knowledge of preschool teachers should be concerned and provided in order to improve their full potential in taking care of their preschool children.

Keywords: Early Childhood development, Proper Development in Child Away from COVID-19, Participation

บทนำ

การพัฒนาคนให้เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพต้องเริ่มตั้งแต่ช่วงปฐมวัย (ฐิติมา ชูใหม่, 2559) ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่เด็กเจริญเติบโตสำคัญที่สุดของการสร้างรากฐานชีวิตและจิตใจของมนุษย์ นอกจากร่างกายจะเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วแล้วสมองของเด็กก็เจริญเติบโตสูงสุดในช่วงวัยนี้ด้วยยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560–2579) มีเป้าหมายหลักให้คน “อยู่ดี มีสุข” โดยเฉพาะเด็ก “ให้มีทักษะ พัฒนาการสมวัย แข็งแรง ฉลาดทางอารมณ์สูง แก้ปัญหาเป็น วินัยดี มีคุณธรรม” จากการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ด้วยแบบคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัย Denver II ในปี พ.ศ. 2553, 2557 และ

2560 พบว่า เด็กปฐมวัยพัฒนาการสมวัยร้อยละ 73.4 ,72.0 และ 67.5 ตามลำดับ (จินตนา พัฒนพงศ์ธร, 2561) ซึ่งมีแนวโน้มลดลงและไม่บรรลุตามค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ เด็กมีพัฒนาการเด็กสมวัยไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 (แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ) เมื่อจำแนกพัฒนาการสมวัยรายด้าน พบว่า ด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง ร้อยละ 91.00 ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ร้อยละ 94.50 ด้านกล้ามเนื้อเล็ก ร้อยละ 86.80 ด้านภาษาเพียงร้อยละ 68.70 สอดคล้องกับผลการสำรวจ IQ ของเด็กไทยอายุ 6-15 ปี ทั้งประเทศ (กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข, 2559) พบมีค่าเฉลี่ย 98.23 ถือเป็นระดับปัญญาสติปัญญาที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ค่อนข้างต่ำกว่ามาตรฐานที่ควรจะเป็นคือ 100 และอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการศึกษาเด็กไทยที่กำลังเป็นปัญหาใหญ่ในขณะนี้ ประมาณร้อยละ 10-15 ของเด็กไทยชั้น ป.3 และ ป.6 “อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ คิดไม่เป็น” (อดิสรุสตา เพื่องฟู, 2561) จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเด็กปฐมวัยยังขาดโอกาสการเข้าถึงการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการล่าช้าและไม่สมวัย

จากสถานการณ์การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูลพ.ศ. 2561พบว่าอัตราความครอบคลุมในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยร้อยละ 70 เด็กมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 70 และได้รับการติดตามเยี่ยมร้อยละ 83.4 (คลังข้อมูลสุขภาพ HDC ของสถานบริการ, 2561-2562) จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าผลการประเมินยังต่ำกว่าเป้าหมายปี พ.ศ.2562 สถานบริการได้มีการพัฒนาระบบการติดตามนัดหมายผ่าน อสม. และพัฒนาด้านการสื่อสารพบว่าอัตราความครอบคลุมในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยร้อยละ 75 และมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 76 และเด็กได้รับการติดตามเยี่ยมร้อยละ 84.9 จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่ามีแนวโน้มในทิศทางที่ดีขึ้นแต่ยังไม่ได้ตามเป้าหมาย และเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขต่อมาในช่วงเดือน มกราคม-มีนาคม 2563 เป็นช่วงแรก ๆ ที่เกิดการระบาดของโรคโควิด-19 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เป็น “การระบาดใหญ่” (Pandemic) ซึ่งจากการสำรวจข้อมูลการคัดกรองประชาชนกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล พบประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยง จำนวน 321 ราย (รายงานการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19ตำบลเจ๊ะบิลัง, 2561) นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยโรคโควิด-19 จำนวน 1 รายทำให้อัตราความครอบคลุมในการประเมิน ร้อยละ 73.4 เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 74.2 และได้รับการติดตามเยี่ยม ร้อยละ 80 จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าการประเมินในรูปแบบเดิมมีผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยทั้งในด้านความครอบคลุม และพัฒนาการสมวัย ซึ่งพบว่าต่ำกว่าเป้าหมายและเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ดังนั้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาและพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูลเพื่อนำผลการศึกษาและการพัฒนาที่ได้มาเป็นรูปแบบและแนวทางในการปฏิบัติงานในมิติใหม่ ที่ส่งเสริมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการทั้งในสถานการณ์ปกติและสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของคนในชุมชน เด็กปฐมวัยได้รับการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเพิ่มขึ้นส่งผลให้เด็กปฐมวัยในพื้นที่มีพัฒนาการที่สมวัยต่อไป

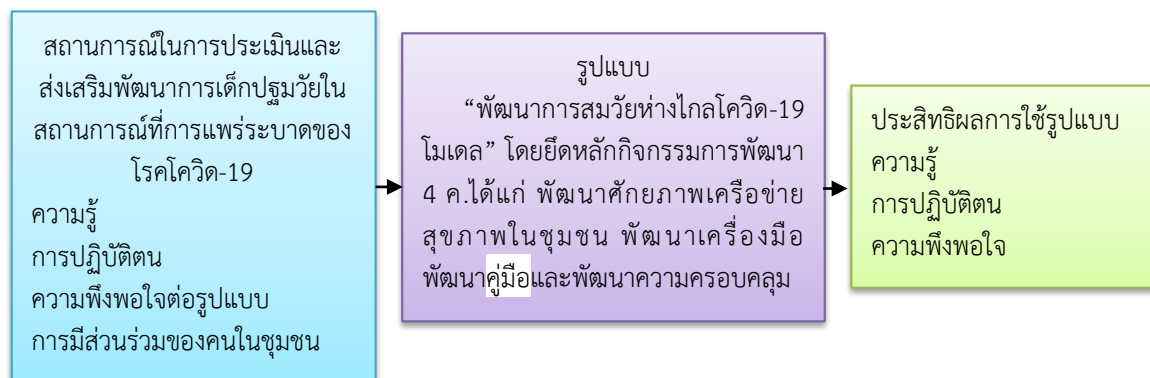
วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมืองจังหวัดสตูล

3. เพื่อประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลังอำเภอมือเมือง จังหวัดสต

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development) และประยุกต์ในใช้รูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กของฐานการณ์ขึ้นตา และคณะ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร (2561) และเทคนิคการระดมความคิดตามกระบวนการ Appreciation Influence Control: A-I-C ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยมีขั้นตอนดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาปัญหา สถานการณ์ ในการประเมินและส่งเสริมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในกลุ่มผู้ดูแลเด็กเป็นการศึกษาเชิงปริมาณและในผู้นำชุมชนเป็นการการศึกษาเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน ซึ่งมีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลังอำเภอมือเมืองจังหวัดสตูล จำนวน 375 คน 2) ผู้นำชุมชนจำนวน 21 คนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอมือเมืองจังหวัดสตูล

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างการศึกษาปัญหาและสถานการณ์ ในเรื่องความรู้ ความเข้าใจ การปฏิบัติตน ความพึงพอใจเป็นผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่จำนวน 63 คนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยเป็นผู้ดูแลเด็กด้วยตนเองมีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลังอำเภอมือเมืองจังหวัดสตูล สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้และเป็นผู้ดูแลเด็กที่มีรายชื่อบันทึกไว้ในการพัฒนาการในช่วง กรกฎาคม-กันยายน 2563 2) กลุ่มตัวอย่างการศึกษาปัญหาการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจากกระบวนการ Appreciation Influence Control: A-I-C เป็นตัวแทนของชุมชน จำนวน 21 คนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงคือเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์ภาพที่ดีกับชุมชน ,สามารถติดต่อสื่อสารได้,เป็นที่ยอมรับและเคารพนับถือ,เป็นตัวแทนในการให้ข้อมูลวิเคราะห์ปัญหาและร่วมแก้ไข ปัญหาและประเมินผลการปฏิบัติได้, มีการศึกษาระดับอ่านออกเขียนได้, มีเวลาว่าง ยินดีและสนใจร่วมกิจกรรมในการวิจัยได้แก่ตัวแทนจากศูนย์ปฏิบัติการควบคุมโรคตำบลเจ๊ะบิลัง, ภาศิเครือข่ายสุขภาพในชุมชน, ครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัย, ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยและบุคลากรสาธารณสุข

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปประกอบด้วย 8 ข้อ
2. แบบทดสอบความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 อย่างละ 10 ข้อเป็นแบบลักษณะคำตอบแบบเลือกตอบมี 2 ระดับคือ ใช่และไม่ใช่โดยมีการแจกแจงความถี่ดังนี้ตอบถูก 1 ข้อได้ จำนวน 1 คะแนนตอบผิด 1 ข้อได้จำนวน 0 คะแนน
3. แบบสอบถามการปฏิบัติตนของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 อย่างละ 10 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบมาตราประมาณค่ามี 3 ระดับจากปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติให้ 0 คะแนน
4. แบบสอบถามความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จำนวน 10 ข้อเป็นมาตรวัดแบบมาตราประมาณค่ามี 3 ระดับ จากพึงพอใจมาก ให้ 2 คะแนน พึงพอใจปานกลาง ให้ 1 คะแนน และพึงพอใจน้อยให้ 0 คะแนน
 ทั้งนี้ผู้วิจัยแบ่งระดับความรู้ การปฏิบัติตน และความพึงพอใจดังนี้
 คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับ สูง/ดี/มาก
 คะแนน ร้อยละ 60-79 ระดับ ปานกลาง
 คะแนน น้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับ ต่ำ/ไม่ดี/น้อย
5. เป็นแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group Discussion) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างโดยมีประเด็นคำถาม ในเรื่องสภาพปัญหาผลกระทบ การเข้าถึงบริการสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหารูปแบบในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ควรจะเป็นผู้วิจัยสังเกตและบันทึกข้อมูลจากกิจกรรมสนทนาในการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45 นาที -1 ชั่วโมง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบและพิจารณาก่อนนำไปใช้การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เครื่องมือที่สร้างเสนอแก่ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจำนวน 3 ท่าน ผ่านการตรวจสอบและพัฒนาก่อนนำไปใช้ในพื้นที่ประชากรใกล้เคียงในตำบลต้นหยงโป ผลการตรวจสอบและพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องได้ค่า 0.33 และนำเครื่องมือไปใช้ในพื้นที่ใกล้เคียงตำบลต้นหยงโป แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามหาค่าอำนาจในการจำแนกความยากง่ายด้วยวิธีของ Kuder Richardson 20 (KR 20) ด้านความรู้ ค่า r เท่ากับ 0.74 การปฏิบัติตนค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72 ความพึงพอใจค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.73 และความเที่ยงแบบสอบถามทั้งชุดเท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์จากการเก็บข้อมูล รวมทั้งทำการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย นัดวันเวลาและสถานที่ ในการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง ใช้สถานที่บ้าน ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง การเก็บข้อมูลในเรื่องความรู้, การปฏิบัติตน, ความพึงพอใจต่อรูปแบบของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยจำนวน 63 คน เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณส่วนการเก็บข้อมูลในเรื่องการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนจากกระบวนการ A-I-C จำนวน 21 คนเป็นการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากกิจกรรมการสนทนากลุ่มย่อยในระหว่างการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยสังเกตและขอบันทึกข้อมูล จากการสนทนาให้เป็นไปตามคำบอกเล่าตามความเป็นจริงร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมขณะทำกิจกรรมสนทนากลุ่ม ในการเก็บข้อมูลแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45 นาที -1 ชั่วโมง

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติเชิงพรรณนา แจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ
2. ความรู้, การปฏิบัติตน, ความพึงพอใจต่อรูปแบบของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก, การเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 ใช้สถิติแจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลการสนทนาของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของ
คนในชุมชนในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยกระบวนการ Appreciation Influence
Control: AIC เป็นการนำข้อมูล จากขั้นตอนที่ 1 มาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการประเมินและส่งเสริม
พัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยใช้แนวทางการสนทนากลุ่ม มีวิธีการดังนี้

1. การยกร่างรูปแบบ Appreciation: A คือ การวิเคราะห์ปัญหาและสาเหตุของปัญหารวมทั้งรูปแบบ
การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของ
โรคโควิด-19 ที่ควรจะเป็นหรือเหมาะสม Influence: I คือ การคิดวิธีการหรือ กิจกรรมรูปแบบการประเมิน และ
ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยที่ควรจะเป็นหรือเหมาะสม Control: C คือ การแบ่งความรับผิดชอบและจัดทำ
แผนปฏิบัติแยกเป็นกิจกรรมที่ทำได้เอง, กิจกรรมที่ต้องรับการส่งเสริมขอสนับสนุนจากหน่วยงาน หรือองค์กร
ต่าง ๆ โดยได้รูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์
แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ฉบับร่างที่เรียกว่า “พัฒนาการสมวัยห่างไกลโควิด-19 โมเดล” โดยยึดหลักกิจกรรม
การพัฒนา 4 ค.

2. ผู้วิจัยเสนอรูปแบบต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินความสอดคล้องความเหมาะสม
และความเป็นไปได้ของรูปแบบโดยได้ค่าความสอดคล้องมากกว่า 0.33

3. ผู้วิจัยปรับปรุงร่างรูปแบบ ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ก่อนนำไปทดลองใช้

4. การนำรูปแบบที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขทดลองใช้ (Try Out) ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ตำบลต้นหยงโปกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อศึกษาความเป็นไปได้และกระบวนการก่อนนำไปใช้จริงโดยใช้วิธี
ของ Kuder Richardson 20 (KR 20) ด้านความรู้ค่า r เท่ากับ 0.74 การปฏิบัติตนค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72
ความพึงพอใจค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.73 และความเที่ยงแบบสอบถามทั้งชุดเท่ากับ 0.98

ระยะที่ 3 การประเมินประสิทธิผลการใช้รูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดย
การมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ 1) ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน ซึ่งมี
ชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์ และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง
ตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมืองจังหวัดสตูล จำนวน 375 คน และ 2) เด็กปฐมวัยที่มีอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน
42 เดือน และ 60 เดือนมีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลเจ๊ะบิลังตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมืองจังหวัดสตูล จำนวน 375 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยจำนวน 63 คนคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยเป็นผู้ดูแลเด็ก
ด้วยตนเอง มีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลัง อำเภอเมือง จังหวัดสตูล สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้และเป็นผู้ดูแลเด็กที่มี
รายชื่อเด็กที่ตรวจพัฒนาการในช่วง กรกฎาคม-กันยายน 2563 2) เด็กปฐมวัยจำนวน 63 คนคัดเลือกแบบ
เฉพาะเจาะจงเป็นเด็กที่มีอายุ 9 เดือน 18 เดือน 30 เดือน 42 เดือน และ 60 เดือน มีชื่ออยู่ในทะเบียนราษฎร์
และพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ๊ะบิลังอำเภอเมืองจังหวัดสตูล และ
เป็นเด็กที่มีรายชื่อตรวจพัฒนาการในช่วง กรกฎาคม - กันยายน 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

1.1 รูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์
แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 “พัฒนาการสมวัยห่างไกลโควิด-19 โมเดล”

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กปฐมวัยใช้เครื่องมือแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย 8 ข้อ,
แบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแลเด็กในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยและการการเฝ้าระวังป้องกัน

โรคโควิด-19 อย่างละ 10 ข้อ, แบบสอบถามการปฏิบัติตนของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 อย่างละ 10 ข้อ, แบบสอบถามพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยจำนวน 10 ข้อ พัฒนาการเด็กปฐมวัย DSPM กระทรวงสาธารณสุข, แบบบันทึกการติดตามเยี่ยมพัฒนาการเด็กปฐมวัย

2.2 กลุ่มตัวอย่างเด็กปฐมวัยใช้แบบบันทึกการมารับบริการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของสถานบริการ, แบบประเมิน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบและพิจารณาเพื่อนำไปใช้ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา เครื่องมือที่สร้างเสนอแก่ผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จำนวน 3 ท่าน ผ่านการตรวจสอบและพัฒนามาก่อนนำไปใช้ในพื้นที่ประชากรใกล้เคียงในตำบลต้นหยงโป ผลการตรวจสอบและพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญพบว่าค่าดัชนีความสอดคล้องได้ค่า 0.33 และนำเครื่องมือไปใช้ในพื้นที่ใกล้เคียงตำบลต้นหยงโป แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถามหาค่าอำนาจในการจำแนกความยากง่ายด้วยวิธีของ Kuder Richardson 20 (KR 20) ด้านความรู้ ค่า r เท่ากับ 0.74 การปฏิบัติตนค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72 ความพึงพอใจค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.73 และความเที่ยงแบบสอบถามทั้งชุดเท่ากับ 0.98

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้อธิบายชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ประโยชน์จากการเก็บข้อมูล รวมทั้งทำการขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นจึงนัดวันเวลาและสถานที่ ในการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง ใช้สถานที่บ้าน ในชุมชน และที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเจ้าบิลัง และหลังการเก็บข้อมูลแต่ละครั้ง ผู้วิจัยจะมีการประชุมร่วมกันเพื่อทบทวนข้อมูลที่ได้ ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล รวมทั้งวางแผนในการเก็บข้อมูลในครั้งต่อไป เพื่อให้ข้อมูลที่ได้อาจสมบูรณ์มากยิ่งขึ้นโดยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง, การมารับบริการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กของสถานบริการ การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) กระทรวงสาธารณสุข, การติดตามเยี่ยมพัฒนาการเด็กปฐมวัยของสถานบริการ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ แจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ

2. การทดสอบความรู้และการปฏิบัติตน ความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยใช้สถิติแจกแจงความถี่ เป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. การประเมินประสิทธิภาพการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ใช้สถิติ Pair t-test

จริยธรรมวิจัย

ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์โดยคณะกรรมการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสตูล เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2563 เลขที่ ET-ST008/2563

ผลการวิจัย

1. ผลจากการศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ผู้ดูแลเด็กจำนวน 63 คน พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 55.60 มีการปฏิบัติตนในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กเป็นประจำเป็นระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 52.4 รองลงมาคือปฏิบัติตน

ระดับต่ำ ร้อยละ 46.0 และปฏิบัติตนระดับดีร้อยละ 1.6 ส่วนความรู้และการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ที่น้อยมากที่สุดร้อยละ 52.38 การปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 ระดับต่ำมากที่สุด ร้อยละ 52.38 รองลงมาปฏิบัติตนระดับปานกลาง ร้อยละ 30.16 และปฏิบัติตนในระดับดี ร้อยละ 17.46 และมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำมากที่สุดร้อยละ 58.73 รองลงมาพึงพอใจระดับปานกลางร้อยละ 34.92 และพึงพอใจระดับดี ร้อยละ 6.35

สำหรับการศึกษาสภาพปัญหาการมีส่วนร่วมในการประเมินและส่งเสริมในสถานการณ์ที่การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในมุมมองของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนจำนวน 21 โดยการกิจกรรมการสนทนากลุ่มย่อย (Focus Group) สรุปเป็นประเด็นดังนี้ 1) สภาพปัญหาและผลกระทบการเข้าถึงบริการในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยพบว่าอัตราความครอบคลุมในการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย ช่วงต้นปี พ.ศ.2563 (ระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม 2563) อัตราความครอบคลุม ร้อยละ 76.19 เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 75 และได้รับการติดตามเยี่ยม ร้อยละ 70 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายและเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขซึ่งทำให้เกิดปัญหาพบว่า ความรู้ของผู้ดูแลเด็กในเรื่องการประเมินพัฒนาการเด็ก, ปัญหาด้านการสื่อสารด้วยภาษามลายูท้องถิ่น, ผู้ดูแลเด็กอยู่นอกพื้นที่รวมทั้งมีวิถีการกักตัวเกี่ยวกับการแพร่ระบาดและความรุนแรงของโรคโควิด-19 ส่วนในด้านผู้เกี่ยวข้อง เช่น อสม. ครูผู้ดูแลเด็กทั้งในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและผู้นำชุมชน ขาดการบูรณาการ และการมีส่วนร่วมในเรื่องการประสานงานและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์, ขาดการสนับสนุนนโยบาย และบทบาทหน้าที่ส่วนที่เกี่ยวข้องเครือข่ายสุขภาพการยังขาดความรู้ และทักษะในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กส่วนรูปแบบควรจะเป็นหรือที่เหมาะสมสอดคล้องกับความต้องการของคนในชุมชนพบว่า ผู้เข้าร่วมสนทนาคือต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้มีความครอบคลุมและเกิดประโยชน์ต่อเด็กปฐมวัยมากที่สุด โดยต้องการให้มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กมีการติดตามสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อย่างมีสติสถานบริการมีระบบการนัดหมายมีการจัดทำแนวทางเอกสารสื่อความรู้ในการประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19

2. ผลจากการพัฒนารูปแบบการประเมินและการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยใช้กระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วม AIC ทำให้ได้รูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย โดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 “พัฒนาการสมวัยห่างไกลโควิด-19โมเดล” โดยยึดหลักกิจกรรมการพัฒนา 4ค. ซึ่งประกอบด้วยพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพในชุมชน, พัฒนาเครื่องมือ, พัฒนาคู่มือและพัฒนาความครอบคลุมผลที่ได้จากการพัฒนาทำให้เด็กเข้าถึงการประเมินเพิ่มมากขึ้น รูปแบบมีความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของคนในชุมชนโดย พบว่า ผู้เข้าร่วมสนทนาคือต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยเพิ่มมากขึ้น โดยมีการส่งเสริมการพัฒนาสื่อความรู้การพัฒนาชุดเครื่องมือแปลภาษามีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน โดยเน้นชุมชนเป็นฐานและร่วมกันผลักดันนโยบายส่งเสริมพฤติกรรม และการป้องกันโรคให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืนเพื่อไม่ให้เกิดการระบาดซ้ำ

3. ประเมินประสิทธิภาพการพัฒนารูปแบบการประเมิน และการส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19

การประเมินประสิทธิภาพการพัฒนารูปแบบมีการนำเสนอคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการทดลองแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยและเด็กปฐมวัย ดังนี้

3.1 ประเมินผลจากผู้ดูแลเด็กปฐมวัย จำนวน 63 คน

ตาราง 1 ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

ผลการประเมิน	ระดับ	ก่อนพัฒนา (n=63)		หลังพัฒนา (n=63)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. ความรู้ของผู้ดูแลเด็กในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	น้อย (น้อยกว่าร้อยละ60)	15	23.80	0	0.00
	ปานกลาง (ร้อยละ60-80)	35	55.60	23	36.51
	มาก (มากกว่าร้อยละ80)	13	20.60	40	63.49
2. การปฏิบัติตนของผู้ดูแลเด็กในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก	น้อย (น้อยกว่าร้อยละ60)	29	46.03	4	6.35
	ปานกลาง (ร้อยละ60-80)	33	52.38	14	22.22
	มาก (มากกว่าร้อยละ80)	1	1.58	45	71.43
3. ความรู้ของผู้ดูแลเด็กในการป้องกันโรคโควิด-19	น้อย (น้อยกว่าร้อยละ60)	33	52.38	2	3.18
	ปานกลาง (ร้อยละ60-80)	29	46.03	55	87.30
	มาก (มากกว่าร้อยละ80)	1	1.58	6	9.52
4. การปฏิบัติตนของผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19	น้อย (น้อยกว่าร้อยละ60)	33	52.38	1	1.58
	ปานกลาง (ร้อยละ60-80)	19	30.16	3	4.76
	มาก (มากกว่าร้อยละ80)	11	17.46	59	93.65
5. ความพึงพอใจรูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย	น้อย (น้อยกว่าร้อยละ60)	37	58.73	4	6.35
	ปานกลาง (ร้อยละ60-80)	22	34.92	6	9.52
	มาก (มากกว่าร้อยละ80)	4	6.35	53	84.13

จากตาราง 1 ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบของผู้ดูแลเด็กปฐมวัย จำนวน 63 คน ด้านความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนพัฒนายพบว่าผู้ดูแลเด็กปฐมวัยมีความรู้ปานกลางมากที่สุดร้อยละ 55.60 หลังพัฒนา มีความรู้ระดับมากร้อยละ 63.51 การปฏิบัติตนในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ ก่อนพัฒนามีระดับปฏิบัติตนปานกลางร้อยละ 52.38 ส่วนหลังพัฒนา การปฏิบัติตนอยู่ในระดับมากที่สุดร้อยละ 71.43 ความรู้ของผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนพัฒนายอยู่ในระดับน้อยที่สุด ร้อยละ 52.38 ส่วนหลังพัฒนาความรู้ในระดับปานกลางมากที่สุดร้อยละ 87.30 ระดับการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนพัฒนา มีระดับน้อยร้อยละ 52.38 ส่วนหลังพัฒนา การปฏิบัติตนอยู่ในระดับมาก คือ ร้อยละ 93.65 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนพัฒนา มีระดับพึงพอใจน้อย คือ ร้อยละ 58.73 ส่วนหลังพัฒนายระดับพึงพอใจมาก ร้อยละ 84.13

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้ การปฏิบัติตน ความพึงพอใจต่อการพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ก่อนและหลังพัฒนา

ผลการประเมิน	n	M	SD	t	df	p-value
ความรู้การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก						
ก่อนพัฒนา	63	3.2	2.25	-13.175	1.35	<.001
หลังพัฒนา	63	5.8	0.95	-13.175	1.35	<.001
การปฏิบัติตนประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ						
ก่อนพัฒนา	63	12.7	4.08	-11.101	2.93	<.001
หลังพัฒนา	63	18.2	1.53	-11.101	2.93	<.001
ความรู้ในการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19						

ก่อนพัฒนา	63	1.5	1.35	-8.550	1.85	<.001
หลังพัฒนา	63	3.8	0.94	-8.550	1.85	<.001
การปฏิบัติตนการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19						
ก่อนพัฒนา	63	11.9	4.72	-11.064	3.4	<.001
หลังพัฒนา	63	18.2	1.17	-11.064	3.4	<.001
ความพึงพอใจการใช้รูปแบบ						
ก่อนพัฒนา	63	10.8	4.22	-12.729	5.42	<.001
หลังพัฒนา	63	18.2	1.82	-12.729	5.42	<.001

จากตาราง 2 พบว่าหลังพัฒนาความรู้การประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ($M=5.8$, $SD=0.95$) สูงกว่าก่อนพัฒนา ($M=3.2$, $SD=2.25$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ด้านการปฏิบัติตนในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยหลังพัฒนา ($M=18.2$, $SD=1.53$) สูงกว่าก่อนพัฒนา ($M=12.7$, $SD=4.08$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ด้านความรู้ในการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 หลังพัฒนา ($M=3.8$, $SD=0.94$) สูงกว่าก่อนพัฒนา ($M=1.5$, $SD=1.35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ด้านการปฏิบัติตนการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 หลังพัฒนา ($M=18.2$, $SD=1.17$) สูงกว่าก่อนพัฒนา ($M=11.9$, $SD=4.72$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ด้านความพึงพอใจการใช้รูปแบบหลังพัฒนา ($M=18.2$, $SD=1.82$) สูงกว่าก่อนพัฒนา ($M=10.8$, $SD=4.22$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3.2 ประเมินประสิทธิผลจากเด็กปฐมวัยจำนวน 63 คน

ตาราง 3 ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยก่อนพัฒนาและหลังพัฒนา

ด้านความครอบคลุม		ด้านการติดตามเยี่ยม		พัฒนาการสมวัย	
ก่อนพัฒนา (ร้อยละ)	หลังพัฒนา (ร้อยละ)	ก่อนพัฒนา (ร้อยละ)	หลังพัฒนา (ร้อยละ)	ก่อนพัฒนา (ร้อยละ)	หลังพัฒนา (ร้อยละ)
76.19	95.23	70	100	75	88.33

จากตาราง 3 พบว่า ผลการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้านความครอบคลุมก่อนพัฒนามีความครอบคลุมร้อยละ 76.19 หลังการพัฒนามีความครอบคลุม ร้อยละ 95.23 ด้านการติดตามเยี่ยมก่อนพัฒนามีร้อยละ 70 หลังการพัฒนามีร้อยละ 100 และ เด็กมีพัฒนาการสมวัยก่อนพัฒนา ร้อยละ 75 หลังพัฒนา ร้อยละ 88.33

อภิปรายผล

1. ผลจากการศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหา ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมในสถานการณ์ที่การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในผู้ดูแลเด็กจำนวน 63 คน พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความรู้และการปฏิบัติตนในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในระดับปานกลาง มีสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ว่าการดูแลเด็กแรกเกิด - 5 ปี นับเป็นยุคทองของการพัฒนาการเรียนรู้ เพราะเป็นช่วงเวลาสำคัญที่สมองมีการพัฒนาสูงสุดที่จะส่งผลต่อสติปัญญา บุคลิกภาพ และความฉลาดทางอารมณ์ความรู้และการปฏิบัติตน ในการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 และมีระดับความพึงพอใจใช้รูปแบบพึงพอใจน้อยซึ่งปัญหาดังกล่าวหากได้รับการแก้ไขก็จะช่วยให้เด็กได้รับส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการจากผู้ดูแลเด็กจะทำให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย มีความฉลาดทั้งด้านสติปัญญา (IQ) ด้านอารมณ์ (EQ) เต็มที่เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพดังคำกล่าวของวัลลภ ไทยเหนือ

สำหรับการศึกษาสภาพปัญหาการมีส่วนร่วมในการประเมินและส่งเสริมในสถานการณ์ที่การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในมุมมองของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนจำนวน 21 คน การเข้าถึงในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย พบว่า อัตราความครอบคลุมในการประเมินพัฒนาการสมวัย และการติดตามเยี่ยมต่ำกว่าเป้าหมายและเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนในด้านผู้เกี่ยวข้อง เช่น อสม. ครูผู้ดูแลเด็กทั้งในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และผู้นำชุมชนยังขาดการบูรณาการและการมีส่วนร่วมในเรื่องการประสานงานและการรณรงค์ประชาสัมพันธ์, ขาดการสนับสนุนนโยบายและบทบาทหน้าที่ส่วนที่เกี่ยวข้อง เครือข่ายขาดความรู้และทักษะในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการ ส่วนรูปแบบควรจะเป็นหรือที่เหมาะสมสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของคนในชุมชน คือต้องการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในส่งเสริมพัฒนาการเด็กเพิ่มมากขึ้น มีกิจกรรมส่งเสริมความรู้ความในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็ก มีการติดตามสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 อย่างมีสติ, การพัฒนาสื่อแปลภาษามลายูท้องถิ่นพัฒนาสื่อความรู้ในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยในสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19

2. ผลการพัฒนารูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์ที่การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 โดยใช้กระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) จากกระบวนการพัฒนา พบว่า ผู้เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่ให้ความสำคัญและเข้าร่วมกิจกรรม ร้อยละ 100 และมีรูปแบบที่เหมาะสมกับความต้องการของคนในชุมชนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริกัญญา ฤทธิแปลก (2559) ได้ทำการศึกษารูปแบบการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเภทเด็ก 9, 18, 30 และ 42 เดือน มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าร้อยละ 35.77 และได้รับการติดตามกระตุ้นพัฒนาการ 1 เดือน จนมีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 94.62 มีการส่งต่อเพื่อพบแพทย์ร้อยละ 3.41 ทำให้ภาพรวมเด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 96.59 และกลุ่มภาคีเครือข่ายมีค่าเฉลี่ยด้านความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก

3. ประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนในสถานการณ์ที่การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19

3.1 ผลในกลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลเด็กปฐมวัย มีดังนี้

3.1.1 ความรู้และการปฏิบัติตนของผู้ดูแลเด็กในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนก่อนพัฒนาพบว่าผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในระดับปานกลางส่วนหลังการพัฒนาพบว่าการเรียนรู้ของผู้ดูแลเด็กมีความรู้ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับสุจินดา สุขกำเนิด (2560) พบว่า อสม. ให้ข้อคิดเห็นต่อการเลี้ยงดูเด็กของผู้ดูแลเด็ก ที่ส่วนใหญ่เป็น ปู่ ย่า ตา ยาย (ร้อยละ 53.1 ของผู้ดูแลทั้งหมด) ที่นิยมซื้อของเล่นที่ไม่เหมาะสมมาให้เด็ก และพบว่าไม่มีการกระตุ้นพัฒนาการด้านภาษาโดยการอ่านหนังสือ ซึ่งส่งผลให้ความสามารถทางสติปัญญาและกระบวนการเรียนรู้ของเด็กอาจล่าช้าไม่สมวัย ส่วนการปฏิบัติตนในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กก่อนพัฒนาพบว่าผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติตนระดับปานกลางส่วนหลังพัฒนาพบว่าผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติตนการปฏิบัติตนระดับดีมากซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกัญญา ฤทธิแปลก (2559) ที่พบว่าการส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมส่งผลให้ครอบครัวมีระดับความรู้ในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับสูง

3.1.2 ความรู้ของผู้ดูแลเด็กในการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนพัฒนา พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความรู้ระดับน้อย ส่วนหลังพัฒนาพบว่าผู้ดูแลเด็กมีความรู้ระดับปานกลางมากที่สุดส่วนการปฏิบัติตนในการเฝ้าระวังป้องกันโรคโควิด-19 พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติตนระดับน้อยส่วนหลังพัฒนาพบว่าผู้ดูแลเด็กมีการปฏิบัติตนเพิ่มขึ้นในระดับดีซึ่งสอดคล้องกับการจัดระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

3.1.3 การประเมินความพึงพอใจการใช้รูปแบบการประเมิน และส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ก่อนพัฒนาพบว่าพึงพอใจอยู่ในระดับน้อยส่วนหลังพัฒนาพบว่าผู้ดูแลเด็กมีความพึงพอใจต่อรูปแบบระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริกัญญา ฤทธิแปลก (2559) และได้ทำการศึกษารูปแบบการประเมิน

พัฒนาการเด็กปฐมวัยโดยภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมภายหลังการพัฒนา พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายส่งผลให้เด็กได้รับการกระตุ้นพัฒนาการภายใน 1 เดือนและส่งผลต่อเพื่อพบแพทย์เพิ่มมากขึ้นทำให้เด็กมีพัฒนาการที่สมวัย และสอดคล้องกับผลการศึกษา สุจินดา สุขกำเนิด (2560) ได้จัดทำโครงการศึกษาวิจัยการพัฒนาการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก จังหวัดยโสธร พบว่า ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถกระตุ้นพัฒนาการด้านที่สงสัยล่าช้าในเด็กกลุ่มที่สงสัยล่าช้าในระยะเวลา 1 เดือน และ 2 เดือน ทำให้พัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 39.2 เป็นร้อยละ 85.0 และร้อยละ 96.7

3.2 การประเมินผลในเด็กปฐมวัย จำนวน 63 คนจากการประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยพบว่าก่อนพัฒนาใช้ใช้รูปแบบความครอบคลุมในการตรวจประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยก่อนน้อยและหลังพัฒนาใช้รูปแบบมีความครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าความครอบคลุมในการประเมินพัฒนาการเด็กมีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้นซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขและด้านพัฒนาการพบว่าก่อนพัฒนาใช้รูปแบบมีพัฒนาการสมวัยค่อนข้างน้อยส่วนหลังการพัฒนาใช้รูปแบบมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิต แซ่ลิ้ม (2556) พบว่า การจัดกิจกรรมเพิ่มทักษะให้กับผู้เลี้ยงดูเด็กทำให้เด็กที่มีพัฒนาการล่าช้ามีการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการตามปกติได้ถึงร้อยละ 97.5 ส่วนผลการติดตามเยี่ยมพัฒนาการเด็กของปฐมวัยพบว่าก่อนพัฒนาเด็กปฐมวัยได้รับการติดตามเยี่ยมพัฒนาการต่ำกว่าเป้าหมายส่วนหลังการพัฒนาพบว่เด็กได้รับการติดตามเยี่ยมเพิ่มมากขึ้นซึ่งผ่านเกณฑ์มาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุขที่สอดคล้องกับสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติกรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้ดำเนินการสุ่มสำรวจคัดกรองพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยด้วยคู่มือDSPMปี พ.ศ. 2560พบว่การค้นพบความสงสัยล่าช้าได้เร็วจะสามารถกระตุ้นและส่งเสริมพัฒนาการให้เด็กกลับมาสมวัยได้เร็วตลอดจนส่งต่อเด็กที่พบพัฒนาการล่าช้าให้ได้รับการวินิจฉัยรักษาได้อย่างทัน่วงที

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การเข้าถึงการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการปฐมวัยยังขาดคุณภาพและการบูรณาการดังนั้นในเชิงนโยบายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์กรส่วนท้องถิ่น, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนควรมีนโยบายและกำหนดมาตรการร่วมกันเพื่อผลักดันให้มีการขับเคลื่อนนโยบายดำเนินงานอย่างต่อเนื่องโดยออกมาตรการ ระเบียบ
2. เครือข่ายสุขภาพในการดูแลเด็กทั้งบุคลากรสาธารณสุขครูศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ดูแลเด็ก และ อสม. มีส่วนสำคัญในการประเมินและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย จึงควรได้รับการพัฒนาศักยภาพ องค์ความรู้ที่ทันสมัยอย่างต่อเนื่อง เช่น การอบรม การพัฒนาสื่อความรู้
3. ความปกติในรูปแบบใหม่เป็นสิ่งที่ท้าทายการดำเนินชีวิตของคนในชุมชนหน่วยงานทุกภาคส่วน เช่น องค์กรส่วนท้องถิ่น, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โรงเรียนผู้ประกอบการ และคนในชุมชน ควรมีส่วนร่วมศึกษา และพัฒนาเพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 และโรคระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ ให้มีความต่อเนื่องเนื่องจากในปัจจุบันยังมีปัญหาเรื่องวัคซีน และหากมีการแพร่ระบาดในวงกว้างอาจส่งผลกระทบในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาติดตามการดำเนินงานตามรูปแบบระยะยาว 1-3 ปี เพื่อศึกษาผลลัพธ์ และการดำเนินงานตามรูปแบบที่ต่อเนื่อง
2. ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนชุมชนควรมีการพัฒนาและส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19และโรคทางเดินหายใจอื่น ๆ ให้มีความต่อเนื่องและยั่งยืนเพื่อไม่ให้เกิดการระบาดซ้ำ เช่น การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพในชุมชน การพัฒนาสื่อแปลภาษามลายูท้องถิ่นและสื่อความรู้การเฝ้าระวังป้องกันโรค

References

- ฐิติมา ชูใหม่. (2559). การเจริญเติบโตและการพัฒนาการของเด็กปฐมวัย. *วารสารหัวหินสุขใจไกลกังวล*, 1(2), 18-33.
- สมจิต แซ่ลิ้ม. (2556). ผลของการประยุกต์ใช้ของเล่นพื้นบ้านตามภูมิปัญญาท้องถิ่นในการส่งเสริมพัฒนาการเด็กในเขตอำเภอ เมืองยโสธร จังหวัดยโสธร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัย มหาสารคาม.
- กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข. (2559). ผลการสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญาเด็กนักเรียนไทย ปี 2559. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- ศิริกัญญา ฤทธิ์แปลก. (2560). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพัฒนาการเด็กอายุ 1-3 ปี โดยครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาชุมชนตำบลบ้านยาง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. สืบค้นเมื่อ 22 กันยายน 2560. จาก https://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/article_detail.php?ArticleID=183144
- สุจินดา สุขกำเนิด. (2560). โครงการวิจัยการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 12(4), 16-27.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *คู่มือโรงเรียน พ่อ แม่ เพื่อลูกรักสุขภาพดี สมองดี อารมณ์ดีมีความสุข*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: นิเวศธรรมดาการพิมพ์จำกัด.
- ชฎาภรณ์ ชื่นตา และคณะ. (2561). โครงการศึกษาวิจัยการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการ. ยโสธร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). การจัดการการจักระบบบริการคลินิกเด็กสุขภาพดีภายใต้การเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของ COVID-19. สืบค้นเมื่อ 9 พฤษภาคม 2563. จาก https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/faq.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fprepare%2Fchildren-faq.html
- จินตนา พัฒนพงศ์ธร และคณะ. (2561). รายงานการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทยครั้งที่ 6 พ.ศ.2560. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย.
- อดิษฐ์สุดา เฟื่องฟู, วีระศักดิ์ ชลไชยะ และคณะ. (2561). *ตำราพัฒนาการและพฤติกรรมเด็ก เล่ม 4*. กรุงเทพฯ: บริษัท พี. เอ.ลิฟวิ่ง จำกัด.

การพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการ
ใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชในพื้นที่สถานีอนามัยห้วยจรเข้ม้า อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา
Development and Evaluation of Farmer's Participation for Reducing Risk
Behavior from Pesticide Hazards in Huayjorakea Health Center Area,
Dankhuntod District, Nakhon Ratchasima Province

ภาคิน บัวผัน*

Pakin Buaphan*

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยจรเข้ม้า อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา*
Huayjorake Health Center Dankhuntod District, Nakhon Ratchasima Province*

(Received: May 22, 2020; Revised: May 17, 2021; Accepted: July 10, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษากระบวนการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากสารเคมีกำจัดวัชพืชโดยการมีส่วนร่วมของเกษตรกร ในเขตพื้นที่สถานีอนามัยห้วยจรเข้ม้า จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างคือเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลังแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 60 คน โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกร เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสังเกตพฤติกรรม แบบทดสอบความรู้ ทักษะคิด การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกร ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลจากระยะที่ 1 และยกร่างรูปแบบโดยใช้แนวคิดหรือทฤษฎีการมีส่วนร่วม แบบ AIC ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช เครื่องมือที่ใช้คือ แบบทดสอบความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากสารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกร เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม แนวทางการจัดกิจกรรม AIC วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ และการทดสอบค่าที ผลการวิจัยพบว่า

เกษตรกรส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 95.0 อายุ 41-50 ปีร้อยละ 35.0 จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 85.0 ใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชร้อยละ 90.0 ในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกรโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมด้วยเทคนิค AIC ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนคือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันและกำหนดอนาคต 2) การคิดและจัดลำดับกิจกรรม 3) การจัดทำแผนและปฏิบัติตามแผน โดยมีการจัดกิจกรรม 5 กิจกรรม หลังดำเนินกิจกรรมพบว่าเกษตรกรสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงโดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ของเกษตรกรเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 คะแนนเฉลี่ยของเกษตรกรที่มีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกรกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การมีส่วนร่วมของเกษตรกรจะช่วยลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชส่งผลดีต่อสุขภาพที่ดีและนำรูปแบบนี้ไปใช้กับเกษตรกรกลุ่มอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, เกษตรกร, ลดพฤติกรรมเสี่ยง, การใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: hso02631@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-2666301)

Abstract

This participatory research and development aimed to determine the process of reducing risk behaviors for pesticide exposure with the farmer participating approach in Huayjorakea Health Center area, Dankhunthot district, Nakhon Ratchasima province. The samples were casava-growing farmers consisting 60 individuals each for experimental and control group. This study was categorized into three phases as follow: phase I to determine risk behaviors of pesticide application among the farmers by using a questionnaire pertaining to general information, an observation checklist for pesticide application, and a questionnaire pertaining to preventive practices of pesticide application among the farmers; phase II to develop a participatory model for reducing risks of pesticide exposure, which was based upon the outcomes of phase I using Appreciation-Influence-Control (AIC) technique; phase III to evaluate the participatory model for reducing risk of pesticide exposure using the test about pesticide application, and a questionnaire pertaining to attitude towards hazards of using pesticide in agriculture. The data were collected throughout three phrases from the rating scale questionnaires, group discussions, and AIC activities. They were then statistically analyzed for frequency, percentage and *t*-scores.

The results revealed that most of the farmers were males (95.0 %). 35.0% of them were 41-50 years old and 85.0% of them had a primary school degree as the highest level of education. 90% of the farmers were found using pesticide. The AIC for reducing risk behaviors of pesticide application with three courses of action: 1) current situation analysis and prospective aim setting; 2) activity planning and determination; and 3) plan implementing through five main activities. Post-activity evaluation was found to reduce the risk behaviors according to comparing the test score between experimental group and its counterpart with statistical significance of 0.001. The average score for the farmers' attitudes towards proper pesticide application was found to be increased in experimental group, when compared to the control. The preventive practice scores for pesticide application among the experimental group were statistically significantly greater than the control group (*p*-value = .001).

Thus, it could be said that the participation of farmers could promote healthier life of the farmers and could be applied for farmers in different kinds of agriculture.

Keywords: Participation, Farmer, Risk Behavior, Pesticide Hazards

บทนำ

ประชากรของประเทศไทย ประกอบอาชีพหลักคือเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 34.5 ของประชากรที่มีงานทำ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560) ปัจจุบันวิถีชีวิต และการทำการเกษตรได้เปลี่ยน จากการใช้แรงงานคน และสัตว์ มาเป็นการใช้เครื่องจักร เครื่องทุ่นแรง และสารเคมีมากขึ้น โดยเฉพาะยาปราบวัชพืช ยากำจัดแมลง เพื่อเพิ่มผลผลิต ให้เพียงพอต่อความต้องการของตลาด แม้ว่าสารเคมีกำจัดวัชพืชจะเป็นอันตราย แต่วิถีชีวิตของเกษตรกรที่ต้องต่อสู้ดิ้นรนเพื่อความอยู่รอด จึงทำให้ขาดความสนใจ ใส่ใจ ถึงผลเสียต่อสุขภาพ และชีวิตในอนาคต แม้ว่าสารเคมีกำจัดวัชพืชจะมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการเพิ่มผลผลิตทางการเกษตร แต่สารเคมีกำจัดวัชพืชทุกชนิดเป็นอันตรายต่อสุขภาพ การแสดงอาการจากการได้รับสารพิษมีอยู่ 2 แบบคือ 1) พิษเฉียบพลัน

เกิดขึ้นเมื่อได้รับพิษของสารเคมีกำจัดวัชพืชที่ทันใดตัวอย่างเช่น ปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน เจ็บหน้าอก ปวดกล้ามเนื้อ เหงื่อออกมาก ท้องร่วง เป็นตะคริว หายใจติดขัด มองเห็นไม่ชัด หรือตาย 2) พิษเรื้อรัง เกิดขึ้นเมื่อได้รับพิษของสารเคมีกำจัดวัชพืชแล้วแสดงผลช้าใช้เวลานาน อาการอาจใช้เวลาเป็นเดือนหรือเป็นปี ภายหลังจากการได้รับสารเคมีกำจัดวัชพืชจึงจะแสดงออกมาให้เห็น เช่น การเป็นหมัน การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ การเป็นอัมพฤกษ์ อัมพาต และมะเร็ง เป็นต้น (ศักดิ์ดา ศรีนิเวศน์, 2546)

ข้อมูลเรื่องการเจ็บป่วยของคนไทยจากสารเคมีกำจัดวัชพืชในแต่ละปีผู้ได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดวัชพืชอย่างเฉียบพลัน ประมาณ 5,000-7,000 คน และถือเป็นตัวเลขที่ต่ำกว่าความเป็นจริงเสมอ เนื่องจากรวบรวมจากผู้ที่ได้รับการรักษาเท่านั้น (นุศราพร เกษสมบูรณ์ และคณะ, 2547) นอกจากนี้ ยังเป็นการยากที่แพทย์จะวินิจฉัยชี้ชัดได้ว่าการเจ็บป่วยที่พบมีสาเหตุมาจากการได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดวัชพืช พิษของสารเคมีจะรุนแรงมากขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณสารเคมีที่ได้รับ โดยสารเคมีบางชนิดเมื่อกินเข้าไปเพียง 1 ช้อนชาทำให้เกิดอาการรุนแรงจนถึงเสียชีวิตได้ สำหรับอาการพิษเฉียบพลันมักพบในเกษตรกรผู้สัมผัสสารเคมีโดยตรง แต่สำหรับผู้บริโภคทั่วไปการได้รับสารเคมีแบบสะสมเป็นเวลานาน ส่งผลต่อการเกิดโรคและอาการต่างๆ โดยเฉพาะมะเร็ง คร่าชีวิตคนไทยเพิ่ม 4 เท่า สถิติการเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งของคนไทยปี 2550 มีจำนวน 60,064 รายซึ่งเพิ่มสูงขึ้นจากปี 2530 ถึง 4 เท่า และมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้นเรื่อย ๆ (กรมส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ. ออนไลน์, 2550) อีกทั้งผลการตรวจคัดกรองสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกรด้วย Reactive Paper ปี พ.ศ.2557-2559 พบที่มีผลเสียและไม่ปลอดภัยร้อยละ 34.33, 34.84 และ 36.76 ตามลำดับ (กลุ่มอาชีวอนามัย สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2560) และพบผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้รับการรักษาโดยมีสาเหตุจากการได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชปี 2559 จำนวน 4,876 ราย เสียชีวิต 606 ราย เบิกจ่ายค่ารักษา 22.19 ล้านบาทปี 2560 มีผู้ป่วย 4,916 ราย เสียชีวิต 579 ราย เบิกจ่ายค่ารักษา 21.85 ล้านบาท ซึ่งสะท้อนให้เห็นผลกระทบของการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2560)

จังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดหนึ่งที่ประชากรมีอาชีพหลักคือเกษตรกรรม ซึ่งมีครัวเรือนทำการเกษตร 296,232 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 78.7 (สำนักงานเกษตรจังหวัดนครราชสีมา, 2560) จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาพบว่ามียอดผู้ป่วยจากการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชเมื่อ พ.ศ.2559 และ 2560 เท่ากับ 3 และ 3.5 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

อำเภอด่านขุนทดมีครัวเรือนทำการเกษตร 22,495 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 89.0 (สำนักงานเกษตรจังหวัดนครราชสีมา, 2560) และจากข้อมูลของโรงพยาบาลด่านขุนทดพบว่ามีเกษตรกรที่ได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดวัชพืชอำเภอด่านขุนทดที่เข้ารับ การรักษาโดยการวินิจฉัยของแพทย์ ในปี พ.ศ. 2559 และ 2560 เท่ากับ 18.25 และ 15.87 ต่อแสนประชากรตามลำดับ (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ, 2560)

ตำบลหินดาดเป็นตำบลหนึ่งในอำเภอด่านขุนทด มีครัวเรือนปลูกมันสำปะหลัง 2,280 ครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 83.7 และจากข้อมูลของโรงพยาบาลด่านขุนทดพบว่ามียอดการป่วยจากพิษสารเคมีกำจัดวัชพืชปี พ.ศ.2559 และ 2560 เท่ากับ 15.38 และ 23.08 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สถานีอนามัยห้วยจระเข้มเป็นสถานบริการแห่งหนึ่งในตำบลหินดาดที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนมีหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ 12 หมู่บ้าน 1,487 ครัวเรือน ประชากร 7,143 คน จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นกับเกษตรกรที่ปลูกมันสำปะหลังพบว่า ครัวเรือนที่ปลูกมันสำปะหลังทุกครัวเรือนมีการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชโดยใช้เพื่อกำจัดวัชพืชและจากการเก็บข้อมูลเชิงลึกโดยผู้วิจัยซึ่งทำงานอยู่ในพื้นที่พบเห็นเชิงประจักษ์คือพฤติกรรมเสี่ยงหรือพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้องในการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชเช่นการไม่สวมอุปกรณ์ป้องกัน การจัดการกับภาชนะที่ใส่สารเคมีที่ใช้แล้วไม่ถูกต้อง และใช้สารเคมีไม่สอดคล้องกับสภาพอากาศ และทิศทางลม ส่งผลกระทบจากการใช้สารเคมีทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ในการนี้รัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญจึงมีการออกกฎหมายมาควบคุมการใช้สารเคมีบางตัวเช่น โกลโฟสเต

และยกเลิกการใช้ได้แก่พาราควอต และคลอร์ไพริฟอสเป็นต้น ในการนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมแบบ A-I-C และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory) มาใช้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ซึ่งกระบวนการ AIC เป็นเทคนิคที่คิดค้นและพัฒนาโดย Dr. William E. Smith และ Mr. Turit Sato ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาใหม่ของการพัฒนาโดยอาศัยการเรียนรู้ร่วมกันผ่านการทำงาน ซึ่งมีหลักการคือการทำงานร่วมกัน ต้องอาศัยการปฏิบัติการร่วมกันด้วยความรักหรือเห็นคุณค่า (Appreciation) ซึ่งกันและกันและเรียนรู้ร่วมกันจากการกระทำจริง ๆ จึงจะทำให้ระบบเกิดการเรียนรู้และเกิดพลังสร้างสรรค์ได้อย่างเพียงพอที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่ความดี โดยคำนึงถึงมิติทางสังคม จิตใจ และวิทยาศาสตร์ (จุฬารัตน์ โสตะ, ม.ป.ป.) ประกอบด้วย

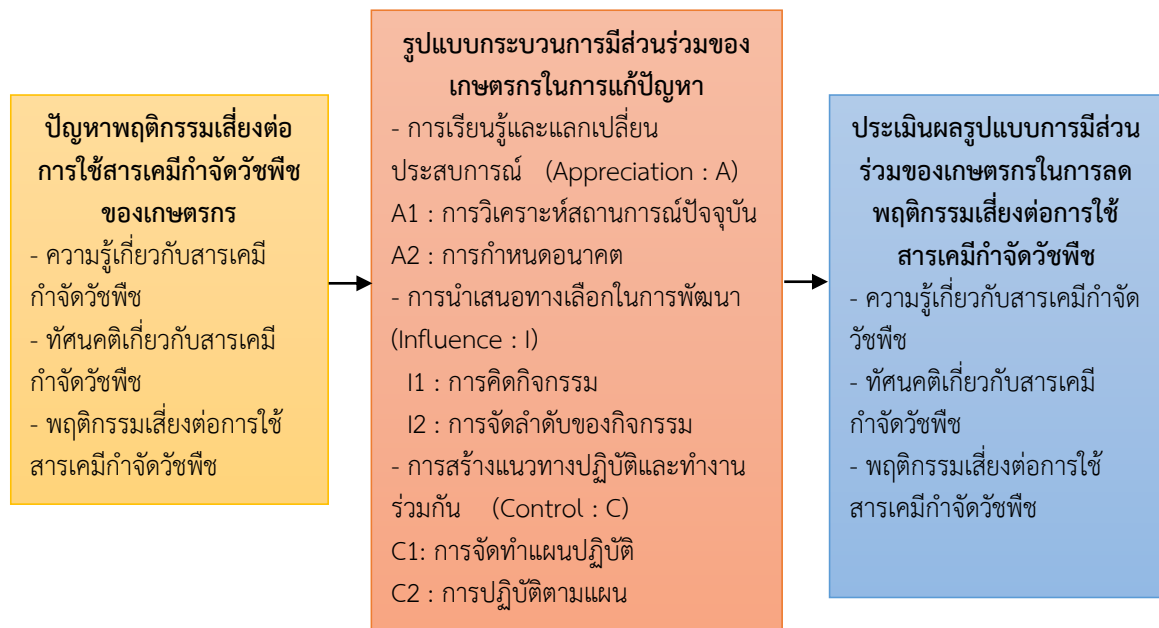
- 1) Appreciation : A เป็นเรื่องของความรักความเมตตาเห็นคุณค่า และให้เกียรติซึ่งกันและกัน
- 2) Influence : I การคิดสร้างสรรค์ในการทำกิจกรรมซึ่งเป็นกุญแจแห่งความสำเร็จในเป้าหมายที่ทุกคนมุ่งหวังอยากให้เป็นไป
- 3) Control : C เป็นแผนปฏิบัติการ การควบคุมกำกับ และพัฒนา ในการดำเนินการตามกระบวนการ AIC ร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (จุฬารัตน์ โสตะ, ม.ป.ป.) และทฤษฎีความคาดหวังในความสามารถตนเอง (Self Efficacy Theory) นั่นคือการรวมปัจจัยที่ทำให้เกิดการรับรู้ในภาพรวมของบุคคล ซึ่งการรับรู้นี้เป็นตัวเชื่อมโยงที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคนี้ได้เน้นเกี่ยวกับการประเมินการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร การประเมินการรับรู้นี้มาจากการสื่อกลางการรับรู้ (Rogers, 1986) ได้กำหนดตัวแปรที่ทำให้บุคคลเกิดความกลัว 3 ตัวแปร คือ ความรุนแรงของโรค (Noxiousness) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค (Perceived Probability) และผลที่จะได้รับหากมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค (Response Efficacy)

จากแนวโน้ม และสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าปัญหาความรุนแรงในเรื่องอันตรายจากสารเคมีกำจัดวัชพืชที่เกษตรกรได้นำมาใช้ในทิวความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ของสถานีอนามัยห้วยจรเข้ม้า ตำบลหินดาด อำเภอด่านขุนทด ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ดังนั้นผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้ทำงานในพื้นที่ตระหนักถึงความสำคัญในปัญหาดังกล่าวจึงได้สนใจที่จะศึกษาวิจัยเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากสารเคมีกำจัดวัชพืช ผลการศึกษาจะทำให้ได้องค์ความรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคในชุมชนอีกทั้งเป็นการสร้างสุขภาพที่ดีแก่เกษตรกรได้ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยห้วยจรเข้ม้า ตำบลหินดาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยห้วยจรเข้ม้า ตำบลหินดาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยห้วยจรเข้ม้า ตำบลหินดาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ เกษตรกรที่ทำไร่มันสำปะหลัง ในเขตพื้นที่สถานีอนามัยห้วยจระเข้ม ตำบลหินดาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา และมีการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช จากจำนวนครัวเรือนที่ปลูกมันสำปะหลัง 592 ครัวเรือน แต่ละครัวเรือนจะมีผู้ทำหน้าที่ใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชอย่างน้อย 1 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นเกษตรกรที่ทำไร่มันสำปะหลัง ในเขตพื้นที่สถานีอนามัยห้วยจระเข้ม ตำบลหินดาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา และมีการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช โดยการประชาสัมพันธ์ให้เข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจคือบ้านห้วยจระเข้ม (หมู่บ้านทดลอง) จำนวน 60 คน โดยใช้วิธีกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ (ยุทธ ไทยวรรณ, ม.ป.ป.) และบ้านท่าขี้เหล็ก (หมู่บ้านควบคุม) อีกจำนวน 60 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างการเลือกแบบสมัครใจ (Volunteer Sampling) โดยมีขั้นตอนการเลือกตัวอย่างดังนี้ การประชาสัมพันธ์ให้เข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจระบุเกณฑ์คัดเข้าคือสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 3 เดือน เกณฑ์คัดออกคือไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ต่อเนื่อง ซึ่งหมู่บ้านทั้งสองแห่งนี้มีลักษณะทางด้านประเพณี วัฒนธรรม ฐานะทางเศรษฐกิจและการทำการเกษตรที่คล้ายคลึงกัน และมีระยะทางห่างจากกัน 3 กิโลเมตร (สถานีอนามัยห้วยจระเข้ม, 2562)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสำรวจข้อมูล แนวทางการสนทนากลุ่ม แนวทางการจัดกิจกรรม AIC แบบสัมภาษณ์ แบบทดสอบความรู้ และแบบสังเกต ซึ่งได้สร้างขึ้น โดยการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกร

ประกอบด้วย แบบสำรวจข้อมูลทั่วไปของเกษตรกร ได้แก่ ลักษณะภูมิประเทศ ลักษณะภูมิอากาศ ข้อมูลประชากร กิจกรรมทางเศรษฐกิจ ข้อมูลประเพณีวัฒนธรรม และข้อมูลทั่วไป เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาบริบทชุมชนและ พฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกร

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช

1. แนวทางการสนทนากลุ่ม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษากระบวนการ การมีส่วนร่วม
2. แนวทางการจัดกิจกรรม AIC เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษากระบวนการ การมีส่วนร่วม

ระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช

1. แบบทดสอบความรู้ในการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช มีทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ คำตอบที่ถูกต้องเพียงคำตอบเดียว โดยตอบถูกต้องให้ 1 คะแนน ตอบไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาบริบทชุมชนและผลลัพธ์ของกระบวนการ
2. แบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับการลดพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารกำจัดวัชพืช มีทั้งหมด 17 ข้อ เป็นคำถามวัดทัศนคติเชิงบวก 5 ข้อ และวัดทัศนคติเชิงลบ 12 ข้อ ข้อความด้านบวก ถ้าตอบว่าเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง จัดเป็นทัศนคติที่ เชิงบวก ส่วนข้อความด้านลบถ้าตอบว่าไม่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งจัดเป็นทัศนคติ เชิงลบ
3. แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงของเกษตรกรในการใช้สารกำจัดวัชพืช มีทั้งหมด 20 ข้อ เป็นคำถามเชิงบวก 8 ข้อ ส่วนที่เหลืออีก 12 ข้อ เป็นคำถามเชิงลบ ข้อความด้านบวกที่มีการปฏิบัติเป็นประจำ เป็นการปฏิบัติที่ถูกต้อง ให้ 1 คะแนน การไม่ปฏิบัติ หรือปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ให้ 0 คะแนน ส่วนข้อความด้านลบที่ไม่ปฏิบัติให้ 1 คะแนน ปฏิบัติเป็นประจำหรือนาน ๆ ครั้งถือว่าเป็นการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องให้ 0 คะแนน แบบสอบถามพฤติกรรม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาบริบทชุมชนและผลลัพธ์ของกระบวนการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือทุกชุด สร้างขึ้นมาโดยมีความครอบคลุมด้านโครงสร้างและเนื้อหา ผ่านกระบวนการตรวจสอบความตรง (Validity) และความเข้าใจของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำไปทดลองใช้ในชุมชนที่มีบริบททางเศรษฐกิจ สังคม ประชากร วัฒนธรรมและอาชีพที่คล้ายคลึงกัน
2. นำแบบทดสอบความรู้ แบบวัดทัศนคติ และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัว ไปทดสอบหาความเที่ยง (Reliability) ในกลุ่มเกษตรกรในชุมชนที่มีบริบททางเศรษฐกิจ สังคม ประชากร วัฒนธรรม และอาชีพที่คล้ายคลึงกันโดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Method) สำหรับแบบวัดทัศนคติ และแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวได้ค่า .83 และ .85 ตามลำดับ ส่วนแบบทดสอบความรู้นำมาหาความเที่ยงด้วยสูตรคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson 20: KR-20) ได้ค่าเท่ากับ 0.92
3. นำเครื่องมือทุกชุด มาปรับปรุงคำถาม ก่อนที่จะนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ ที่วิจัยต่อไป

การดำเนินการวิจัย

1. ชี้แจงทำความเข้าใจกับผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบทดสอบและแบบสัมภาษณ์
2. นัดหมายเกษตรกรที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ
3. ศึกษาบริบทโดยใช้แบบสำรวจ แบบสัมภาษณ์ และแบบทดสอบความรู้ก่อนดำเนินกิจกรรม
4. ดำเนินกิจกรรมกระบวนการมีส่วนร่วมคือ การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อศึกษาปัญหา วิเคราะห์ปัญหา และหาแนวทางลดพฤติกรรมเสี่ยงจากการใช้สารกำจัดวัชพืชของเกษตรกร โดยมีขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

ขั้นที่ 1 ขั้นการเตรียมการ นัดหมายกลุ่มตัวอย่าง เรื่องวัน เวลา สถานที่ในการประชุม จัดเตรียมทีมวิทยากร เพื่อมอบหมายบทบาทหน้าที่ และเนื้อหาวิชาในการประชุม จัดเตรียมสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และเอกสารที่เกี่ยวข้อง

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการประชุม ทีมวิทยากรและผู้ร่วมประชุม พร้อมกันตามวัน เวลา สถานที่ ที่ได้นัดหมาย หลังจากพิธีเปิดการประชุมเสร็จสิ้น เป็นการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการประชุม บรรยายวิชาการ ให้ความรู้เรื่องสารกำจัดวัชพืช และแจ้งสถานการณ์โรคจากสารเคมีกำจัดวัชพืช เชิญผู้เข้าร่วมประชุมเล่าประสบการณ์ การใช้สารกำจัดวัชพืช รวมถึงอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ ให้ที่ประชุมฟังประมาณ 3-4 คน แบ่งกลุ่มย่อยกลุ่มละประมาณ

10 คน ให้เกษตรกรได้ร่วมกันอภิปรายถึงผลกระทบหรืออาการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่ตัวเกษตรกร โดยใช้การวาดรูปร่างกายมนุษย์เป็นแบบให้เกษตรกรร่วมคิดและชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่าเกิดอาการเจ็บป่วยหรือผิดปกติกับส่วนใดของร่างกายบ้าง แต่ละกลุ่มนำเสนอผลการประชุมกลุ่มย่อย สรุปเป็นภาพรวมและเสนอแนะเพิ่มเติมในส่วนที่ยังไม่ครอบคลุมโดยวิทยากร แต่ละกลุ่มย่อยวิเคราะห์หาสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้ได้รับอันตรายจากสารกำจัดวัชพืช จนทำให้มีอาการป่วยตามที่ได้นำเสนอไป แต่ละกลุ่มย่อยนำเสนอผลการประชุมกลุ่มออกเป็นภาพรวมทั้งหมด

ขั้นที่ 3 ขั้นสาธิต ฝึกปฏิบัติ และ จัดทำแผนปฏิบัติการ แยกกลุ่มย่อย (กลุ่มเดิม) เพื่อให้แต่ละกลุ่มได้ร่วมกันคิดวิเคราะห์หาวิธีในการลดสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ร่างกายได้รับอันตรายจากสารกำจัดวัชพืช แต่ละกลุ่มย่อยสาธิตฝึกปฏิบัติ และนำเสนอแผนปฏิบัติการ วิทยากรสรุปผลการประชุมตั้งแต่ต้นจนตลอดการประชุม มอบหมายภารกิจตามแผนปฏิบัติการ

5. การประเมินผล หลังจากการจัดกิจกรรมแล้วมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ ๆ ตามแผนปฏิบัติการ ในพื้นที่ตามช่วงเวลาที่เหมาะสม และประมาณ 3 เดือนนัดหมายผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดเพื่อประเมินผล ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช และเมื่อครบ 1 ปี ได้มีการติดตามการปฏิบัติด้วยการสังเกตตามแบบสังเกต

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในเรื่องความรู้ในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารกำจัดวัชพืช ระหว่างหมู่บ้านทดลอง กับหมู่บ้านควบคุม ก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้สถิติ Independent t-test ข้อตกลงเบื้องต้นคือกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน และประชากรมีการแจกแจงปกติ
3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในเรื่องทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช ของเกษตรกร ระหว่างระหว่างบ้านห้วยจรเข้ม กับ บ้านท่าช้างเหล็ก โดยใช้สถิติ Independent Samples t-test
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยในเรื่องการปฏิบัติในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารกำจัดวัชพืช ระหว่างหมู่บ้านทดลอง กับหมู่บ้านควบคุม ก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้สถิติ Independent t-test ข้อตกลงเบื้องต้นคือกลุ่มตัวอย่างเป็นอิสระจากกัน และประชากรมีการแจกแจงปกติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่รับผิดชอบ ผู้วิจัยไม่ได้ส่งกรมการพิจารณาจริยธรรม ในการนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญและยึดหลักจริยธรรมในมนุษย์ 3 ประการคือ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for Person) 2) หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักความยุติธรรม (Justice) โดยผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์เข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยแจ้งสิทธิในการตอบรับ ปฏิเสธ และการบอกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และการเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล และบุคคลที่เกี่ยวข้องผลการวิจัยจะใช้ประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้นไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล และกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยห้วยจรเข้ม ตำบลหินดาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา

จากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยห้วยจรเข้ม ตำบลหินดาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมาพบว่าเป็นการกระทำที่ประมาทหรือขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้ทั้งก่อน ขณะใช้ และหลังจากใช้เสร็จ ซึ่งจะส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งแบบเฉียบพลันและ

เรื่องร้อง เช่น การเลือกสารเคมีที่ไม่เหมาะสมกับการใช้ การไม่ศึกษาฉลากที่ติดมากับภาชนะที่บรรจุสารเคมีนั้นให้เข้าใจ ขาดการวางแผนการใช้สารเคมีอย่างถูกต้อง ใช้ปากเปิดขวดสารเคมี ผสมสารเคมีเกินกว่าที่กำหนด ใช้มือเปล่าผสม สารเคมี ช่วงเวลาฉีดพ่นไม่เหมาะสม อากาศร้อนเกินไป ไม่ดูทิศทางลมหรือลมแรง ใช้ปากเป่าหัวฉีดพ่นสารเคมีเมื่อมี การอุดตัน ขาดเครื่องป้องกันอันตราย (หน้ากาก ถุงมือ เสื้อผ้าที่มิดชิดสูงเท้ารองเท้า) ดื่มน้ำ รับประทานอาหาร สูบบุหรี่ระหว่างการฉีด หลังการฉีดพ่นไม่ทำความสะอาดร่างกาย และเสื้อผ้าทันที เป็นต้น

2. รูปแบบการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเกษตรกร ในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยห้วยจรเข้ม ตำบลหินดาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา

ขั้น A1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยจากสารเคมีกำจัดวัชพืช วิทยากรได้ให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงจากสารเคมีกำจัดวัชพืช ทำให้เกิดการเจ็บป่วยกับระบบต่าง ๆ ของร่างกายทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง และเสียชีวิตได้ เกษตรกรได้รับรู้ และเชิญผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละกลุ่มเล่าประสบการณ์หรือพฤติกรรมของตนเองในขณะที่มีการใช้สารเคมีกำจัด วัชพืช เกษตรกรร่วมกันอภิปรายถึงพฤติกรรมที่เพื่อนเกษตรกรด้วยกันเล่าให้ฟังว่ามีความเสี่ยงอย่างไร ซึ่งจากการ อภิปราย พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของเกษตรกร ได้แก่ การไม่ตรวจสอบอุปกรณ์ให้พร้อมก่อนใช้ การไม่สวมถุงมือ ผ้าปิดปาก และจุ่มขณะผสมสารเคมี การใช้สารเคมีหลายชนิดร่วมกัน และการสูบบุหรี่ในการปฏิบัติงาน เป็นต้น

การประเมินความรุนแรง โอกาสเสี่ยงของการเจ็บป่วยจากสารเคมีกำจัดวัชพืชและ ผลที่จะได้รับหากมี การปฏิบัติตน เพื่อการป้องกันโรค แต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายถึงผลกระทบของสารเคมีกำจัดวัชพืชต่อร่างกายที่ เกิดขึ้นกับตนเองตามที่มีความผิดปกติ แล้วนำเสนอแต่ละกลุ่ม จากการร่วมกันอภิปรายพบว่าอาการที่เกิดขึ้นกับ เกษตรกร มากที่สุด คือ วิงเวียนศีรษะ ร้อยละ 66.8 รองลงมาคือปวดศีรษะ คอแห้ง เหนื่อยง่าย และแสบตา ร้อยละ 64.4, 52.2, 50.4 และ 46.9 ตามลำดับ

ผลที่จะได้รับหากมีการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรค และนำเสนอ แต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายถึงผลที่จะ ได้รับหากมีการปฏิบัติตนเพื่อการป้องกันโรค แล้วนำเสนอ จากการร่วมกันอภิปรายพบว่า หากเกษตรกรป้องกัน ตนเอง เช่น การเลือกใช้สารเคมีที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ การอ่านฉลากให้เข้าใจก่อนใช้ การตรวจสอบอุปกรณ์ ให้รอบคอบ ใช้อุปกรณ์ป้องกันครบถ้วน ดูแลสภาพอากาศทิศทางลมให้เหมาะสม เป็นต้น จะช่วยลดอันตรายจาก สารเคมีทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ทำให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรงได้

ขั้น A2 การกำหนดอนาคตภาพพึงประสงค์ในการพัฒนา แต่ละกลุ่มวิเคราะห์ ถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้ เกิดความผิดปกติต่าง ๆ แล้วนำเสนอ พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่มาจาก การขาดความรู้ที่ถูกต้อง การขาดอุปกรณ์ ป้องกัน การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องของเกษตรกรเอง เช่น การไม่ตรวจสอบอุปกรณ์ว่าชำรุดหรือไม่ การผสมสาร หลาย ๆ ชนิดพร้อมกัน ในการฉีดพ่นแต่ละครั้ง สูบบุหรี่ในขณะที่ปฏิบัติงาน ผสมสารให้มีความเข้มข้นขึ้น และ การ ไม่สวมอุปกรณ์ป้องกันที่ถูกต้องและครบถ้วน เป็นต้น

จึงได้กำหนดภาพพึงประสงค์ในการพัฒนา (การกำหนดอนาคตและวิสัยทัศน์) คือ รักความปลอดภัย ใส่ใจสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ขั้น I1 และ I2 การคิดกิจกรรมโครงการ ให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามวิสัยทัศน์และการจัดลำดับความสำคัญ ของกิจกรรม แต่ละกลุ่มร่วมกันอภิปรายหาวิธีการที่จะช่วยลดอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชและนำเสนอ จากที่ประชุมเกษตรกรได้นำเสนอแนวทาง ในการป้องกันอันตรายตามลำดับดังนี้

1. เกษตรกรบางคนยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริม ความรู้ให้แก่เกษตรกรด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องพิษภัยความรุนแรงของสารเคมีกำจัด วัชพืชโดยวิทยากร การให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน โดยให้เจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเป็นผู้อ่านข่าวสารก็ได้

2. เกษตรกรควรใช้อุปกรณ์ป้องกันให้ถูกต้องครบถ้วน

3. เกษตรกรควรมีการสวมอุปกรณ์ป้องกัน โดยถ้าไม่มีอุปกรณ์สำเร็จรูปที่มีมาตรฐานก็ให้หาวัสดุในพื้นที่ที่จะสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อป้องกันอันตรายได้บ้าง นอกจากนี้ที่ประชุมยังเสนอให้หน่วยงานของรัฐจัดหาอุปกรณ์ป้องกันที่มีมาตรฐานมาจำหน่ายให้แก่เกษตรกรด้วย

4. เกษตรกรควรมีการสำรวจความชำรุดเสียหายอุปกรณ์ในการฉีดพ่นหากพบว่ามีความชำรุดควรซ่อมแซมให้เป็นปกติก่อนนำไปใช้ เพราะเป็นการเสี่ยงอย่างมากที่จะมีโอกาสได้รับอันตรายจากการใช้อุปกรณ์ที่ชำรุด

ขั้น C1 การจัดทำแผนปฏิบัติ จากการระดมความคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ประเมินความรุนแรงปัญหาสาเหตุ และแนวทางแก้ไข

ขั้น C2 การดำเนินกิจกรรมตามแผน

3. การประเมินผลรูปแบบการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยห้วยจรเข้ม ตำบลหินดาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ในการประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช ผู้วิจัยได้ทำการประเมินตามตัวแปรที่เป็นผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ดังนี้

3.1 ความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกร

ตาราง 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยวัดความรู้ของเกษตรกรเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัด วัชพืชของหมู่บ้านห้วยจรเข้ม (หมู่บ้านทดลอง) กับหมู่บ้านทำซีเหล็ก (หมู่บ้านควบคุม)

หมู่บ้าน	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ห้วยจรเข้ม (หมู่บ้านทดลอง)	60	17.93	2.24	7.47	<.001
หมู่บ้านทำซีเหล็ก (หมู่บ้านควบคุม)	60	14.62	2.61		

จากตาราง 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยวัดความรู้ของเกษตรกรเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชหลังดำเนินกิจกรรมพบว่าหมู่บ้านห้วยจรเข้ม (หมู่บ้านทดลอง) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าหมู่บ้านทำซีเหล็ก (หมู่บ้านควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3.2 ทักษะเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกร

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยวัดทัศนคติของเกษตรกรเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของหมู่บ้านห้วยจรเข้ม (หมู่บ้านทดลอง) กับหมู่บ้านทำซีเหล็ก (หมู่บ้านควบคุม)

หมู่บ้าน	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ห้วยจรเข้ม (หมู่บ้านทดลอง)	60	70.12	6.49	4.254	<.001
หมู่บ้านทำซีเหล็ก (หมู่บ้านควบคุม)	60	64.85	7.05		

จากตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยทัศนคติของเกษตรกรเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชหลังดำเนินกิจกรรมพบว่าหมู่บ้านห้วยจรเข้ม (หมู่บ้านทดลอง) มีคะแนนเฉลี่ยทัศนคติสูงกว่าหมู่บ้านทำซีเหล็ก (หมู่บ้านควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

3.3 การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกร

ตาราง 3 เปรียบเทียบการปฏิบัติตนของเกษตรกรเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของหมู่บ้านห้วยจรเข้ม (หมู่บ้านทดลอง) กับ หมู่บ้านท่าซี้เหล็ก (หมู่บ้านควบคุม)

หมู่บ้าน	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p-value</i>
ห้วยจรเข้ม (หมู่บ้านทดลอง)	60	17.63	1.677	7.853*	<.001
ท่าซี้เหล็ก (หมู่บ้านควบคุม)	60	14.03	3.123		

จากตาราง 3 พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนของเกษตรกรเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชหลังดำเนินกิจกรรมพบว่าหมู่บ้านห้วยจรเข้ม (หมู่บ้านทดลอง) มีคะแนนเฉลี่ย สูงกว่าหมู่บ้านท่าซี้เหล็ก (หมู่บ้านควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงในการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกรในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยห้วยจรเข้ม ตำบลหินลาด อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมาพบการกระทำที่ประมาทหรือขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการใช้ทั้งก่อน ขณะใช้ และหลังจากใช้เสร็จ ซึ่งจะส่งผลเสียต่อสุขภาพทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง

สำหรับรูปแบบการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเกษตรกร ขั้น A1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยจากสารเคมีกำจัดวัชพืช วิทยากรได้ให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงจากสารเคมีกำจัดวัชพืช ทำให้เกิดการเจ็บป่วยกับระบบต่าง ๆ ของร่างกายทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็ง และเสียชีวิตได้

ขั้น A2 การกำหนดอนาคตภาพพึงประสงค์ในการพัฒนา แต่ละกลุ่มวิเคราะห์ ถึงสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดความผิดปกติต่าง ๆ แล้วนำเสนอ พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่มาจาก การขาดความรู้ที่ถูกต้อง การขาดอุปกรณ์ป้องกัน การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องของเกษตรกรจึงได้กำหนดภาพพึงประสงค์ในการพัฒนา (การกำหนดอนาคตและวิสัยทัศน์) คือ รักความปลอดภัย ใส่ใจสุขภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ขั้น I1 และ I2 การคิดกิจกรรมโครงการ ให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามวิสัยทัศน์และการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม เช่น ควรมีการส่งเสริมความรู้ให้แก่เกษตรกรด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การจัดอบรมให้ความรู้ การให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวในหมู่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกษตรกรควรใช้อุปกรณ์ป้องกันให้ถูกต้องครบถ้วน และตรวจสอบอุปกรณ์ในการฉีดพ่นหากพบว่ามีความชำรุดควรซ่อมแซมให้เป็นปกติก่อนนำไปใช้

ขั้น C1 การจัดทำแผนปฏิบัติ จากการระดมความคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ประเมินความรุนแรงปัญหาสาเหตุ และแนวทางแก้ไข

ขั้น C2 การดำเนินกิจกรรมตามแผน การประเมินผลรูปแบบการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชโดยกระบวนการมีส่วนร่วมของเกษตรกร ในการประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช ผู้วิจัยได้ทำการประเมินตามตัวแปรที่เป็นผลลัพธ์ของการดำเนินงาน ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกร

ความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกรหลังดำเนินกิจกรรม เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า สัดส่วนของเกษตรกรหมู่บ้านห้วยจรเข้ม (หมู่บ้านทดลอง) มีความรู้ที่ถูกต้องมากกว่าหมู่บ้านท่าซี้เหล็ก (หมู่บ้าน

ควบคุม) ใน 14 ข้อ และเมื่อทำการทดสอบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของเกษตรกรเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช หลังดำเนินกิจกรรมพบว่าหมู่บ้านห้วยจระเข้ม (หมู่บ้านทดลอง) มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าหมู่บ้านท่าซี้เหล็ก (หมู่บ้านควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับ รัตนา ทรัพย์บำเรอ สุรัตน์ หงษ์สืบสอง และนลิน สิทธิธรรณ (2560) ได้ทำการศึกษา ผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช: กรณีศึกษา ในเกษตรกรปลูกกระเทียม จังหวัดพะเยา การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเพื่อศึกษา 1) ผลกระทบทางสุขภาพกาย จิตและสังคมจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช 2) ความรู้และการปฏิบัติตัวด้านอาชีวอนามัยของเกษตรกร และนพพร บัวทอง (2556) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลบางขวัญ อำเภอมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา มีความรู้เปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

2. ทศนคติเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกร

ทศนคติเกี่ยวกับสารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกรหลังดำเนินกิจกรรม เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า สัดส่วนของเกษตรกรหมู่บ้านห้วยจระเข้ม (หมู่บ้านทดลอง) มีทศนคติที่ถูกต้องมากกว่า หมู่บ้านท่าซี้เหล็ก (หมู่บ้านควบคุม) ใน 11 ข้อ และเมื่อทำการทดสอบคะแนนเฉลี่ยทศนคติของเกษตรกรเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช หลังดำเนินกิจกรรมพบว่า หมู่บ้านห้วยจระเข้ม (หมู่บ้านทดลอง) มีคะแนนเฉลี่ยทศนคติสูงกว่าหมู่บ้านท่าซี้เหล็ก (หมู่บ้านควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการวิจัยของพงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และพิรญา อึ้งอุตรภักดี (2558) ทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดงในตำบลชัยชุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ และเจริญชัย หมิ่นห่อ และ บุญรอด ดอนประเพ็ง (2560) ได้ทำวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบ การลดการสัมผัสสารเคมีปราบศัตรูพืชของกลุ่มเกษตรกร: กรณีศึกษากลุ่มผู้ปลูกยาสูบบ้านนาโย ต.นางาม อ.เรณูนคร จ.นครพนม การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบปฏิบัติการมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) พบว่ากลุ่มทดลองมีทศนคติที่ถูกต้องมากขึ้น

3. การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกร

การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชของเกษตรกรหลังดำเนินกิจกรรม เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าสัดส่วนของเกษตรกรของหมู่บ้านห้วยจระเข้ม (หมู่บ้านทดลอง) มีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องมีมากกว่า หมู่บ้านท่าซี้เหล็ก (หมู่บ้านควบคุม) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนของเกษตรกรเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชหลังดำเนินกิจกรรมของหมู่บ้านห้วยจระเข้ม (หมู่บ้านทดลอง) สูงกว่าหมู่บ้านท่าซี้เหล็ก (หมู่บ้านควบคุม) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับผลการวิจัยของนพพร บัวทอง (2556) ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลบางขวัญ อำเภอมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา สุจิตรา เทพภูเขียว (2556) ได้ทำการวิจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากการปลูกดอกไม้เพื่อร้อยมาลัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินผลกระทบทางสุขภาพ และพัฒนากระบวนการดำเนินงานป้องกันปัญหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากการปลูกดอกไม้เพื่อร้อยมาลัย ใช้กรอบแนวคิดการประเมินผลกระทบทางสุขภาพเป็นเครื่องมือในการประเมินปัญหาผู้ร่วมวิจัย และพงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และพิรญา อึ้งอุตรภักดี (2558) ทำวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดงในตำบลชัยชุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่ากลุ่มทดลองมีการปฏิบัติตนที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษาพบว่าเกษตรกร มีความรู้ ทักษะ ทักษะ การปฏิบัติตัว ที่ดีขึ้น ดังนั้นการแก้ปัญหาต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วม ร่วมคิด ร่วมวิเคราะห์ รับรู้ปัญหา ร่วมกันวางแผน แก้ไขปัญหา และรับผลประโยชน์ร่วมกัน เพื่อเกิดความยั่งยืนในการแก้ปัญหา

2. กระบวนการมีส่วนร่วม AIC ทำให้เกิดความร่วมมือกันด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งสติปัญญา ทรัพยากร เป็นพลังในการจัดการดำเนินการ และประเมินผลอย่างสร้างสรรค์ อย่างไรก็ตามยังมีสมาชิกบางคนไม่กล้าแสดงออก ผู้วิจัยจะต้องช่วยกระตุ้นและนำเสนอข้อมูลตัวอย่างผู้ป่วยกรณีศึกษาให้เห็นภาพที่ชัดเจนถึงสภาพปัญหา การใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช อีกทั้งจะต้องคำนึงถึงช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำกิจกรรมโดยควรหลีกเลี่ยงช่วงเวลาการเพาะปลูกมันสำปะหลังเนื่องจากเกษตรกรจะต้องทำการปลูกให้ทันกับสภาพฝนฟ้าอากาศ จึงจะได้รับความร่วมมือด้วยดี

3. จากผลการศึกษาพบว่าเกษตรกรมีการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชเกือบทุกหลังคาเรือนควรส่งเสริมให้เกษตรกรลด หรือเลิกการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืช เปลี่ยนเป็นทำเกษตรอินทรีย์กันมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยการพัฒนาและประเมินผลรูปแบบการมีส่วนร่วมของเกษตรกรในการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการใช้สารเคมีกำจัดวัชพืชดำเนินการกับเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลัง ควรขยายการทำวิจัยกับเกษตรกรกลุ่มอื่นๆ ด้วย เช่น เกษตรกรที่ปลูกอ้อย ข้าวโพด พืชผักต่าง ๆ เป็นต้น

2. ควรวิจัยสารเคมีตกค้างในพืช เช่น มันสำปะหลัง อ้อย ข้าวโพด พืชผักต่าง ๆ และสารเคมีตกค้างในร่างกายเพื่อแก้ปัญหาให้กับเกษตรกรและผู้บริโภคต่อไป

3. ควรมีการศึกษาวิจัยสารอินทรีย์อื่นที่ปลอดภัยกับชีวิต และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกษตรกรมีทางเลือกในการใช้แทนสารเคมีกำจัดวัชพืช

References

- กรมส่งเสริมสนับสนุนวิชาการ. (2550). *จำนวนและอัตราการตายด้วยโรคมะเร็ง*. กรุงเทพฯ.
- จุฬารัตน์ โสตะ. (ม.ป.ป.). *กลยุทธ์การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ*. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.
- เจริญชัย หมั่นทอ และ บุญรอด ดอนประเพ็ง. (2560). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนารูปแบบการลดการสัมผัสสารเคมีปราบศัตรูพืชของกลุ่มเกษตรกร*. กรณีศึกษากลุ่มผู้ปลูกยาสูบบ้านนายอ ต.นางาม อ.เรณูนคร จ.นครพนม.
- นพพร บัวทอง. (2556). *ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลบางขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดฉะเชิงเทรา*. สำนักวิทยบริการและเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์.
- นุศราพร เกษสมบุรณ์ และคณะ. (2547). *ผลกระทบต่อสุขภาพจากการใช้สารเคมี*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.
- พงษ์ศักดิ์ อ้นมอย และพิรญา อึ้งอุตรภักดี. (2558). *การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการป้องกันผลกระทบทางสุขภาพจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดงในตำบลชัยชุมพล อำเภอลับแล จังหวัดอุตรดิตถ์*.
- รัตนา ทรัพย์บำเรอ และคณะ. (2560). *ผลกระทบทางสุขภาพจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช กรณีศึกษาในเกษตรกรปลูกกระเทียม จังหวัดพะเยา*.
- ศักดิ์ดา ศรีนิเวศน์. (2546). *พิษภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช*. เอกสารประกอบการประชุมเวทีสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. หน้า 3-5. กรุงเทพมหานคร.

สถานีนอนมัยห้วยจรเข้มะ. (2562). ระบบศูนย์กลางข้อมูลสุขภาพ(HCIS). นครราชสีมา.
สำนักงานเกษตรจังหวัดนครราชสีมา. (2560). ครั้วเรือนเกษตรกร. นครราชสีมา
สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2560). สรุปผลการสำรวจภาวะการมีงานทำของประชากร. กรุงเทพฯ.
สำนักโรคบาติวิทยา. (2560). พืชสารกำจัดแมลงศัตรูพืช. นนทบุรี.
สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. ผลการตรวจคัดกรองสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกร
(2560). นนทบุรี.

การศึกษาโรค Byssinosis ในพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า เพื่อการควบคุมป้องกัน A Study for Prevention of Byssinosis in a Garment Factory

ธีรพล รัตนารมย์*
Theerapol Ratanarom*
โรงพยาบาลนครปฐม*
Nakhonpathom Hospital*

(Received: April 16, 2021; Revised: August 16, 2021; Accepted: August 26, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ เพื่อศึกษาความชุกของการเกิดโรค Byssinosis และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุการทำงาน การใช้ผ้าปิดจมูกกับการเกิดโรค Byssinosis ของพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 200 คน ระหว่างเดือนตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2562 ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ โดยใช้แบบสอบถาม ผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจสมรรถภาพปอดจากรายงานผลการตรวจสุขภาพโรงพยาบาลนครปฐม ปี 2562 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา สถิติ Chi-Square และสถิติ Paired Sample t-test ผลการวิจัยพบว่า

1. ความชุกของโรค Byssinosis ร้อยละ 12.00
2. อายุงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค Byssinosis อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ($p = 0.016$) ส่วนการใช้ผ้าปิดจมูก ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค Byssinosis
3. ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสมรรถภาพปอดของพนักงานครั้งที่ 1 ซึ่งพักงานมาแล้ว 4 วัน กับครั้งที่ 2 ซึ่งพักงานมาแล้ว 1 วัน และค่าเฉลี่ยระหว่างสมรรถภาพปอดของพนักงานครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 หลังจากทำงานมาแล้ว 6-8 ชม. พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001$ และ < 0.001 ตามลำดับ)

จากผลการศึกษาควรมีการปรับปรุงใช้เครื่องป้องกันส่วนบุคคล พร้อมทั้งหาแนวทางป้องกัน และหาแบบที่เหมาะสมในการให้บริการสาธารณสุข

คำสำคัญ: โรคบิสสินสี, โรคปอดจากฝุ่นฝ้าย, โรคปอดจากการประกอบอาชีพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: koonthee12@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-8248559)

Abstract

This descriptive research aimed to study the prevalence of Byssinosis and the relationship between years of working experiences and the use of face masks, and incidence of Byssinosis among garment factory workers in Muang district, Nakhonpathom province. Participants were 200 workers selected by stratified sampling. The study was conducted from October 2018 to September 2019. Data were collected by questionnaire, health examination results and pulmonary function examination results taken from the Health Examination Report of Nakhonpathom Hospital in 2019. Data were analyzed by descriptive statistics, chi-square and Paired Sample t-test. The results revealed that:

1. The prevalence of Byssinosis was 12.00%;
2. Years of working experiences had significant occurrence of byssinosis [$p < .05$ ($p = .016$)], but not for the use of face masks;
3. Comparison of means between the first pulmonary function examination of the participants after leaving from their works for four days and the second examination after leaving from their works for one day, and between the first pulmonary function examination and the third examination after finishing their works for 6-8 hours of the participants had significant differences ($p = .001$ and $< .001$, respectively).

It could be suggested that the use of personal protective equipment should be improved alongside finding ways to prevent the disease and finding suitable models for providing public health services.

Keywords: Byssinosis, Cotton dust lung disease, Occupational lung disease

บทนำ

อุตสาหกรรมสิ่งทอและเครื่องนุ่งห่มเป็นอุตสาหกรรมการผลิตขนาดใหญ่ และมีความสำคัญกับการสร้างรายได้จากการส่งออก มีสถานประกอบการในอุตสาหกรรมการผลิตทั่วประเทศจำนวน 131,445 แห่ง มีจำนวนคนทำงาน 783,616 คน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) โครงสร้างการผลิตในอุตสาหกรรมสิ่งทอไทย สามารถจำแนกออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) อุตสาหกรรมต้นน้ำ ได้แก่ การผลิตเส้นใย และอุตสาหกรรมปั่นด้ายมีลักษณะที่เน้นการใช้ทุนและเทคโนโลยี (Capital Intensive) อุตสาหกรรมกลางน้ำ ได้แก่ การทอผ้า ถักผ้า พอก ย้อม พิมพ์ และแต่งสำเร็จ ในการผลิตขั้นนี้สามารถเลือกเทคโนโลยีระดับสูง หรือเน้นการใช้แรงงาน (Capital or Labor Intensive) และอุตสาหกรรมปลายน้ำ เป็นขบวนการผลิตขั้นสุดท้าย ได้แก่ อุตสาหกรรมเครื่องนุ่งห่มและเสื้อผ้าสำเร็จรูป มีสัดส่วนจำนวนโรงงานสูงถึงร้อยละ 58 (มาลินวิศา ศักติยากร, 2556) สำหรับอุตสาหกรรมกลางน้ำและปลายน้ำมีลูกจ้างมีฝีมือในกระบวนการผลิตสูงร้อยละ 77.6 และ 78.1 ของลูกจ้างในกระบวนการผลิตทั้งหมด เนื่องจากกระบวนการผลิตในขั้นนี้มีความยุ่งยากซับซ้อน ไม่สามารถใช้เครื่องจักรในกระบวนการผลิตได้ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555)

จากสถิติแรงงานที่ต้องใช้ฝีมือในการผลิตดังที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าหากผู้ปฏิบัติงานต้องทำงานในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมหรือมีสภาพการทำงานอันเป็นอันตรายต่อสุขภาพอนามัย ซึ่งเป็นสาเหตุประการหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคจากการประกอบอาชีพได้ โรคจากการประกอบอาชีพที่ทำให้เกิดความผิดปกติในระบบทางเดินหายใจที่สำคัญคือโรคปอดจากการประกอบอาชีพ (วัชร แก้วนอกเขา, 2553) ซึ่งโรคปอดจากการประกอบอาชีพ หมายถึงความผิดปกติในการทำงานของปอด และ/หรือการมีพยาธิสภาพที่ปอดอันมีสาเหตุจากการประกอบอาชีพ

โรค Byssinosis เป็นโรคปอดที่เกิดจากฝุ่นสารอินทรีย์ จัดเป็นโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ จากข้อมูลทางระบาดวิทยาของประเทศไทยในโรงงานสิ่งทอพบว่ามีความชุกของโรค Byssinosis ประมาณร้อยละ 10-30 (ทศพร เอกปรีชากุล, คทาวิรุฒ ดิปรักษา, สว่าง แสงหิรัญวัฒนา และ สุนทร ศุภพงษ์, 2559) มักเกิดกับผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอ เป็นโรคที่เกิดการรับสัมผัสฝุ่นฝ้าย ป่าน ปอ ลินินเข้าไปในปอดแล้วเกิดปฏิกิริยาทำให้เกิดอาการอักเสบของปอด การหดเกร็งของหลอดลม และเกิดเป็นหอบหืดในที่สุด จำแนกอาการทางคลินิกของ Byssinosis ออกเป็น 4 ระดับ (กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม, 2557) ได้แก่ Grade 1/2 มีอาการไอแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หรืออาการระคายเคืองของระบบทางเดินหายใจเป็นครั้งคราว ในวันจันทร์หรือวันแรกของการ กลับเข้าทำงาน Grade 1 มีอาการไอแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หรือ หายใจเร็วกว่าปกติ ทุกวันจันทร์ หรือวันแรกของการกลับเข้าทำงาน Grade 2 มีอาการไอแน่นหน้าอก หายใจไม่สะดวก หรือหายใจเร็วกว่าปกติ ทุกวันจันทร์หรือวันแรกที่เข้าทำงาน และวันอื่น ๆ ของสัปดาห์ที่ทำงาน และ Grade 3 มีอาการแบบ Grade 2 ร่วมกับการลดลงของสมรรถภาพการทำงานของปอดอย่างถาวร ผู้ป่วยเหล่านี้จะมีอาการไอ แน่นหน้าอก และหายใจขัดเกิดขึ้น ทั้งนี้จากการจำแนกอาการทางคลินิกของโรค Byssinosis ก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสุขภาพร่างกายของผู้ปฏิบัติงานทำให้เกิดความไม่สุขสบาย สุขภาพอ่อนแอ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ต้องขาดงานหรือลางานบ่อย ทำให้ขาดรายได้ ส่งผลกระทบต่อนายจ้างซึ่งต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาล ค่าทดแทน ค่าสูญเสียสมรรถภาพในการทำงาน ต้องจัดคนมาทำงานแทนลูกจ้างที่เจ็บป่วยและต้องนิเทศงานใหม่ นอกจากนี้แล้วรัฐบาลยังต้องสูญเสียทรัพยากรของบุคคลวัยทำงาน ต้องรับภาระในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ภาระเลี้ยงดูลูกจ้างที่ไม่สามารถดูแลตนเองหรือพิการ และยังต้องจ่ายงบประมาณในการศึกษาวิจัยเพื่อหาทางควบคุมป้องกันโรคปอดจากการประกอบอาชีพ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศชาติ (ภคินี สิริบุษยะ, 2560)

จากรายงานสถานการณ์อุตสาหกรรมสิ่งทอและเครื่องนุ่งห่มสำนักงานสถิติแห่งชาติ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2555) พบว่าจังหวัดนครปฐมเป็นจังหวัดที่เป็นที่ตั้งสถานประกอบการสิ่งทอและเครื่องนุ่งห่มในกลุ่มอุตสาหกรรมปลายน้ำที่มีสถานประกอบการตั้งแต่ 1001 ถึง 5000 แห่ง สำหรับสถานประกอบการที่มีลักษณะเป็นโรงงานอุตสาหกรรมสิ่งทอจังหวัดนครปฐมปี 2560 มีโรงงาน 253 โรงงาน จำนวนแรงงานทั้งสิ้น 20,241 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม, 2559) โดยในปี 2560 พบผู้ที่มีอาการเข้าได้กับโรค Byssinosis จำนวน 37 คน (ผลการตรวจสุขภาพเชิงรุก โรงพยาบาลนครปฐม) คิดเป็นอัตราป่วยเป็น 4.1 ต่อแสนประชากร ถึงแม้ว่าอัตราการป่วยมีน้อย แต่โรคนี้เมื่อเป็นแล้วก่อให้เกิดความสูญเสียต่อสุขภาพร่างกายของลูกจ้างคือ เกิดการอักเสบของปอด การหดเกร็งของหลอดลม และนำไปสู่การเกิดภาวะโรคทางเดินหายใจอุดกั้นแบบเรื้อรัง ส่งผลต่อนายจ้าง และเศรษฐกิจโดยรวม ดังที่กล่าวมา อีกทั้งยังเป็นปัญหาส่งผลกระทบต่อสาธารณสุขที่สำคัญของจังหวัดนครปฐม ในขณะเดียวกันก็เป็นโรคที่สามารถป้องกันมิให้เกิดขึ้นได้

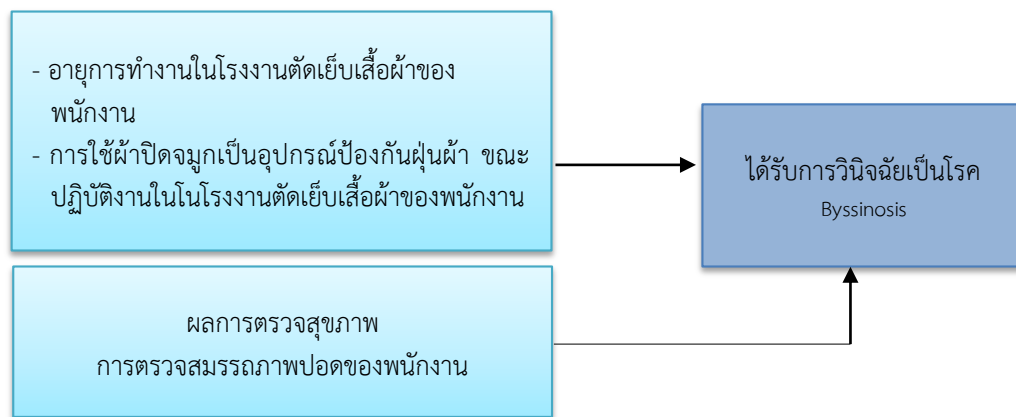
พนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าเป็นอาชีพกลุ่มเสี่ยงที่สัมผัสกับฝุ่นผ้า การสัมผัสฝุ่นจากการตัดผ้าเป็นประจำอาจก่อให้เกิดโรค Byssinosis ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษารูปแบบการใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Byssinosis ของ WHO ตาม WHO Technical Report กับพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าในอำเภอเมืองจังหวัดนครปฐม 1 แห่ง เป็นกรณีศึกษาซึ่งโรงงานแห่งนี้เป็นโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าที่มีขนาดใหญ่ที่สุดในจังหวัดนครปฐมและใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปีกับโรงพยาบาลนครปฐม และพบว่ามีพนักงานที่มีอาการป่วยของโรคระบบทางเดินหายใจที่สอดคล้องกับโรค Byssinosis เพื่อใช้เป็นแนวทางจัดบริการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยให้เกิดประโยชน์แก่พนักงานที่ทำงานในโรงงานสิ่งทอและเครื่องนุ่งห่ม เจ้าของโรงงาน รวมถึงสถานประกอบการอุตสาหกรรมและเครื่องนุ่งห่มที่มีลักษณะที่ไม่ใช่โรงงานและผู้ให้บริการของรัฐที่มีบทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของโรค Byssinosis ที่เกิดขึ้นกับพนักงานในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าในเขต อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุการทำงานที่สัมผัสกับฝุ่นผ้าและการใช้เครื่องป้องกันผ้าปิดจมูกขณะปฏิบัติงานของพนักงานในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม กับ การเกิดโรค Byssinosis
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพปอดหลังจากหยุดพักงานซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค Byssinosis

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้เป็นการศึกษาอายุการทำงานของพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า และการใช้ผ้าปิดจมูกเป็นอุปกรณ์ป้องกันฝุ่นผ้า ขณะปฏิบัติงานในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าของพนักงาน มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค Byssinosis และผลการตรวจสมรรถภาพปอดเพื่อใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2561 ถึง กันยายน 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ พนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ที่ปฏิบัติงาน ณ วันที่ 1 ตุลาคม 2561 จากข้อมูลของฝ่ายบุคคล โรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าจังหวัดนครปฐม มีทั้งหมด 395 คน

กลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้ามี 6 แผนกได้แก่ แผนกบริหาร-ธุรกิจจำนวน 9 คน แผนกนำเข้า-ส่งออก จำนวน 9 คน แผนกตัดผ้าจำนวน 30 คน แผนกเย็บผ้าจำนวน 116 คน แผนกตรวจสอบคุณภาพ จำนวน 11 คน และแผนกกรีด พับ บรรจุ 25 คน รวมทั้งหมด 200 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 195 คน และได้สำรองเพื่อป้องกันความผิดพลาดของแบบสอบถามไว้ 5% เท่ากับ 205 คน และเลือกใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) โดยใช้จำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้

กำหนดสัดส่วนในแต่ละแผนกภายในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า จะได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนครบทุกแผนก ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างได้จำนวน 200 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ แบบสอบถาม ผลการตรวจสุขภาพ และผลการตรวจสมรรถภาพปอด ของกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลนครปฐม โดยแบ่งเป็น 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไปของพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ประยุกต์มาจากแบบสอบถามของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม, 2545) แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ภูมิลำเนาโดยมีลักษณะเป็นคำถามแบบปิดและคำถามแบบเปิด จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านสภาพแวดล้อม ด้านสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง และการใช้หน้ากากอนามัยของพนักงาน โดยมีลักษณะเป็นคำถามแบบปิดและคำถามแบบเปิด จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลการตรวจสุขภาพของพนักงาน จากรายงานผลการตรวจสุขภาพของกลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลนครปฐม ปี 2562 และการวินิจฉัยโรค Byssinosis ของแพทย์อาชีวเวชศาสตร์ โดยใช้แนวทางการวินิจฉัยโรค Byssinosis ของ WHO

ส่วนที่ 4 การตรวจสมรรถภาพปอดด้วยเครื่อง Pony FX Desktop Spirometer เพื่อการวินิจฉัยโรค Byssinosis

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบหาความตรงตามเนื้อหา ความครบถ้วนและความถูกต้องในการใช้ภาษา ซึ่งจะดูความตรงเชิงโครงสร้าง (Construct Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรม 1 ท่าน ด้านอาชีพป้องกันและควบคุมโรค 1 ท่าน และด้านคลินิกอาชีวเวชกรรม 1 ท่าน โดยใช้ดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67-1.00 และผู้วิจัยได้นำเครื่องมือวิจัยมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะผู้ทรงคุณวุฒิ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของสภาพปัญหา จากรายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปีและเลือกโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าขนาดใหญ่ที่สุด มีผลการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานก่อนทำวิจัยครบ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม เป็นแหล่งทำการศึกษ

2. ติดต่อประสานงานขอความร่วมมือจากเจ้าของโรงงาน เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มประชากรที่กำหนดไว้

3. ลงพื้นที่เก็บข้อมูลภาคสนาม

4. การตรวจสุขภาพของพนักงานโดยแพทย์และพยาบาลอาชีวเวชกรรม และการสำรวจประเมินสภาพสถานประกอบการ

5. ตรวจสมรรถภาพปอดดังนี้

ครั้งที่ 1 ตรวจสมรรถภาพปอดของพนักงานทุกคนหลังจากที่ได้หยุดในวันหยุดช่วงสงกรานต์แล้ว 4 วัน ในวันที่ 17 เมษายน 2562

ครั้งที่ 2 ตรวจสมรรถภาพปอดของพนักงานทุกคนในเช้าวันจันทร์ก่อนเข้างานหลังจากหยุดพักในวันอาทิตย์มาแล้ว 1 วัน ในวันที่ 28 เมษายน 2562

ครั้งที่ 3 ตรวจสมรรถภาพปอดของพนักงานทุกคน หลังจากทำงานมาแล้ว 6-8 ชม. ในบ่ายวันจันทร์ ในวันที่ 28 เมษายน 2562 (หลังจากหยุดพักในวันอาทิตย์มาแล้ว 1 วัน)

โดยผลการตรวจใช้ข้อมูลจากระเบียบการตรวจสุขภาพของกลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลนครปฐม ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค Byssinosis ของ WHO การวิเคราะห์ผลการตรวจสมรรถภาพปอด โดยการ

นำค่าปริมาตรสูงสุดของอากาศที่ขับออกโดยการหายใจเร็วและแรงเต็มที่จนสุดจากตำแหน่งที่หายใจเข้าเต็มที่ (FVC: Forced Vital Capacity) ค่าปริมาตรของอากาศที่ถูกขับออกในวินาทีแรกของการหายใจออกอย่างรวดเร็ว และแรงเต็มที่จากตำแหน่งหายใจเข้าเต็มที่ (FEV1: Forced Expiratory Volume in one Second) มาคำนวณตามสูตร $(FEV1/FVC \times 100)$ นั่นคือร้อยละของปริมาตรของอากาศที่เป่าออกมาได้ในวินาทีที่ 1 ต่อปริมาตรของอากาศที่เป่าออกมาได้มากที่สุดอย่างรวดเร็วแรง ค่าปกติคือ มากกว่า 70% (ศูนย์ฝึกและสาธิตบริการอาชีวอนามัย กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2545)

6. รวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า จังหวัดนครปฐม โดยใช้จำนวนและร้อยละ
2. วิเคราะห์ความชุกของโรค Byssinosis ที่เกิดขึ้นกับพนักงานในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม โดยแสดงจำนวนตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากอาการแสดงที่เข้าได้กับการทางคลินิกของโรคและการตรวจสมรรถภาพปอด ด้วยสถิติพรรณนา นำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุการทำงานที่สัมผัสกับฝุ่นผ้า กับการเกิดโรค Byssinosis โดยใช้สถิติ Chi-Square
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์การใช้และไม่ใช้ผ้าปิดจมูกในขณะทำงานของพนักงานในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้ากับการเกิดโรค Byssinosis โดยใช้สถิติ Chi-Square
5. วิเคราะห์ข้อมูลของพนักงานในกลุ่มที่มีอาการทางคลินิกและผลการเปลี่ยนแปลง ของสมรรถภาพปอดเมื่อเปรียบเทียบ ครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 2 เปรียบเทียบครั้งที่ 1 กับครั้งที่ 3 และเปรียบเทียบครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 เพื่อการวินิจฉัยโรค Byssinosis โดยใช้สถิติ Paired Sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของพนักงาน 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดในแบบสอบถาม โดยครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์และประโยชน์ ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถามและผลการตรวจสอบสุขภาพ ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถามและในผลการตรวจสอบสุขภาพ 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของพนักงาน แบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของพนักงาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลของพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม จำนวน 200 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 194 คน คิดเป็นร้อยละ 97.00 อายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 41 ปี ค่าเฉลี่ย (Mean) 27.82 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 4.65 พนักงานส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-25 ปี จำนวน 98 คน คิดเป็นร้อยละ 49.00 รองลงมาคือ 26-30 ปีจำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 29.00 มีสถานภาพโสด จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 59.50 พนักงานส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเป็นคนจังหวัดนครปฐม จำนวน 177 คน คิดเป็นร้อยละ 88.50 มีระดับการศึกษามัธยมศึกษา จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 53.50 และประถมศึกษา จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 39.00

2. ความชุกของโรค Byssinosis ที่เกิดขึ้นกับพนักงานในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม พบว่าความชุกของพนักงานที่เป็นโรค Byssinosis จำนวน 24 คน จากพนักงานทั้งสิ้น 200 คน คิดเป็นร้อยละ 12.00 เป็นเพศหญิง 22 คน คิดเป็นร้อยละ 91.67 ของพนักงานที่เป็นโรค และเป็นเพศชาย 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8.33 มีอายุต่ำสุด 18 ปี อายุสูงสุด 35 ปี ค่าเฉลี่ย (Mean) 26.76 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 5.94 ผู้ป่วยกลุ่มใหญ่อยู่ในช่วงอายุ มากกว่า 21-30 ปี ร้อยละ 70.83 มีสถานภาพสมรสเป็นโสด 18 คน ร้อยละ 75.00 สมรส 5 คน ร้อยละ 20.83 หม้าย 1 คน ร้อยละ 4.17 มีภูมิลำเนาเดิมอยู่จังหวัดนครปฐม 22 คน ร้อยละ 91.67 ไม่มีโรคประจำตัว ระดับการศึกษากลุ่มใหญ่อยู่ในระดับประถมและมัธยมศึกษา 23 คน ร้อยละ 95.83 นอกจากนี้พบว่าพนักงานที่เป็นโรค Byssinosis ทำงานอยู่ในแผนกเย็บผ้า 11 คน ร้อยละ 45.83 แผนกตัดผ้า 9 คน ร้อยละ 37.50 แผนกตรวจสอบคุณภาพ 3 คน ร้อยละ 12.50 และแผนกรีด-พับ-บรรจุ 1 คน ร้อยละ 4.17 พนักงานทั้ง 24 คน ทำงานในโรงงานดังกล่าวแห่งเดียวมาตลอด และมีอายุการทำงานต่ำสุด 3.2 ปี อายุการทำงานสูงสุด 7 ปี ค่าเฉลี่ย (Mean) 4.50 ปี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 1.63 โดยแบ่งเป็นกลุ่มที่มีอายุงานมากกว่า 3-5 ปี อยู่ 20 คน ร้อยละ 83.33 และกลุ่มที่มีอายุงาน มากกว่า 5 ปี อยู่ 4 คน ร้อยละ 16.67 มีชั่วโมงการทำงาน 8 ชั่วโมง/วัน 6 วัน/สัปดาห์ อยู่ 21 คน ร้อยละ 87.50 และ 10 ชั่วโมง/วัน 6 วัน/สัปดาห์ อยู่ 3 คน ร้อยละ 12.50 สำหรับเครื่องป้องกันส่วนบุคคลทางโรงงานมีผ้าปิดจมูกให้ใช้ โดยมีพนักงานที่เป็นโรค Byssinosis ใช้อย่างสม่ำเสมอ 8 คน ร้อยละ 33.33 ที่เหลือ 16 คน ร้อยละ 66.67 ไม่ได้นำมาใช้และผู้ที่ไม่นำมาใช้ก็ไม่ได้ใช้อย่างสม่ำเสมอ ภาวะสุขภาพจิตขณะปฏิบัติงานมีความเครียดปานกลาง 16 คน ร้อยละ 66.67 เครียดมาก 5 คน ร้อยละ 20.83 มีความเครียดน้อย 3 คน ร้อยละ 12.50 ไม่พบพนักงานที่มีความเครียด ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 แสดงข้อมูลประวัติการทำงานพนักงานที่เป็นโรค Byssinosis ของโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า จังหวัดนครปฐม

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 24 คน	ร้อยละ
ลักษณะงานที่ทำในปัจจุบัน		
แผนกตัดผ้า	9	37.50
แผนกเย็บผ้า	11	45.83
แผนกตรวจสอบคุณภาพ	3	12.50
แผนกรีด พับ บรรจุ	1	4.17
ประวัติการทำงานในโรงงานอดีตถึงปัจจุบัน	24	100
ทำงาน 1 แห่ง		
อายุการทำงานในโรงงานสิ่งทอ		
มากกว่า 3-5 ปี	20	83.33
มากกว่า 5-7 ปี	4	16.67
เครื่องป้องกันส่วนบุคคล		
ไม่มีหรือมีแต่ไม่ได้ใช้	16	66.67
มีผ้าปิดจมูกใช้สม่ำเสมอ	8	33.33
ชั่วโมงการทำงาน		
8 ชั่วโมงต่อวันสัปดาห์ละ 6 วัน	21	87.50
10 ชั่วโมงต่อวันสัปดาห์ละ 6 วัน	3	12.50
สุขภาพจิตขณะปฏิบัติงาน		
ไม่เครียด	0	0
เครียดน้อย	3	12.50
ปานกลาง	16	66.67
มาก	5	20.83

3. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุการทำงานที่สัมผัสกับฝุ่นผ้าและการใช้เครื่องป้องกันผ้าปิดจมูกขณะปฏิบัติงานของพนักงานในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม กับการเกิดโรค Byssinosis

ตาราง 2 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุการทำงานที่สัมผัสกับฝุ่นผ้าและการใช้เครื่องป้องกันผ้าปิดจมูกขณะปฏิบัติงานของพนักงานในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม กับการเกิดโรค Byssinosis

อายุงาน	กลุ่ม Byssinosis (24 คน)		กลุ่มปกติ (176 คน)		χ^2	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
1-3 ปี	0	0.00	19	10.80	8.22	0.016*
มากกว่า 3-5 ปี	20	83.33	94	53.41		
มากกว่า 5-7 ปี	4	16.67	63	35.80		
การใช้ผ้าปิดจมูก						
ไม่มีหรือมีแต่ไม่ใช้	16	66.67	110	62.50	0.16	0.823
มีผ้าปิดจมูกใช้สม่ำเสมอ	8	33.33	66	37.50		

หมายเหตุ : * Fisher's Exact Test

จากตาราง 2 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค Byssinosis อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ($p = 0.016$) ส่วนการใช้ผ้าปิดจมูก ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค Byssinosis

4. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสมรรถภาพปอดหลังจากหยุดพักงานซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค Byssinosis

ตาราง 4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างสมรรถภาพปอดของพนักงานทั้งหมดระหว่างครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 2 ครั้งที่ 1 กับ ครั้งที่ 3 และครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3

สมรรถภาพปอด	M	SD	t	df	p-value
สมรรถภาพปอด ครั้งที่ 1	86.61	9.59			
สมรรถภาพปอด ครั้งที่ 2	86.36	10.26	3.23	199	0.001
สมรรถภาพปอด ครั้งที่ 1	86.61	9.59			
สมรรถภาพปอด ครั้งที่ 3	86.33	10.27	3.57	199	<0.001
สมรรถภาพปอด ครั้งที่ 2	86.36	10.26			
สมรรถภาพปอด ครั้งที่ 3	86.33	10.27	1.79	199	0.075

จากตาราง 4 ผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างสมรรถภาพปอดซึ่งใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค Byssinosis ของพนักงานครั้งที่ 1 ซึ่งพักงานมาแล้ว 4 วัน เปรียบเทียบผลสมรรถภาพปอดของพนักงานกลุ่มเดิม(ครั้งที่ 2) ซึ่งพักงานมาแล้ว 1 วันก่อนเข้างาน และผลของสมรรถภาพปอดของพนักงานครั้งที่ 1 ซึ่งพักงานมาแล้ว 4 วันเปรียบเทียบผลสมรรถภาพปอดของพนักงานกลุ่มเดิม (ครั้งที่ 3) หลังจากทำงานมาแล้ว 6-8 ชม.พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สำหรับการเปรียบเทียบสมรรถภาพปอดครั้งที่ 2 กับครั้งที่ 3 พนักงานกลุ่มเดิม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

อภิปรายผล

1. พนักงานในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า มีผู้ที่ป่วยเป็นโรค Byssinosis จำนวน 24 คน คิดเป็นอัตราความชุกของโรค Byssinosis ร้อยละ 12.00 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าความชุกของโรค Byssinosis

ประมาณร้อยละ 10-30 (ทศพร เอกปรีชากุล, คทาวิธ ดีปรีชา, สว่าง แสงหิรัญวัฒนา และ สุนทร ศุภพงษ์, 2559) พบมากในแผนกเย็บผ้าร้อยละ 45.83 (11 คนจาก 24 คน) และแผนกตัดผ้าร้อยละ 37.50 (9 คนจาก 24 คน) ซึ่งทั้ง 2 แผนก มีพนักงานรวมกันร้อยละ 73 ของพนักงานทั้งหมดและมีโอกาสสัมผัสกับฝุ่นผ้ามากกว่าแผนกอื่น ๆ ซึ่งไม่ได้สัมผัสกับฝุ่นผ้าโดยตรงเป็นเวลานาน ๆ

อัตราการความชุกของโรค Byssinosis ถึงแม้ว่าในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีค่าต่ำกว่าการศึกษารายอื่น ๆ ในอดีตที่ผ่านมา (สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม, 2545) แต่ยังพบว่า มีพนักงานป่วยเป็นโรค Byssinosis เนื่องจากโรงงานมีกำลังการผลิตสูง มีปริมาณผ้าและพนักงานเป็นจำนวนมาก พื้นที่ที่จำกัด ทำให้เกิดปริมาณฝุ่นในบริเวณทำงาน และยังขาดป้ายเตือนพนักงานถึงบริเวณซึ่งมีปริมาณฝุ่นสูงรวมถึงระบบระบายอากาศในกระบวนการตัดเย็บเสื้อผ้ายังไม่เพียงพอส่งผลกระทบต่อคุณภาพอากาศ อย่างไรก็ตามการเกิดโรค Byssinosis หรือระดับความรุนแรงอาจแตกต่างกันอาจมีปัจจัยอื่นร่วมด้วย เช่น ปริมาณการสัมผัส ระยะเวลาการสัมผัส รวมถึงปัจจัยด้านสุขภาพ ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีผลต่อระบบทางเดินหายใจที่แตกต่างกัน

2. ผลการศึกษาความสัมพันธ์ของผู้ป่วยเป็นโรค Byssinosis มีความสัมพันธ์กับอายุงานอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่าระยะเวลาการทำงานมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค Byssinosis (ปาริชาติ ฉันทบุรณ์ตระกูล, 2553,) พบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรค Byssinosis จำนวน 24 คน มีอายุงานมากกว่า 3-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 83.33 (20 คนจาก 24 คน) และอายุงานมากกว่า 5-7 ปีคิดเป็นร้อยละ 16.67 (4 คนจาก 24 คน) เนื่องจากพนักงานที่ทำงานในบริเวณที่มีฝุ่นผ้าและไม่มีอุปกรณ์ป้องกันที่ดีพอจะมีปริมาณฝุ่นผ้าสะสมในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งปริมาณดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาในการสัมผัสฝุ่นผ้า ซึ่งปริมาณฝุ่นที่สะสมมากขึ้น จะส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบทางเดินหายใจ และก่อให้เกิดโรสดังกล่าว สำหรับผู้ที่มีอายุงานมากกว่า 5 ปี มีอาการเกี่ยวกับโรคปอดน้อยกว่าผู้ที่มีอายุงานมากกว่า 3-5 ปี จากการสอบถามแผนกบุคคลทราบว่าพนักงานที่มีอาการผิดปกติมักจะลาออกหรือเปลี่ยนงานใหม่

ผลการศึกษาการใช้เครื่องป้องกัน พบว่า การใช้หรือไม่ใช้ผ้าปิดจมูกขณะทำงานทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรค Byssinosis ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การใช้ผ้าปิดจมูกในขณะทำงานทำให้มีความเสี่ยงต่อสภาวะสุขภาพและสมรรถภาพปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ศตกมล ประสงค์วัฒนา, 2560) อาจสะท้อนถึงสภาวะแวดล้อม ระบบระบายอากาศ และ/หรือคุณภาพของวัสดุผ้าที่นำมาตัดเย็บขึ้นเอง ซึ่งการใช้ผ้าปิดจมูกที่ตัดเย็บขึ้นเองไม่ได้มาตรฐานและไม่สามารถกรองฝุ่นผ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพในการป้องกัน การเกิดโรค Byssinosis ดังนั้นพนักงานตัดเย็บเสื้อผ้าในโรงงานที่สัมผัสฝุ่นผ้าควรเลือกใช้หน้ากากที่ได้มาตรฐาน รวมถึงขนาดที่เหมาะสมกระชับกับใบหน้า เพื่อสามารถป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

3. ผลการศึกษาการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างสมรรถภาพปอดของพนักงานครั้งที่ 1 ซึ่งพักงานมาแล้ว 4 วัน กับครั้งที่ 2 ซึ่งพักงานมาแล้ว 1 วัน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างสมรรถภาพปอดของพนักงานครั้งที่ 1 ซึ่งพักงานมาแล้ว 4 วันกับครั้งที่ 3 หลังจากทำงานมาแล้ว 6-8 ชม. โดยห่างจากครั้งแรก 11 วัน พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากโรค Byssinosis อาการจะทุเลาหรือเกือบเป็นปกติเมื่อได้หยุดพักงานในวันหยุดงาน แต่จะกลับมีอาการขึ้นอีกในวันที่กลับเข้าทำงาน ซึ่งเรียกโรคนี้อีกชื่อว่า Monday Fever

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างสมรรถภาพปอดของพนักงานครั้งที่ 2 ซึ่งพักงานมาแล้ว 1 วัน กับครั้งที่ 3 หลังจากทำงานมาแล้ว 6-8 ชม. ไม่แตกต่างกันนั้นคือไม่พบการลดลงของสมรรถภาพปอดในภาพรวม สอดคล้องกับผลการศึกษา (Paudyal, et al, 2015) น่าจะมาจากพนักงานที่สมรรถภาพปอดเป็นปกติค่า FEV1 และ FVC หลังทำงานมาแล้ว 6-8 ชม.มีค่าลดลง (น้อยกว่าร้อยละ 2) เมื่อเทียบกับค่าสมรรถภาพปอดก่อนเข้างาน (ครั้งที่ 2) จึงทำให้ผลการศึกษาในภาพรวมไม่พบการลดลงของสมรรถภาพปอดที่รวมกลุ่มได้รับการวินิจฉัยเป็นโรค Byssinosis

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. สำหรับการป้องกันหลังจากที่วินิจฉัยพบผู้ป่วยโรค Byssinosis ในระยะสั้นควรมีการปรับปรุงใช้เครื่องป้องกันส่วนบุคคลที่มีประสิทธิภาพเช่น Surgical Mask ซึ่งสามารถป้องกันฝุ่นผ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพหรือหน้ากากที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันแทนหน้ากากผ้า และในพนักงานที่มีอาการและอาการแสดงมากควรได้โยกย้ายไปทำงานในแผนกที่มีฝุ่นน้อย ในส่วนที่สามารถสอนทดแทนงานกันได้ เช่น แผนกธุรการ แผนกนำเข้าส่งออก เป็นต้น สำหรับระยะปานกลาง และระยะยาวควรมีการปรับปรุงทางด้านวิศวกรรมเช่น พัฒนาเครื่องกรองฝุ่นที่มีประสิทธิภาพสูง เป็นต้น
2. โรงงานควรมีข้อบังคับสำหรับพนักงานทุกคน หลังจากได้เครื่องป้องกันส่วนบุคคลที่ได้มาตรฐานแล้ว จะต้องนำมาใช้อย่างเคร่งครัด สม่ำเสมอ เนื่องจากเครื่องป้องกันที่ได้มาตรฐานสามารถป้องกันอันตรายจากฝุ่นผ้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ
3. ควรมีการเฝ้าระวังทางด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมซึ่งมีความสำคัญอย่างมากที่จะต้องดำเนินการควบคุมไปพร้อมกับการตรวจสุขภาพ เช่น การตรวจหาปริมาณความหนาแน่นของฝุ่นผ้าในบรรยากาศ การตรวจชนิดและขนาดของฝุ่น เป็นต้น เพื่อสามารถเลือกอุปกรณ์ป้องกันได้อย่างเหมาะสม
4. การทำงานสัมผัสฝุ่น ส่งผลกระทบการลดลงของสมรรถภาพปอด จึงควรจัดให้มีการตรวจสมรรถภาพปอด อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อการเฝ้าระวังโดยเฉพาะคนที่เสี่ยงสัมผัสฝุ่นและข้อบังคับเป็นไปตามกฎหมาย เนื่องจากการตรวจสมรรถภาพปอดจำเป็นต้องใช้เป็นเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค Byssinosis
5. การศึกษาโรค Byssinosis ในพนักงานโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า เพื่อการควบคุมป้องกัน ทำให้ทราบถึงสาเหตุและความเสี่ยงของพนักงานต่อการเกิดโรค ซึ่งสามารถนำมาเป็นแนวทางในการปรับปรุงสภาพแวดล้อมและการใช้อุปกรณ์ ป้องกัน ของพนักงาน ในการลดอุบัติการณ์การเกิดโรค

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. แนวทางในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรขยายพื้นที่ศึกษาในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้าขนาดกลางและขนาดเล็ก นอกจากจะทำให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มากขึ้นแล้วยังสามารถศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการทำงานหรือปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อการเกิดโรค Byssinosis ตลอดจนหาแนวทางที่เหมาะสมกับขนาดโรงงานในการควบคุมและป้องกันโรคต่อไป
2. ควรขยายขอบเขตการศึกษาปัจจัยอันตรายที่ส่งผลต่อสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพ ได้แก่ ปัจจัยด้านกายภาพ (เช่น เสียง ความเพียงพอของแสงสว่าง) ปัจจัยด้านชีวภาพ (เช่น การปนเปื้อนของแบคทีเรีย เชื้อรา และสารประกอบเคมีพวกโพลีเปปไทด์) ปัจจัยด้านการยศาสตร์ (ความเหมาะสมของบุคคลต่อภาระงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม (เช่น ความเครียด อารมณ์) และปัจจัยทางด้านเคมี (สารหรือสีในการตกแต่งผ้า) เพื่อหาแนวปฏิบัติการป้องกันอันตรายให้ครอบคลุม
3. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดระหว่างการทำงานของพนักงาน เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิตของพนักงานตามสาเหตุต่อไป

References

- กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. (2557). โรคบิลลิโนสิส [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์], สืบค้นเมื่อ 3 กันยายน 2561, จาก <http://envocc.ddc.moph.go.th/contents/view/80>
- ทศพร เอกปรีชากุล, คทาจุฑา ดีปรีชา, สว่าง แสงหิรัญวัฒนา และสุนทร ศุภพงษ์. (2559). การเปลี่ยนแปลงของสมรรถภาพปอดหลังจากทำงานในรอบวันในคนทำงานโรงงานผลิตเครื่องแต่งกายทหารแห่งหนึ่ง. *เวชสารแพทย์ทหารบก*, 69(1), 3-10.

- ปาริชาติ ธัญบุรณ์ตระกูล. (2553). พฤติกรรมการป้องกันอันตรายจากฝุ่นฝ้าย ของพนักงานโรงงานอุตสาหกรรม ตัดเย็บเสื้อผ้าสำเร็จรูป บริษัทไทยการ์เมนต์เอ็กซ์พอร์ต จำกัด (วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจ มหาบัณฑิต สาขาวิชาการประกอบการ). นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- ภักนี สิริบุษยะ. (2560). สถานการณ์โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. วารสารสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. การประชุมเชิงปฏิบัติการหลักสูตรการบริหารระดับสูงด้านสุขภาพ อาชีวอนามัยความปลอดภัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม รุ่นที่ 1 ปี 2560 ระยะที่ 1 (Module 1) (หน้า 201-206). กรุงเทพฯ: ณ โรงแรมเอเชีย ราชเทวี.
- มาลินวิศา ศักติยากร. (2556). การสร้างความสามารถในเชิงการแข่งขันทางการค้าของอุตสาหกรรมสิ่งทอไทย. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์], สืบค้นเมื่อ 3 กันยายน 2561, จาก https://www.ditp.go.th/contents_attach/78334/78334.pdf
- วัชร แก้วนอกเขา. (2553). โรคปอดจากการประกอบอาชีพ [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. สืบค้นเมื่อ 28 สิงหาคม 2561, จาก <https://www.consumerthai.org/consumers-news/product-and-other/2364-2010-12-20-07-32-34.html>
- ศตกมล ประสงค์วัฒนา. (2553). อาการระบบทางเดินหายใจและสมรรถภาพปอดของผู้รับงานผ้ามาทำที่บ้าน : กรณีศึกษาชุมชนตำบลบ้านสร้าง อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย, 7(1).
- ศูนย์ฝึกและสาธิตบริการอาชีวอนามัย กองอาชีวอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2545). คู่มือการใช้เครื่องมือทางด้านอาชีวเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: พี.เอ.ลีฟวิ่ง.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). สถานการณ์อุตสาหกรรมสิ่งทอและเครื่องนุ่งห่ม สำนะโนธุรกิจและอุตสาหกรรม พ.ศ. 2555 : อุตสาหกรรมการผลิต ทั่วราชอาณาจักร. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์], สืบค้นเมื่อ 5 กันยายน 2561, จาก http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/%E0%B8%98%E0%B8%B8%E0%B8%A3%E0%B8%81%E0%B8%B4%E0%B8%88%E0%B9%81%E0%B8%A5%E0%B8%B0%E0%B8%AD%E0%B8%B8%E0%B8%95%E0%B8%AA%E0%B8%B2%E0%B8%AB%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%A1/2012_textiles.pdf
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม. (2559). แผนพัฒนาจังหวัดนครปฐม 4 ปี (พ.ศ. 2561 - 2564) ฉบับ ทบทวน. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์], สืบค้นเมื่อ 3 กันยายน 2561, จาก http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:DJexO2hfa68J:www.nakhonpathom.go.th/files/com_news_develop_plan/2019-02_bfb773d7eb2ca16.docx+&cd=4&hl=th&ct=clnk&gl=th
- สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม. (2545). คู่มือการเฝ้าระวังโรคปัสสาวะสีนวล นนทบุรี สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์]. สืบค้นเมื่อ 4 กันยายน 2561, จาก http://www.envoc.org/downloads/forum_occold/HandBook/ByssinosisHandbook.pdf
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Paudyal, P., Semple, S., Gairhe, S., Steiner, M. F., Niven, R. & Ayres, J. G. (2015). Respiratory Symptoms and Cross-Shift Lung Function in Relation to Cotton Dust and Endotoxin Exposure in Textile Workers in Nepal: a Cross-Sectional Study. *Occupational and Environmental Medicine*, 72, 870-876. doi: 10.1136/oemed-2014-102718.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงจังหวัดลำปาง
Factors related to pulmonary tuberculosis in risk group of population
Lampang province

สิปปภาส เพ็งพะยอม*
Sippapas Phengphayom*
โรงพยาบาลแจ้ห่ม จังหวัดลำปาง*
Jae-Hom Hospital, Lamphang Province*

(Received: June 28, 2021; Revised: August 23, 2021; Accepted: August 26, 2021)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงปริมาณนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอดกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงเขตจังหวัดลำปางช่วงปีงบประมาณ 2559 - 2561 กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยวัณโรคปอดที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตจังหวัดลำปาง จำนวน 1,726 ราย เครื่องมือที่ใช้คือบันทึกข้อมูลจากฐานเวชระเบียนโรงพยาบาล ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง .67-1.00 วิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดย ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Chi-square ผลการวิจัยพบว่า

วัณโรคปอดกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงเขตจังหวัดลำปางช่วงปีงบประมาณ 2559-2561 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.70 อายุเฉลี่ย 57 ปี ส่วนใหญ่อายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.80 น้ำหนักตัวเฉลี่ย 49 กิโลกรัม มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 18.89 มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ ได้แก่ โรคเบาหวาน ร้อยละ 12.50 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 7.10 และการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 6.70 ประเภทผู้ป่วยรายใหม่ ร้อยละ 94.70 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.90 ประชาชนไทย ร้อยละ 94.80 เป็นประชากรที่มีโรคประจำตัวเสี่ยงต่อวัณโรค ร้อยละ 45.80 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยเป็นวัณโรคปอด คือ ดัชนีมวลกาย (BMI) และสถานภาพเป็นผู้ต้องขังในเรือนจำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ .001 ตามลำดับ

ดังนั้นสถานพยาบาล บุคลากรทางการแพทย์และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ควรให้ความสำคัญกับประชากรหรือผู้ป่วยที่มีน้ำหนักตัวลดลง ค่าดัชนีมวลกายต่ำลงหรือต่ำกว่าเกณฑ์ ร่วมกับการแสดงของวัณโรคปอด เช่น ไอเรื้อรังเกิน 2 สัปดาห์ เสมหะมีเลือดปน เจ็บอก มีไข้ต่ำ ๆ ช่วงเย็นจนถึงกลางคืน ให้รีบเข้ารับการรักษาอย่างรวดเร็วเพื่อจะได้ลดความรุนแรงของตัวโรค และลดอัตราการเสียชีวิต

คำสำคัญ: วัณโรคปอด, ปัจจัยเสี่ยงวัณโรค, ดัชนีมวลกายต่ำ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jook_sippapas@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 088-2604389)

Abstract

This quantitative research aimed to investigate the factors related to pulmonary tuberculosis in risk group of population in Lampang province from budget year 2016 – 2018. Participants were 1,726 cases of pulmonary tuberculosis patients registered with public hospitals under the Ministry of Public Health in Lampang province. Data were collected by medical records from the hospital database which was approved by Index of Item-Objective Congruence (IOC) with 0.67-1.00. Data were analyzed by descriptive statistics in terms of frequency, percentage, mean, standard deviation and Chi - square. The results found that:

Most of the participants were males (73.70%), over 55 years old (55.80%), having the average age of 57 years, and having the average body weight of 49 kg and the average BMI of 18.89. They had their underlying diseases of diabetes mellitus (12.50%), hypertension (7.10%) and HIV infection (6.70%). They were new patient type of pulmonary tuberculosis (94.70%) and Thai people (94.80%), and also worked as the employees (30.90%). They also had their underlying disease risks to pulmonary tuberculosis (45.80%). There were factors significantly related to pulmonary tuberculosis including Body Mass Index (BMI) and prisoner status with p-value at 0.05 and 0.001 respectively.

It could be suggested that medical personnel and related organizations should concern about the people at risk or patients who have decreasing their body weight and BMI with signs and symptoms of pulmonary tuberculosis such as having chronic cough for more than 2 weeks, blood in sputum, chest pain and low fever in the evening until midnight. These people should be treated as urgent for relieving their symptoms from severity and death rate of pulmonary tuberculosis.

Keyword: Pulmonary Tuberculosis, Tuberculosis Risk Factor, Low BMI

บทนำ

วัณโรค (Tuberculosis หรือ TB) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากแบคทีเรีย Mycobacterium Tuberculosis วัณโรคเกิดได้ในทุกอวัยวะของร่างกาย ส่วนใหญ่มักเกิดที่ปอด (ร้อยละ 80) อาจพบได้ในอวัยวะอื่น ๆ ได้แก่ เยื่อหุ้มปอด ต่อมไทรอยด์ กระดูกสันหลัง ข้อต่อ ช่องท้อง ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบสืบพันธุ์ ระบบประสาท จากรายงานวัณโรคของโลกปี พ.ศ. 2560 (Global Tuberculosis Report, 2017) โดยองค์การอนามัยโลก คาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกสูงถึง 10.4 ล้านคน (140 ต่อแสนประชากร) มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 1.7 ล้านคน โดยจำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี 1.03 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด เสียชีวิตปีละ 0.4 ล้านคน สำหรับจำนวนผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา RR/MDR-TB คาดว่าจะมี 6 แสนคน โดยพบได้ ร้อยละ 4.1 ของผู้ป่วยใหม่ และร้อยละ 19 ของผู้ป่วยที่เคยรักษามาก่อน ในจำนวนนี้เป็น MDR-TB 4.9 แสนคน (Division of Tuberculosis, 2018)

สถานการณ์ของประเทศไทยถือว่า วัณโรคเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ซึ่งองค์การอนามัยโลก จัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศของโลกที่มีภาระด้านวัณโรคสูง วัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และวัณโรคดื้อยาหลายขนานสูง จากการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก ปี 2559 ประเทศไทยมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำ 119,000 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 10,000 ราย และผู้ป่วยวัณโรคดื้อยา RR/MDR-TB 4,700 ราย สำนักวัณโรครายงานผลการดำเนินงานวัณโรคของประเทศไทย ปี 2559 พบว่า มีผู้ป่วยขึ้นทะเบียนรักษาวัณโรค (ผู้ป่วยรายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) 70,114 ราย ผู้ป่วยวัณโรคที่

สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 6,794 ราย วัณโรคดื้อยาหลายขนาน 955 ราย และวัณโรคดื้อยาหลายขนานชนิดรุนแรงมาก 13 ราย โดยมีผลสำเร็จการรักษาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำร้อยละ 82.9 (สำนักวัณโรค, 2560)

จากรายงานสถานการณ์วัณโรคและผลการดำเนินงานตามแผนวัณโรคปี 2559-2560 ของเขตสุขภาพที่ 1 เชียงใหม่ มีผลสำเร็จของการรักษาวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำเท่ากับร้อยละ 75.84, 79.49 และ 73.49 ตามลำดับ อัตราตายร้อยละ 13.52, 14.00 และ 13.86 ตามลำดับ เมื่อจำแนกผลการรักษาปี 2560 ตามรายจังหวัด พบว่า จังหวัดที่มีผลสำเร็จของการรักษาสูงสุดคือจังหวัดลำพูน ร้อยละ 81.78 รองลงมาคือจังหวัดแม่ฮ่องสอน ร้อยละ 81.25 และจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 76.59 ตามลำดับ โดยจังหวัดที่มีอัตราตายสูงสุดคือจังหวัดพะเยา ร้อยละ 23.43 รองลงมาคือจังหวัดลำปาง ร้อยละ 17.47 และจังหวัดแพร่ ร้อยละ 14.81 ตามลำดับ (Regional Health 1 Office, 2018)

จากรายงานดังกล่าว จังหวัดลำปางพบอัตราตายของผู้ป่วยวัณโรคเป็นอันดับที่ 2 ในพื้นที่ 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ทั้งนี้สถานการณ์ขนาดและความรุนแรงของปัญหา กลุ่มเสี่ยงเป้าหมาย ช่องว่างและปัญหาอุปสรรคที่ส่งผลต่อการเสียชีวิต ขาดยา และการติดตามการรักษาผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่รับผิดชอบ พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ขาดผู้ดูแล ไม่มีรายได้ โอกาสเข้าถึงการบริการล่าช้า ทำให้วินิจฉัยโรคและรักษาล่าช้า มีอาการรุนแรงก่อนเข้ารับการรักษา นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุการรับรู้ในการรับประทายยาอาจเกิดความผิดพลาด เช่น รับประทายยาไม่ครบ ไม่ถูกต้องตามขนาด เป็นสาเหตุทำให้เกิดการขาดยา หรือได้รับยาไม่ครบถ้วน ทำให้ผลการรักษาไม่สำเร็จหรือเสียชีวิตระหว่างการรักษาได้ (Regional Health 1 Office, 2018)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ค้นคว้าข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีการศึกษาของ Khuancharee, Suggaravetsis, & Trinnawoottipong, (2016) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยวัณโรคปอดเสมหะพบเชื้อในผู้ป่วยเบาหวานของประเทศไทย: การวิเคราะห์เมตา ควรตรวจคัดกรองหาผู้ป่วยวัณโรคในผู้ป่วยเบาหวานที่มีความเสี่ยงสูงโดยเฉพาะผู้ที่มีผู้ป่วยวัณโรคร่วมบ้าน เคยสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค มีระดับ HbA1c $\geq 7.0\%$ และการศึกษาของ Mungkhetklang, & Sopajit, (2017) ประสิทธิภาพของแบบคัดกรองวัณโรคในผู้สูงอายุโรงพยาบาลบ้านไผ่ อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น พบว่า แบบคัดกรองวัณโรคมีความถูกต้องในการจำแนกผู้ป่วยวัณโรคได้ร้อยละ 95.84 (Area Under ROC Curve : AUC=0.9584) อาการสงสัยวัณโรคในแบบคัดกรองที่มีความไว ความจำเพาะ การทำนายผลบวก การทำนายผลลบ และความถูกต้องในการจำแนกผู้ป่วยสูงสุดคือน้ำหนักลดผิดปกติ ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องคือ ค่าดัชนีมวลกาย เคยอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยวัณโรค และเคยป่วยเป็นวัณโรค รวมทั้งการศึกษาของ Suapumee, (2013) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของประชาชน ตำบลสวนกล้วย อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันวัณโรคปอดอยู่ในระดับสูง มีพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดอยู่ในระดับดีมาก ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคปอดของประชาชน นอกจากการคัดกรองผู้ป่วยวัณโรคจากกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ แล้วยังมีกระบวนการทางการรักษาที่เกี่ยวข้องในการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคอีก จากการศึกษาของ Captain, (2019) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าด้านระบบบริการในการวินิจฉัยวัณโรคปอด โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอด คือ ผลการวินิจฉัยโรคครั้งแรกไม่เกี่ยวข้องกับวัณโรคปอด (Adjusted OR 11.254, 95% CI: 4.67–35.90) และปัจจัยที่ลดความล่าช้าในการวินิจฉัยวัณโรคปอดคือ ผู้ที่นัดติดตามผลการรักษาที่คลินิกวัณโรค (Adjusted OR 0.212, 95% CI: 0.18-0.52) ข้อเสนอแนะจากการศึกษาเห็นว่า เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการครั้งแรกควรเพิ่มคุณภาพการเก็บเสมหะเพื่อเพิ่มความไวในการตรวจพบเชื้อวัณโรคจากห้องปฏิบัติการ และปัจจัยส่วนบุคคลก็มีส่วนต่อการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคจากการศึกษาของ Kittichantharophat, (2019) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ จังหวัดลำปาง ระหว่างปี 2555-2559 พบว่า ผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ 15.9 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเสียชีวิตอย่างมี

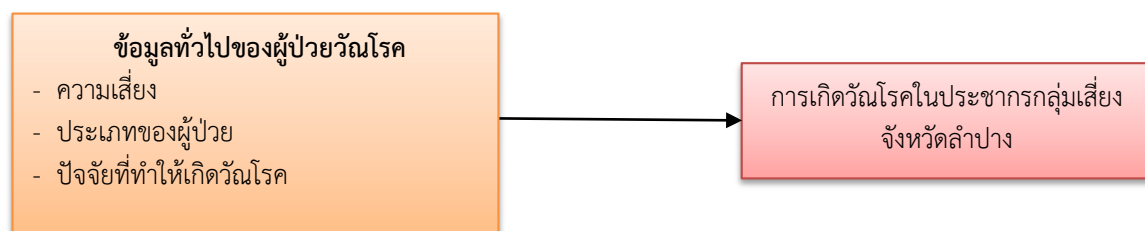
นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ผู้ป่วยวัณโรคที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ($AOR = 3.02$, 95% CI: 2.33-3.90), การติดเชื้อเอชไอวี ($AOR = 1.19$, 95% CI: 1.15-1.24), โรคถุงลมโป่งพอง ($AOR = 2.61$, 95% CI: 1.42-4.81), โรคไต ($AOR = 2.95$, 95% CI: 1.54-5.66) และโรคมะเร็ง ($AOR = 4.01$, 95% CI: 1.39-11.55)

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงจังหวัดลำปาง ช่วงปีงบประมาณ 2559 – 2561

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากแนวทางการควบคุมวัณโรคของประเทศไทย กำหนดนิยามผู้ป่วยวัณโรคปอด (Pulmonary Tuberculosis: PTB) คือ ผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพของวัณโรคในเนื้อปอด หรือที่แขนงหลอดลม (Endobronchial) โดยเมื่อผลตรวจเสมหะเป็นบวกหรือลบก็ได้ โดยผู้สัมผัสวัณโรค (contacts of TB case) หมายถึง บุคคลที่สัมผัสกับผู้ป่วยที่แพร่เชื้อ (Index Case) สัมผัสวัณโรคจากการอยู่ร่วมกัน ทำงานด้วยกัน แบ่งเป็น 1) ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน (Household Contact) ซึ่งเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันกับผู้ป่วย ไม่นับรวมญาติพี่น้องที่อาศัยอยู่คนละบ้านแต่ไปมาหาสู่เป็นครั้งคราว และนับระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยก็วันก็ได้ในช่วงระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา 2) ผู้สัมผัสใกล้ชิด (Close Contact) หมายถึง บุคคลที่ไม่ใช่ผู้อยู่อาศัยร่วมบ้านแต่อยู่ร่วมกันในพื้นที่เฉพาะ อาทิเช่น ทำงานที่เดียวกันในช่วงเวลานาน โดยใช้เกณฑ์ระยะเวลาเฉลี่ยวันละ 8 ชั่วโมง หรือ 120 ชั่วโมงใน 1 เดือน และนับระยะเวลาที่อยู่ร่วมกับผู้ป่วยก็วันก็ได้ในช่วงระหว่าง 3 เดือนที่ผ่านมา ผู้ป่วยใหม่ (New; N) หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่เคยรักษาวัณโรคมาก่อน หรือรักษาน้อยกว่า 1 เดือน ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ (Relapse; R) หมายถึง ผู้ป่วยที่เคยรักษาและได้รับการประเมินผลว่ารักษาหายหรือรักษาครบ แต่กลับมาป่วยเป็นวัณโรคซ้ำ ประชากรหลักที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค (Key Populations for TB) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือภาวะเสี่ยงต่อวัณโรค ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ผู้ป่วยเบาหวาน (DM) ผู้ป่วยได้รับยากดภูมิคุ้มกัน เช่น Malignancy, Organ transplant, SLE เป็นต้น ผู้ป่วยโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการ ผู้ติดยาเสพติดและความผิดปกติจากติดสุรา (Alcohol-Use Disorder) ผู้ป่วยที่เคยเป็นวัณโรค ประชากรเสี่ยงต่อวัณโรค ผู้สัมผัสวัณโรค (TB Contacts) ผู้สูงอายุ ผู้ต้องขัง (Prisoners) บุคลากรสาธารณสุข (HCW) แรงงานข้ามชาติ (Division of Tuberculosis, 2018) โดยผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลของผู้ป่วยวัณโรคปอดช่วงเวลาดังกล่าวหาความสัมพันธ์กับประชากรที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research Method) และทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้ข้อมูลฐานเวชระเบียน จากโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตจังหวัดลำปางช่วงปีงบประมาณ 2559-2561

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยโรคปอดทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตจังหวัดลำปาง ช่วงปีงบประมาณ 2559-2561 จำนวน 1,726 ราย กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือประชากรทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากฐานเวชระเบียนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตจังหวัดลำปาง ช่วงปีงบประมาณ 2559-2561 ข้อมูลประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) น้ำหนักตัว 4) ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) 5) โรคประจำตัว ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจเรื้อรัง โรคตับ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคที่ได้รับการวินิจฉัยร่วมกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยติดยาเสพติด/ติดยาสูบ โรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง 6) ประเภทของผู้ป่วย 7) อาชีพ 8) สถานภาพ 9) ประเภทของประชากรที่มีความเสี่ยง 10) สิทธิในการรักษา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบบันทึกจากฐานเวชระเบียนโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตจังหวัดลำปาง ที่สร้างขึ้น ไปเสนอขอคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษา แก่ไขปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจสอบ 1) ความสอดคล้องระหว่างสาระข้อความ (Item Content) 2) ความสอดคล้องระหว่างสาระคำถามกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการ และ 3) ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ นำผลการพิจารณาความสอดคล้องมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence : IOC) โดยค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่าง .67-1.00 จากนั้นนำไปทดลองเก็บจากเวชระเบียน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเข้าใจตรงกันในการบันทึก

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปางเพื่อขออนุญาตใช้ข้อมูลจากเวชระเบียน จากนั้นจึงทำการเก็บบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดทั้งหมดที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเขตจังหวัดลำปาง ช่วงปีงบประมาณ 2559-2561 จำนวน 1,726 ราย โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์และรหัสการเข้าถึงข้อมูลจากผู้รับผิดชอบ และสำรองข้อมูลเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัยเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)
2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงจังหวัดลำปางโดยใช้สถิติ Chi-Square

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง หมายเลขอนุมัติ E2562/014 วันที่รับรอง 1 กรกฎาคม 2562 วันที่สิ้นสุดโครงการวิจัย 31 กรกฎาคม 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยโรคปอดเขตจังหวัดลำปางช่วงปีงบประมาณ 2559-2561 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 73.70 มีอายุเฉลี่ย 57 ปี โดยมีอายุน้อยที่สุด 3 ปี และสูงสุด 98 ปี มีอายุมากกว่า 55 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.91 มีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 49 กิโลกรัม โดยน้ำหนักตัวต่ำสุด 18 กิโลกรัม และสูงสุด 97 กิโลกรัม น้ำหนักตัวส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 30-50 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 60.54 มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ย 18.89 โดยมีค่า BMI ต่ำสุด 10.02 และสูงสุด

33.80 โรคประจำตัวที่พบร่วมกับผู้ป่วยวัณโรค ดังนี้ โรคเบาหวาน ร้อยละ 12.51 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 7.07 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 6.66 โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง ร้อยละ 4.06 โรคตับ ร้อยละ 3.65 ผู้ติดเชื้อราเรื้อรัง ร้อยละ 3.07 โรคไตเรื้อรัง ร้อยละ 2.26 โรคมะเร็ง ร้อยละ 1.62 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 1.85 และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 0.98 เป็นประเภผู้ป่วยใหม่ ร้อยละ 94.67 และผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 5.33 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 30.88 รองลงมา คือ เกษตรกร ร้อยละ 28.10 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 26.65 พ่อบ้าน/แม่บ้าน ร้อยละ 5.04 ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 2.95 อื่นๆ ร้อยละ 2.55 ค้าขาย ร้อยละ 2.20 และนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 1.62 ตามลำดับ สิทธิในการรักษา คือ บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 45.54 รองลงผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ ร้อยละ 25.72 ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 8.00 ผู้ประกันตนตาม พ.ร.บ. ประกันสังคม ร้อยละ 7.47 สิทธิว่าง/ไม่ทราบสิทธิ ร้อยละ 5.10 ผู้พิการ ร้อยละ 2.72 กรมราชทัณฑ์ ร้อยละ 2.26 อสม. ร้อยละ 1.27 ต่างด้าว ร้อยละ 1.10 ผู้มีรายได้น้อย ร้อยละ 0.46 ผู้นำทางศาสนา ร้อยละ 0.23 และเด็กอายุ 0-12 ปี ร้อยละ 0.16 ตามลำดับ สถานภาพทางสังคมเป็นคนไทย ร้อยละ 94.79 ผู้ต้องขังในเรือนจำ 3.94 และคนต่างด้าว ร้อยละ 1.27

สำหรับประเภทของประชากรกลุ่มเสี่ยง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยมีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค ร้อยละ 45.83 รองลงมาเป็นผู้สัมผัสวัณโรคดื้อยา ร้อยละ 28.39 และ ผู้สัมผัสวัณโรค ร้อยละ 25.78 ตามลำดับ ดังตาราง 1

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละของผู้ป่วยวัณโรคปอดในเขตจังหวัดลำปางช่วงปีงบประมาณ 2559–2561 จำแนกตามประเภทของกลุ่มเสี่ยง n = 1,726

ประเภทของกลุ่มเสี่ยง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้มีโรคประจำตัวที่มีความเสี่ยงต่อวัณโรค	791	45.83
ผู้สัมผัสวัณโรค	445	25.78
ผู้สัมผัสวัณโรคดื้อยา	490	28.39

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงจังหวัดลำปาง

ตาราง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคในประชากรกลุ่มเสี่ยงจังหวัดลำปาง

ปัจจัย	ผู้มีโรค ประจำตัวที่มี ความเสี่ยงต่อ วัณโรค	ผู้สัมผัส วัณโรค	ผู้สัมผัส วัณโรคดื้อยา	χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
เพศ					
ชาย	906(71.23)	344(27.04)	22(1.73)	80.156	.072 df=2
หญิง	323(71.15)	115(25.33)	16(3.52)		
อายุ					
ต่ำกว่า 25 ปี	74(77.08)	16(16.67)	6(6.25)	3.475	.058 df=8
25 – 35 ปี	101(69.18)	38(26.03)	7(4.79)		
36 – 45 ปี	123(62.44)	70(35.53)	4(2.03)		
46 – 55 ปี	204(63.35)	109(33.85)	9(2.80)		
มากกว่า 55 ปี	727(75.34)	226(23.42)	12(1.24)		

ตาราง 2 (ต่อ)

ปัจจัย	ผู้มีโรค ประจำตัวที่มี ความเสี่ยงต่อ วัณโรค	ผู้สัมผัส วัณโรค	ผู้สัมผัส วัณโรคที่อยู่	χ^2	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)		
น้ำหนัก					
ต่ำกว่า 30 kg.	36(80.00)	9(20.00)	(0)0.00	Fisher's=	.495
30 – 50 kg.	751(60.32)	267(21.45)	227(18.23)	7.395	df=8
51 – 70 kg.	408(68.92)	174(29.39)	10(1.69)		
71 – 90 kg.	33(76.74)	9(20.93)	1(2.33)		
มากกว่า 90 kg.	1(100.00)	(0)0.00	(0)0.00		
BMI					
ต่ำกว่า 18.50	618(41.75)	848(57.30)	14(0.95)	Fisher's=	.049*
18.51-22.90	488(71.03)	179(26.06)	20(2.91)	47.395	df=8
22.91-24.90	82(66.67)	39(31.71)	2(1.62)		
24.91-29.90	53(67.09)	24(30.38)	2(2.53)		
มากกว่า 29.91	8(88.89)	1(11.11)	(0)0.00		
ประเภทของผู้ป่วย					
ผู้ป่วยใหม่	1,159(70.93)	438(26.81)	37(2.26)	1.392	.498
ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำ	70(76.08)	21(22.83)	1(1.09)		df=2
สถานภาพ					
คนไทย	1,143(71.17)	455(28.33)	8(0.50)	Fisher's=	<.001*
ผู้ต้องขังในเรือนจำ	22(100.00)	(0)0.00	(0)0.00	27.810	df=4
ต่างด้าว	64(92.75)	4(7.25)	(0)0.00		
อาชีพ					
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	344(74.78)	111(24.13)	5(1.09)	χ^2 Fishe's	.112
เกษตรกร	347(71.55)	130(26.80)	8(1.65)	= 20.609	df=14
รับจ้าง	364(68.29)	150(28.14)	19(3.57)		
ค้าขาย	25(65.79)	13(34.21)	(0)0.00		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	36(70.59)	13(25.49)	2(3.92)		
นักเรียน/นักศึกษา	17(60.71)	9(32.14)	2(7.15)		
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	60(68.97)	26(29.89)	1(1.14)		
อื่น ๆ	36(81.82)	7(15.91)	1(2.27)		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอด คือ BMI ($\chi^2=47.395$, $p=0.049$) และ สถานภาพของผู้ป่วย ($\chi^2=27.810$, $p<0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ .001 ตามลำดับ ส่วน เพศ อายุ น้ำหนัก ประเภทของผู้ป่วย และ อาชีพ ไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดวัณโรคปอด

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่างการป่วยด้วยโรคปอดและกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงเขตจังหวัดลำปาง ช่วงปีงบประมาณ 2559 – 2561 คือ

ดัชนีมวลกาย (BMI) ที่ต่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Trakulkajornsak, & Kessomboon, (2020) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ ค่าดัชนีมวลกาย $< 23 \text{ kg/m}^2$ (Adjusted OR 4.86, 95% CI: 2.18-10.84) Intralawan, & Sriwongpan, (2019) ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคปอดในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่สองที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นโรคปอด ค่าดัชนีมวลกาย $< 18.4 \text{ kg/m}^2$ (AOR 80.88; 95% CI: 15.77-414.91); $p < 0.001$) Theeratrakoolchai, & Chaivatcharaporn, (2019) ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเป็นโรคปอดของบุคลากรโรงพยาบาลสมุทรปราการ ปี พ.ศ. 2557-2561 ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคปอดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI; $p < 0.01$) Khrutmuang, (2020) การศึกษาสถานการณ์และรูปแบบของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โรงพยาบาลทองแสนขัน จังหวัดอุดรธานี พบว่า ผู้ป่วยรายใหม่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 kg/m^2 ร้อยละ 55.24

สถานภาพของผู้ป่วยที่เป็นผู้ต้องขังในเรือนจำ เนื่องจากเป็นกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคทั้งหมด สอดคล้องกับงานวิจัยของ Phukwapee, & Wattanatorn, (2019) การสำรวจความชุกของวัณโรคปอดพบเชื้อ ในผู้ต้องขังในเรือนจำพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 พ.ศ. 2560 พบผู้ต้องขังเป็นวัณโรคปอดพบเชื้อ 322 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.9 ของผู้ต้องขังทั้งหมด อาการที่พบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการป่วยด้วยวัณโรค ได้แก่ อาการไอทุกวันเกิน 2 สัปดาห์ อาการไอเป็นเลือดใน 1 เดือนที่ผ่านมา และจากการศึกษาพบว่า การคัดกรองด้วยแบบสอบถามอาการเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ โดยผู้ต้องขังควรได้รับการตรวจคัดกรองด้วยการถ่ายภาพรังสีทรวงอกทุกราย และการตรวจค้นหาเชื้อวัณโรคทางอนุชีววิทยา ในรายที่มีผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกผิดปกติและไม่พบเชื้อจากการตรวจ AFB ก็สามารถช่วยให้พบผู้ป่วยเพิ่มขึ้นได้อีกมาก เช่นเดียวกับ Imduang, Sophawang & Choolue, (2018) รูปแบบการค้นหาวัณโรคในเรือนจำ เขตสุขภาพที่ 11 ระหว่างพฤษภาคม-กรกฎาคม 2560 ผู้ต้องขังจำนวน 24,249 ราย วินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอด จำนวน 264 ราย คิดเป็นอัตราความชุก 1,088.7 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไป 6.4 เท่า และการคัดกรองวัณโรคปอดด้วยการเอ็กซเรย์ปอด เป็นวิธีที่มีความไวสูงกว่าการคัดกรองด้วยวาจา

การนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้มีประโยชน์สำหรับการแก้ปัญหาของผู้ป่วยวัณโรคของประเทศไทย เพราะเป็นข้อมูลที่สนับสนุนการทำงานเชิงนโยบายเพื่อเป็นตัวกำหนดให้ทุกสถานพยาบาลในทุกระดับตระหนักและเฝ้าระวังในประชากรทุกคนที่เข้ามารับบริการ และการสำรวจข้อมูลพื้นฐานประจำปี หากพบว่ามีประชากรที่มีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ให้เฝ้าระวังการเกิดวัณโรคปอดไว้ด้วย ควรมีการประเมินเบื้องต้นด้วยแบบประเมินของกรมควบคุมโรค และในแต่เครือข่ายบริการควรมีช่องทางประสานงานเพื่อให้ประชากรกลุ่มนี้ได้รับการตรวจภาพรังสีทรวงอก และหากพบความผิดปกติควรได้รับการตรวจหาเชื้อในเสมหะด้วยวิธี AFB และซีวโมเลกุล (Gene X-Pert) หากมีอาการเข้าได้กับวัณโรคปอดหรือภาพรังสีทรวงอกพบความผิดปกติ แต่ตรวจเสมหะไม่พบเชื้อ สำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการคัดกรองและรักษาวัณโรคจะมีความมั่นใจและเห็นความสำคัญของผู้ป่วยหรือประชากรที่มารับบริการ หากพบว่ามีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์จะได้นำผู้ป่วยหรือประชากรกลุ่มนี้เข้าสู่ระบบการค้นหาวัณโรคปอด

สำหรับผู้ต้องขังจะได้ประโยชน์ในการเฝ้าระวังและติดตามกรณีพ้นโทษแล้ว จากสภาพแวดล้อมในเรือนจำค่อนข้างแออัดคับแคบ หากมีผู้ป่วยวัณโรคก็จะแพร่กระจายเชื้อไปยังผู้ต้องขังอื่น ๆ ได้อีกมาก

เพราะฉะนั้นข้อมูลจากการศึกษานี้จะช่วยในการคัดกรองผู้ต้องขังรายใหม่ด้วยการตรวจภาพรังสีทรวงอกก่อนนำตัวเข้าฝากขังเพื่อคัดกรองวัณโรคปอดในเบื้องต้น ส่วนผู้ต้องขังในเรือนจำทุก ๆ ที่ควรมีแผนในการคัดกรองด้วยการตรวจภาพรังสีปอดเป็นประจำทุกปี หรือหากมีผู้ต้องขังมีอาการที่เข้าได้กับวัณโรคปอดควรเข้าสู่กระบวนการค้นหาวัณโรคปอดทันที และในผู้ต้องขังที่พ้นโทษและออกไปสู่ชุมชนควรมีการติดตามอาการของวัณโรคปอดและการคัดกรองด้วยภาพถ่ายรังสีทรวงอกตามแผนการคัดกรองของกรมควบคุมโรค

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ออกแบบการศึกษาเป็นแบบ Analytical Cohort Study โดยติดตามกลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายปกติ และกลุ่มที่มีดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 แล้วติดตามไปข้างหน้าประมาณ 3 ปี เพื่อดูว่าอัตราการเกิดวัณโรคเป็นเท่าไร
2. ควรศึกษาในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และมีค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่า 18.5 ที่ป่วยเป็นวัณโรคแล้ว ต่อตัวแปรอื่น ๆ ในการเกิดวัณโรค เช่น อาชีพ โรคประจำตัว ประวัติการสัมผัสผู้ป่วยวัณโรค เป็นต้น
3. ควรศึกษาในกลุ่มผู้ต้องขังรายใหม่ ออกแบบการศึกษาเป็นแบบ Analytic Cohort Study โดยเก็บข้อมูลเป็นการตรวจภาพรังสีปอดในผู้ต้องขังรายใหม่ทุกรายที่มีระยะเวลาโทษต้องขัง 5 ปีขึ้นไป และติดตามตรวจคัดกรองภาพรังสีปอดในกลุ่มตัวอย่างเป็นประจำทุก 6 เดือน เพื่อติดตามอัตราการเกิดวัณโรค

Reference

- Captain, A. (2019). Factor Associated with Provider's Delay of Diagnosis for Pulmonary Tuberculosis Patients Chiang Rai Prachanukroh Hospital, Muang, Chiang Rai. *Journal of Family Care and Family Medicine (PCFM)*, 2(3), 56-65
- Division of Tuberculosis. (2018). *National Tuberculosis Control Programme Guideline, Thailand, 2018*. Bangkok: Division of Tuberculosis. Department of Disease Control. Ministry of Health
- Imduang, K., Sophawang, N., & Choolue. (2018). Model of Screening TB in Prison in Health Service Region 11. *Journal of Disease Prevention and Control: DPC. 2 Phitsanulok*, 5(3), 1-14.
- Intralawan, D., & Sriwongpan, P. (2019). Risk Factors for Pulmonary Tuberculosis in type II Diabetes Patient in Primary Care Unit at Chiang Rai Prachanukroh Hospital. *Chiangrai Medical Journal*, 11(1), 9-18.
- Khurutmuang, B. (2020). Study of the Situation and Patterns of New Pulmonary Tuberculosis Patients. Thong Saen Khun Hospital. Uttaradit. *Journal of Disease Prevention and Control: DPC. 2 Phitsanulok*, 7(1), 33-43.
- Khuancharee, K., Suggaravetsiri, P., & Trinnawoottipong. (2016). Factors Associated with Smear Positive Pulmonary Tuberculosis among Diabetes Mellitus Patients in Thailand: A Meta-Analysis. *Journal of the office of DPC 7 Khon Kaen*, 23(3), 1-11.
- Kittichantharophat, C. (2019). Risk Factors Associated with Death among New Patients with Pulmonary Tuberculosis in Lampang Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 5(3), 74-82.
- Mungkhetklang, V., & Sopajit, S. (2017). Effectiveness of Elderly Tuberculosis Screening form in Ban Phai Hospital. Ban Phai District. Khon Kaen Province. *Journal of the office of DPC 7 Khon Kaen*, 24(1), 58-70.

- Phukwapee, D., & Wattanatorn. (2019). A Prevalence Survey for Pulmonary Tuberculosis among Prisoners in the Health Region 4. 2017. *Journal of Medical and Public Health Region 4*, 9(2), 50-58.
- Regional Health 1 Office. (2018). *Provincial Government Inspection Report Form, Budget Year 2018*. Group 2 Health Service System Development. Topics: Development of Main Policy, Indicators and Success Rate of Treatment for New Pulmonary Tuberculosis Patients. Chiangmai: Regional Health 1 Office. [online]. Available from: <https://www.rh1.go.th/web/planfda2.php/pdf>.
- Suapumee, N. (2013). The Relationship Between Personal Factors, Knowledge and Lung Tuberculosis Preventive Behaviors of People in Suankleau Sub District. Ban Pong District. Ratchaburi Province. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 23(2), 79-93.
- Theeratrakoolchai, O., & Chaivatcharaporn, K. (2019). Prevalence of Pulmonary Tuberculosis and Associated Factors Among Hospital Personnel in Samutprakarn Hospital During 2014-2018. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 9(2), 167-178.
- Trakulkajornsak, P., & Kessomboon, P. (2020). Factors Associated with Pulmonary Tuberculosis among Diabetes patients in Ban Fang Hospital, Khon Kaen Province. *Srinagarind Medical Journal*, 35(5), 523-529.

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน (Journal of Council of Community Public Health : JCCPH) ขอเชิญสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน และผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสารเพื่อความสะดวกในการส่งบทความวิชาการและวิจัย มีข้อเสนอดังนี้

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณากลับกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ (ยกเว้นการตีพิมพ์ในสองปีแรก ปี พ.ศ. 2562-2564 ฟรี)
 - สมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน ตีพิมพ์ เรื่องละ 2,500 บาท
 - บุคคลอื่นๆหรือไม่ได้เป็นสมาชิกสภาการสาธารณสุขชุมชน ตีพิมพ์ เรื่องละ 3,000 บาท
 - กรรมการสภาการสาธารณสุขชุมชนหรือเคยเป็นกรรมการสภาฯ ไม่เสียค่าตีพิมพ์

การเตรียมต้นฉบับ

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้กำหนดรูปแบบการเขียนบทความที่จะลงในวารสาร ดังนี้

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows ขนาด 15 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 รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกตรงกลางขนาดอักษร 17
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 14 อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย 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
- รายการอ้างอิง

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
- Discussion
- Implication of the Results
- Recommendation for Further Study
- References

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ตองการนำเสนอตามลำดับ
- สรุป (Conclusion)

- ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
- รายการอ้างอิง (References)

10. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 5th Edition

การแจ้งเตือนเกี่ยวกับลิขสิทธิ์

1. บทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการ ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย
2. บทความที่ได้รับการตีพิมพ์ถือเป็นลิขสิทธิ์ของ วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

การส่งต้นฉบับ

ส่งต้นฉบับสมบูรณ์เพื่อการพิจารณาลงตีพิมพ์เผยแพร่ใน “วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน” โดยส่งบทความผ่านเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index> และทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ไปที่ e-mail address: The.JCCPH@gmail.com ไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ต้นฉบับในรูปแบบ word และ pdf โดยใช้ชื่อเรื่องหรือ Subject ว่า ส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ของ....(ชื่อเจ้าของบทความชื่อแรก).....

สถานที่ติดต่อสอบถาม

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187

สมัครส่งบทความลงตีพิมพ์ ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
(การกรอกใบสมัครโปรดใช้วิธีการพิมพ์)

เรียน บรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

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

กองบรรณาธิการวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน

88/20 อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง

นนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 02-5919186, 091-8348711 โทรสาร 02-5919187

e-mail address: The.JCCPH@gmail.com



03



www.ccph.or.th



[ccph.th.org](https://www.facebook.com/ccph.th.org)



@ccph.or.th



02-591-9186



วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
JCCCPH
JOURNAL OF COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH

สภาการสาธารณสุขชุมชน

อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index>