

ISSN 2697-5653 (Online)
ISSN 2730-1729 (Print)



วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
JCCPH
JOURNAL OF COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2565 Vol.4 No.1 January - April 2022

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health

ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2565

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 4 ฉบับที่ 1 มกราคม – เมษายน 2565

ที่ปรึกษา

ดร.ไพศาล บางชวด
ศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุรศักดิ์ ฐานิพานิชกุล
ศาสตราจารย์(คุณวุฒิ) ดร.นพ.พรเทพ ศิริวนารังสรรค์
ศาสตราจารย์(เกียรติคุณ) ดร.พิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ
ศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร
รองศาสตราจารย์ (พิเศษ) ภก. กิตติ พิทักษ์นิตินันท์
นายมานะ เปาพวย

บรรณาธิการ

ดร.ปริญญา จิตอร่าม

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายธนกฤต ธนวงศ์โกติน

กองจัดการ

นางสาวสววยบะห์ หาแว
นายรัชกี สาร๊ะ
นายกฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง
นายนรภัทร ศรีชุม
นายศักดิ์สิทธิ์ คำเกาะ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสุมน พงศ์ภิญโญ
ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
ศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
ศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะทีก
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทร์คง
รองศาสตราจารย์ ดร.สลิสร เทพระการพร
รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร.ปัญญาพัฒน์ ไชยเมล์
รองศาสตราจารย์ ดร.พรรัตน์ ส่งเสริม
รองศาสตราจารย์ ดร.ทรงพล ต่อนี้
รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศพร ชูศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักษณ์มีจรัสกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐวธ แก้วสุทธา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง
อาจารย์ ดร.จิรนนท์ ตุลชาติ
อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
อาจารย์ ดร. กิตติพร เนาว่าสุวรรณ

กำหนดออก

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

เจ้าของ

สภาการสาธารณสุขชุมชน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยขอนแก่น
มหาวิทยาลัยมหิดล
มหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
มหาวิทยาลัยสยาม
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
มหาวิทยาลัยทักษิณ
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยบูรพา
มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี จังหวัดสงขลา

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์
จำนวน 2 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่
เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุขชุมชน ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนฉบับนี้เป็นฉบับประจำปีครั้งที่ 4 ฉบับที่ 1 ซึ่งเป็นฉบับปีพุทธศักราช 2565 ยังคงมีเนื้อหาและสาระทางวิชาการที่เข้มข้น ทุกบทความได้ผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้วารสารมีความน่าเชื่อถือและเป็นที่ยอมรับในวงวิชาการ

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 สามารถรายละเอียดของการส่งได้ที่ท้ายเล่มและขอเรียนเชิญสมาชิกทุกท่านช่วยประชาสัมพันธ์และบอกกล่าวท่านผู้สนใจ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้นำเสนอไปนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านเพื่อเป็นมุมมอง แนวคิดในการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

ปริญญา จิตอร่าม
บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิจัย (Original Article) :

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

ของประชาชนพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัดนครศรีธรรมราช..... 1

Factors related to self-protection behaviors from COVID-19 of the people
in the dark red area, Nakhon Si Thammarat province

บุญประจักษ์ จันทรวิน, จิฑาภรณ์ ยกอิน, ภัทราภรณ์ เต็งโรจน์ภาพร และวัลลภา ดิษสระ

ประสิทธิผลของการฝึก Reaction Time ต่อการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา

ในผู้สูงอายุ 70-80 ปี..... 15

Effects of Reaction Time Training on Balance and Strength of legs
in Older Adults Aged 70-80 Years Old

สุกัญญา ทองดอ และกิตติพร เนาว์สุวรรณ

ผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ต่อความเครียดและการจัดการความเครียดของประชาชน

กลุ่มวัยทำงาน อาเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี..... 23

Impacts of COVID-19 Crisis on Stress and Stress Management among
Working-Age People in Si Prachan District, Suphan Buri Province

ไมตรี ธนาวัฒน์, อธิพิล ดวงจินดา และวาสนา ธนาวัฒน์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณร

โรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่นจังหวัดขอนแก่น..... 38

Health Literacy and Health Behaviors (Food, Emotion, Exercise, Smoking,
Alcohol Cessation and Teeth) of Monks and Novices in Phrapariyattidhamma
School, Nakhon Khon Kaen Metropolitan, Khon Kaen Province

อารญา โทปัญญา, ประทีป กาลเขว่า และเบญญาภา กาลเขว่า

การพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของ

ผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์..... 49

Development of a Caregiver Participation Supervision Program for Chronic
Medication Use among Elderly People in Community of Phetchabun Province

พัฒนา พรหมณี, ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด, รุ่งทิว่าห์ สุขารมย์ และสุเทพ วรรณ

คำแนะนำการส่งบทความ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

ของประชาชนพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors related to self-protection behaviors from COVID-19 of the people in the dark red area, Nakhon Si Thammarat province

บุญประจักษ์ จันทรวิณ^{1*}, จิตาภรณ์ ยกอิน¹, ภัทรภรณ์ เต็งโรจน์นภาพร² และ วัลลภา ดิษสระ¹

Boonprajuk Junwin^{1*}, Jitaporn Yok-in¹, Pattaraporn Tengrothnapaporn² and Wanlapa Dissara¹

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช^{1*}, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

Boromarajonani College of Nursing Nakhon Si Thammarat^{1*}, Sirindhorn College of Public Health, Trang²

(Received: August 9, 2021; Revised: April 5, 2022; Accepted: April 20, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพ 2) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 และ 3) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนที่มีอายุ 18-60 ปี ที่อาศัยอยู่ในอำเภอพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 678 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม เก็บรวบรวมข้อมูลแบบออนไลน์ในช่วงเดือนมิถุนายน 2564 ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .859 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติ Odds Ratio และสถิติ Multiple Logistic Regression ผลการศึกษาพบว่า

1. การรับรู้ความรุนแรง ($M=4.20, SD=0.44$) การรับรู้โอกาสเสี่ยง ($M=4.09, SD=0.48$) การรับรู้ประโยชน์ ($M=4.11, SD=0.44$) แรงจูงใจ ($M=3.92, SD=0.43$) และปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ($M=3.85, SD=0.40$) อยู่ในระดับสูง ส่วนการรับรู้อุปสรรค ($M=3.37, SD=0.50$) อยู่ในระดับปานกลาง

2. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี ($M=4.17, SD=0.50$)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 พบว่า ผู้ที่กำลังศึกษาจะมีพฤติกรรมดีกว่า 3.98 เท่า ($OR_{Adj}=3.98, 95\%CI=1.45-10.89$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับประถมศึกษาลงมา ผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ระดับสูงจะมีพฤติกรรมดีกว่า 1.92 เท่า ($OR_{adj}=1.92, 95\%CI=1.14-3.23$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ระดับต่ำ-ปานกลาง ผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคระดับสูงและปานกลางจะมีพฤติกรรมดีกว่า 29.66 เท่า ($OR_{Adj}=29.66, 95\%CI=3.77-233.02$) และ 17.69 เท่า ($OR_{Adj}=17.69, 95\%CI=2.29-136.54$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการรับรู้ระดับต่ำ ผู้ที่มีแรงจูงใจระดับสูงจะมีพฤติกรรมดีกว่า 1.88 เท่า ($OR_{adj}=1.88, 95\%CI=1.24-2.84$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับปานกลาง

ควรนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้กับประชาชน เช่น การสร้างพลังในชุมชน การสร้างความสามารถในตนเอง รวมไปถึงการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 และควรให้หน่วยงาน เช่น อบต. มีส่วนผลักดันให้ประชาชนมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันตนเอง, โรคโควิด-19, พื้นที่สีแดงเข้ม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: boonprajuk2518@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 092-3951616)

Abstract

This analytical cross-sectional study aimed to explore health beliefs, behavioral levels, and factors related to self-protection behaviors from COVID-19 of people aged 18-60 years living in the dark red area of two districts in Nakhon Si Thammarat province. Participants were 678 people. The research instruments were online questionnaires obtaining Cronbach's alpha coefficient of 0.859. Data were collected in June 2021 and analyzed by descriptive statistics, Odds Ratio and Multiple Logistic Regression. The results revealed that:

1) The participants had their perceptions of violence ($M=4.20$, $SD=0.44$), perceptions of risk ($M=4.09$, $SD=0.48$), perceived benefits ($M=4.11$, $SD=0.44$), motivation ($M=3.92$, $SD=0.43$), and other factors including interpersonal relationships and receiving information ($M=3.85$, $SD=0.40$). Most of these factors were at high levels, while perceived barriers were at a moderate level ($M=3.77$, $SD=0.50$).

2) Self-protection behaviors from COVID-19 of the participants were at a high level ($M=4.17$, $SD=0.50$).

3) The factors related to self-protection behavior from COVID-19 of the participants were educational levels ($OR_{adj}=3.98$, $95\%CI=1.45-10.89$), perceived benefits ($OR_{adj}=1.92$, $95\%CI=1.14-3.23$), perceived barriers ($OR_{adj}=29.66$, $95\%CI=3.77-233.02$) and incentives for prevention ($OR_{adj}=1.88$, $95\%CI=1.24-2.84$).

It could be suggested that health belief model should be applied for people in terms of empowering community, building up self-competenc of people and encouraging people participation for protecting themselves from COVID-19 and should be allowed the agencies such as the Sub-district Administrative Organization to take part in pushing people to have the correct health beliefs.

Keyword: Self-Protection Behaviors, COVID-19, the Dark Red Area.

บทนำ

หลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 (Coronavirus Disease 2019) ซึ่งโรคนี้ได้เกิดขึ้นที่ประเทศจีนเมื่อปลายปี 2562 และในปี 2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (World Health Organization, 2020) ปัจจุบันยังคงตรวจพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ และผู้เสียชีวิตทุกวัน ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2564 พบผู้ติดเชื้อทั่วโลกยืนยันทั้งหมด 156,681,524 คน มีผู้เสียชีวิต จำนวน 3,269,340 คน (Department of Disease Control, 2021) โรคนี้สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คน โดยการสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง ผู้ติดเชื้อจะมีอาการหลายแบบตั้งแต่ติดเชื้อไม่มีอาการ อาการเล็กน้อยจนถึงอาการรุนแรงมากจนอาจเสียชีวิต (BBC NEWS, 2020) องค์การอนามัยโลกก็ได้แนะนำให้ประชาชนป้องกันตนเอง เช่น การล้างมือบ่อยๆ การปิดปากและจมูกเมื่อมีการไอและจาม การรับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ การหลีกเลี่ยงการสัมผัสใกล้ชิดกับคนที่แสดงอาการของโรคทางเดินหายใจ และยังได้มีข้อเสนอแนะในการเว้นระยะห่างทางสังคม รวมถึงการทำงานที่บ้าน ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและการแพร่เชื้อของโรคโควิด-19 ได้ (Prutipinyo, 2020)

สำหรับประเทศไทยพบว่าโรคโควิด-19 มีการระบาดรอบใหม่ในเดือนเมษายน 2564 ซึ่งมีผู้ป่วยในระลอกนี้ 49,992 ราย เสียชีวิต 269 ราย (ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2564: Department of Disease

Control, 2021) รวมผู้ติดเชื้อตั้งแต่มีการระบาดของโรคโควิด-19 สะสมทั้งหมด 86,924 ราย เสียชีวิต จำนวน 452 ราย ซึ่งกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้สรุปปัจจัยที่ทำให้ประชาชนติดเชื้อ พบว่า มาจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันรายก่อนหน้า มากที่สุด ร้อยละ 44.3 รองลงมา คือ จากสถานบันเทิง ร้อยละ 25.2 และการตรวจค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ร้อยละ 9.8 ตามลำดับ (Department of Disease Control, 2021) เช่นเดียวกับจังหวัดนครศรีธรรมราช ที่พบผู้ป่วยยืนยันทั้งหมด 567 ราย เสียชีวิตสะสม 5 ราย โดยระลอกเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 พบผู้ป่วยทั้งหมด 551 ราย แยกเป็นชาย จำนวน 301 คน หญิง จำนวน 254 คน กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด 31-40 ปี จำนวน 96 คน รองลงมา คือ อายุ 41-50 ปี จำนวน 92 คน และอายุ 71 ปีขึ้นไป จำนวน 91 คน ทั้งนี้ยังพบว่าเด็กต่ำกว่า 1 ปี ติดเชื้อจำนวน 6 คน อีกด้วย (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2021) ซึ่งแต่ละกลุ่มเสี่ยงจะมีความที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อจำนวนมาก และกระจายไปอีกหลาย ๆ แห่ง แม้ว่าการตรวจสาธารณสุขจะขอความร่วมมือให้ประชาชนยึดหลัก D-M-H-T อย่างเคร่งครัด แต่ในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอกใหม่ ก็ยังคงพบผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ณ ข้อมูล ณ วันที่ 8 พฤษภาคม 2564 จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้แบ่งพื้นที่เสี่ยงระลอกเดือนเมษายน 2564 ตามจำนวนผู้ป่วยออกเป็น 6 ระดับ ได้แก่ 1) พื้นที่สีแดงเลือดหมู หมายถึง อำเภอที่มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตั้งแต่ 100 รายขึ้นไป 2) พื้นที่สีแดงเข้ม หมายถึง อำเภอที่มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตั้งแต่ 51-100 ราย 3) พื้นที่สีแสด หมายถึง อำเภอที่มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตั้งแต่ 11-50 ราย 4) พื้นที่ชมพูเข้ม หมายถึง อำเภอที่มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตั้งแต่ 6-10 ราย 5) พื้นที่ชมพูอ่อน หมายถึง อำเภอที่มีผู้ป่วยโรคโควิด-19 ตั้งแต่ 1-5 ราย และพื้นที่สีขาว หมายถึง อำเภอที่ยังไม่พบผู้ป่วยโรคโควิด-19 (Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office, 2021)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) เป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากทฤษฎีทางด้านจิตสังคมเพื่อนำมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล เช่น การศึกษา Singweratham, Thaopan, Nawsuwan, Pohboon & Surirak (2020) ที่พบว่า การรับรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด-19 และ Waehayai (2020) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคไวรัสโควิด-19 ก็มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโควิด-19 ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในประเด็นการรับรู้โอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) การรับรู้ความรุนแรง (Perceived Severity) การรับรู้ถึงประโยชน์ (Perceived Benefits) การรับรู้อุปสรรค (Perceived Barriers) แรงจูงใจ (Health Motivation) และปัจจัยอื่นๆ (Modifying Factors) ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร รวมไปถึงปัจจัยลักษณะส่วนบุคคลมาศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 เพราะเชื่อว่าการเชื่อด้านสุขภาพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 และเพื่อนำข้อมูลที่ได้นำไปใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนให้ปลอดภัยจากโรคโควิด-19 ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

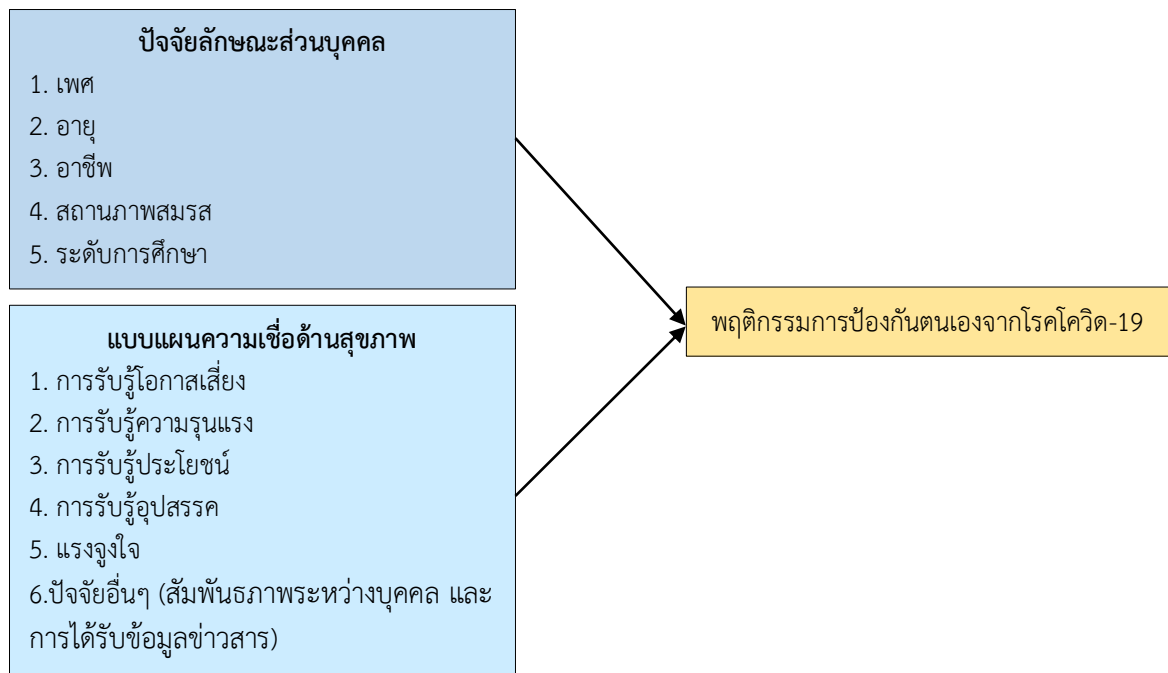
1. เพื่อศึกษาระดับความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แรงจูงใจ และปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ในการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนในอำเภอพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนในอำเภอพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนในอำเภอพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัดนครศรีธรรมราช

สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล และปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพของประชาชนในอำเภอพื้นที่สีแดงเข้มมีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 โดยผู้วิจัยได้นำปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล 5 ตัวแปร และแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) ทั้งหมด 6 ตัวแปร ส่วนตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 โดยประยุกต์จากมาตรการ D-M-H-T-T (Department of Disease Control, 2020) ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional research) เก็บข้อมูลเดือนมิถุนายน พ.ศ.2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัดนครศรีธรรมราช อายุตั้งแต่ 18-60 ปี จำนวน 2 แห่ง คือ อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช และอำเภอร่อนพิบูลย์ เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัย 2) เป็นผู้ที่สามารถใช้อุปกรณ์สื่อสารได้ 3) เป็นผู้ที่อ่านหนังสือออก และเขียนหนังสือได้ สำหรับเกณฑ์การคัดออก คือ 1) เป็นผู้ที่ไม่ประสงค์จะร่วมโครงการ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ (Accidental Selection)

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากสูตรการประมาณค่าเฉลี่ยกรณีไม่ทราบค่าประชากร (Chaimay, 2013) กำหนดระดับความเชื่อมั่น (Confidence level; Z เท่ากับ 1.96) ระดับของความแปรปรวน (Degree of variability; σ^2) ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ได้ทำการทบทวนวรรณกรรม และพบการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 จากงานวิจัยเรื่อง ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมในการป้องกัน

ตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี (Khumsaen, 2021) มีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.45 และระดับความแม่นยำ (Precision level; e หรือ d) และกำหนดระดับความแม่นยำ หรือมีความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 308 คน และเพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10% จำนวน 31 คน จึงได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 339 คน อย่างไรก็ตามเพื่อความแม่นยำในการศึกษาครั้งนี้ จึงทำการศึกษาในประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้ง 2 แห่ง ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 678 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) ส่วนพฤติกรรมป้องกันการตนเองจากโรคโควิด-19 โดยประยุกต์จากมาตรการ D-M-H-T-T (Department of Disease Control, 2020) ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นลักษณะข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง จำนวน 10 ข้อ การรับรู้ความรุนแรง จำนวน 8 ข้อ การรับรู้ถึงประโยชน์ จำนวน 10 ข้อ การรับรู้อุปสรรค จำนวน 10 ข้อ แรงจูงใจ จำนวน 10 ข้อ และปัจจัยด้านอื่น ๆ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) รวมทั้งหมด 58 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบจากคำตอบที่กำหนด โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายชื่อ และภาพรวม ระดับการวัดเป็นอัตราส่วนสเกล (Rating Scale) มาจัดเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้ดี ปานกลาง และต่ำ โดยใช้การแบ่งกลุ่มตามแนวคิดของ Best (1977) ดังนี้ การรับรู้ดี (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00) การรับรู้ปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66) และการรับรู้ต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันการตนเองจากโรคโควิด-19 ลักษณะคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) รวมทั้งหมด 20 ข้อ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบจากคำตอบที่กำหนด โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับจากปฏิบัติทุกครั้งประจำ ให้ 5 คะแนน ถึงไม่ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน การแปลผลจากคะแนนเฉลี่ยเป็นรายชื่อ และภาพรวม แบ่งระดับพฤติกรรมป้องกันการตนเองจากโรค โควิด-19 โดยนำคะแนนมาจำแนกเป็น 2 ระดับ โดยแบ่งจากค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.17 คือ ระดับพฤติกรรมดี (คะแนน $\geq M$) และระดับพฤติกรรมไม่ดี (คะแนน $< M$)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หลังจากพัฒนาเครื่องมือเสร็จแล้ว ผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรง (Validity) และให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมเชิงภาษา (Wording) ซึ่งมีจำนวน 3 ท่าน คือ อาจารย์ผู้มีความเชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข 1 คน อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลเชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ 1 คน และอาจารย์ด้านสาธารณสุขผู้มีประสบการณ์วิจัยเกี่ยวกับโรคโควิด-19 1 คน จากนั้นนำไปหาค่า IOC ซึ่งได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.67-1.00

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างชนิดความสอดคล้องภายในกับประชาชนที่อาศัยอยู่ในอำเภอที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช โดยพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ตั้งแต่ 0.8 ขึ้นไป (Ganjanawasee, 2001) จึงยอมรับว่าค่าความเที่ยงหรือความเชื่อถือ ซึ่งได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ดังนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยง เท่ากับ 0.833, การรับรู้ความรุนแรง เท่ากับ 0.823, การรับรู้ประโยชน์ เท่ากับ 0.854, การรับรู้อุปสรรค เท่ากับ 0.872, แรงจูงใจ เท่ากับ 0.807, ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร เท่ากับ 0.819, พฤติกรรมป้องกันการตนเองจากโรคโควิด-19 เท่ากับ 0.858 และทั้งหมด เท่ากับ 0.859

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการสร้างแบบสอบถามออนไลน์ (Google Form) และเก็บข้อมูลแบบ Online Survey สำหรับประชาชนที่มีอายุ 18-60 ปี โดยผู้วิจัยส่งไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่อยู่ในพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นผู้ช่วยนักวิจัย และดำเนินการส่งต่อโดยใช้ Application Line ไปยังประชาชนในเขตรับผิดชอบซึ่งเป็นพื้นที่วิจัย และเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ภายหลังส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม และความสมบูรณ์ของแบบสอบถามของแต่ละอำเภอในทุกๆวัน เมื่อได้ข้อมูลครบ จึงยุติการรับแบบสอบถามและแสดงความขอบคุณไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้ Application Line เช่นเดิม ทั้งนี้มีประชาชนที่ศึกษาจำนวน 678 คน ได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์ ถูกต้องกลับคืน จำนวน 671 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 98.97

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ สถิติที่ใช้ ได้แก่

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด ใช้อธิบายข้อมูลปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19
2. สถิติเชิงวิเคราะห์ ได้แก่ Odds Ratio และ Multiple Logistic Regression โดยนำเสนอค่าสถิติ Adjusted OR, OR และ 95% Confidence Interval

จริยธรรมวิจัย

วิจัยในครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาวิจัย เรื่อง “พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคไวรัสโควิด-19 ของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช” ซึ่งได้คำขอรับการอนุมัติจากคณะกรรมการวิจัยและพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช โครงการวิจัยที่ Exc-05/2564 ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างถือเป็นความลับ โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะไม่มีการเขียนชื่อและที่อยู่ การวิเคราะห์ข้อมูลจะวิเคราะห์ในภาพรวม และนำมาใช้ในเชิงวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. ประชาชนที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.03 มีอายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 37.26 มากที่สุด โดยมีอายุเฉลี่ย 44.67 ปี ($SD=10.64$) อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 60 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 66.92 ส่วนใหญ่มีอาชีพค้าขาย ร้อยละ 32.79 จบการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 38.60 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ร้อยละ 100.00 โดยได้รับจากโทรทัศน์ มากที่สุด ร้อยละ 84.65
2. ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ แยกเป็นรายด้าน ดังนี้

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ และระดับความเชื่อด้านสุขภาพแยกเป็นรายด้าน (n=671)

	ความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	M (SD)
1	ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง			4.09 (0.48)
	ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66)	126	18.78	
	ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)	545	81.22	
2	ด้านการรับรู้ความรุนแรง			4.20 (0.44)
	ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66)	84	12.52	
	ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00)	587	87.48	
3	ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์			4.11 (0.44)
	ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33)	1	0.15	

ตาราง 1 (ต่อ)

	ความเชื่อด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	M (SD)
	ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66)	99	14.75	
	ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00)	571	85.10	
4	ด้านการรับรู้อุปสรรค			3.37 (0.50)
	ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33)	22	3.28	
	ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66)	459	68.41	
	ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00)	190	28.32	
5	ด้านแรงจูงใจ			3.92 (0.43)
	ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66)	166	24.74	
	ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00)	505	75.26	
6	ด้านอื่นๆ (สัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร)			3.85 (0.40)
	ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66)	216	32.19	
	ระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00)	455	67.81	

จากตาราง 1 พบว่า ระดับความเชื่อด้านสุขภาพ เมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ด้านการรับรู้ความรุนแรง ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ด้านแรงจูงใจ และด้านอื่นๆ ส่วนใหญ่ประชาชนจะมีการรับรู้อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 81.22, 87.48, 85.10, 75.26 และ 67.81 ตามลำดับ ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 68.41

3. ระดับพฤติกรรมกำป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ดังนี้

ตาราง 2 จำนวน ร้อยละ และระดับพฤติกรรมกำป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 (n=671)

ระดับพฤติกรรมกำป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมไม่ดี (คะแนน < 4.17)	327	48.73
ระดับพฤติกรรมดี (คะแนน ≥ 4.17)	344	51.27

(M=4.17, SD=0.50)

จากตาราง 2 พบว่า ประชาชนที่ศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกำป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ระดับดี จำนวน 344 คน คิดเป็นร้อยละ 51.27 และมีพฤติกรรมระดับไม่ดีเหมาะสม จำนวน 327 คน คิดเป็นร้อยละ 48.73

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกำป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ดังนี้

ตาราง 3 การวิเคราะห์พหุตัวแปรปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกำป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

ปัจจัย	พฤติกรรมกำป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
	ไม่ดี	ดี			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ					
ชาย	76(56.72)	58(43.3)	Ref.	Ref.	
หญิง	251(46.74)	286(53.26)	1.49(1.02-2.19)*	1.30(0.86-2.00)	0.213

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมกำบังกัน ตนเองจากโรคโควิด-19		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
	ไม่ตี จำนวน (ร้อยละ)	ตี จำนวน (ร้อยละ)			
อายุ (ปี)					
ตั้งแต่ 30 ปี ลงมา	35(44.30)	44(55.70)	Ref.	Ref.	
31-40 ปี	61(52.59)	55(47.41)	0.72(0.40-1.27)	0.82(0.41-1.64)	0.578
41-50 ปี	110(44.00)	140(56.00)	1.01(0.61-1.69)	0.94(0.48-1.84)	0.942
51-60 ปี	121(53.54)	105(46.46)	0.69(0.41-1.16)	0.75(0.37-1.51)	0.751
อาชีพ					
ข้าราชการ/ รัฐวิสาหกิจ	67(43.23)	88(56.77)	Ref.	Ref.	
พนักงานเอกชน/ ลูกจ้าง	25(38.46)	40(61.54)	1.22(0.67-2.20)	1.58(0.80-3.12)	0.184
ค้าขาย	112(50.91)	108(49.09)	0.73(0.49-1.11)	1.11(0.64-1.91)	0.714
เกษตรกรรวม	87(58.00)	63(42.00)	0.55(0.35-0.87)*	0.79(0.45-1.39)	0.413
รับจ้างทั่วไป	36(44.44)	45(55.56)	0.95(0.55-1.64)	1.40(0.74-2.66)	0.302
สถานภาพการสมรส					
โสด	64(45.71)	76(54.29)	Ref.	Ref.	
สมรส	229(51.00)	220(49.00)	0.81(0.55-1.18)	0.87(0.54-1.41)	0.576
หม้าย	19(50.00)	19(50.00)	0.84(0.41-1.73)	1.17(0.50-2.73)	0.714
หย่า/แยก	15(34.09)	29(65.91)	1.63(0.80-3.30)	1.90(0.83-4.32)	0.128
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาลงมา	81(60.45)	53(39.55)	Ref.	Ref.	
มัธยมศึกษาตอน ปลาย/ปวช./ปวส/ อนุปริญญา	117(48.95)	122(51.05)	1.59(1.04-2.45)*	1.30(0.81-2.11)	0.277
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้น ไป	115(44.40)	144(55.60)	1.91(1.25-2.93)*	1.47(0.84-2.57)	0.181
กำลังศึกษาอยู่	14(35.90)	25(64.10)	2.73(1.30-5.72)*	3.98(1.45-10.89)	0.007
การรับรู้โอกาสเสี่ยง					
ระดับปานกลาง	87(69.05)	39(30.95)	Ref.	Ref.	
ระดับสูง	240(44.04)	305(55.96)	2.84(1.87-4.29)*	0.51(0.94-2.44)	0.089
การรับรู้ความรุนแรง					
ระดับปานกลาง	59(70.24)	25(29.76)	Ref.	Ref.	
ระดับสูง	268(45.66)	319(54.34)	2.81(1.71-4.61)	1.49(0.85-2.59)	0.160
การรับรู้ถึงประโยชน์					
ระดับต่ำ-ปานกลาง	72(72.00)	28(28.00)	Ref.	Ref.	
ระดับสูง	255(44.66)	316(55.34)	3.19(2.00-5.08)*	1.92(1.14-3.23)	0.015

ตาราง 3 (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมกำรป้องกันตนเองจากโรควิด-19		Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
	ไม่ตีจำนวน (ร้อยละ)	ตีจำนวน (ร้อยละ)			
การรับรู้อุปสรรค					
ระดับต่ำ	21(95.45)	1(4.55)	Ref.	Ref.	
ระดับปานกลาง	245(53.38)	214(46.62)	18.34(2.45-137.51)*	17.69(2.29-136.54)	0.006
ระดับสูง	61(32.11)	129(67.89)	44.41(5.84-337.83)*	29.66(3.77-233.02)	0.001
แรงจูงใจ					
ระดับปานกลาง	106(63.86)	60(36.14)	Ref.	Ref.	
ระดับสูง	221(43.76)	284(56.24)	2.27(1.58-3.26)*	1.88(1.24-2.84)	0.003
ด้านอื่น ๆ					
ระดับปานกลาง	128(59.26)	88(40.74)	Ref.	Ref.	
ระดับสูง	199(43.74)	256(56.26)	1.87(1.35-2.60)*	1.31(0.90-1.92)	0.164

จากตาราง 3 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกำรป้องกันตนเองจากโรควิด-19 จำนวน 4 ปัจจัย คือ ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่จะมีพฤติกรรมกำรป้องกันโรควิด-19 ต่ำกว่า 3.98 เท่า ($OR_{Adj}=3.98$, $95\%CI=1.45-10.89$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับประถมศึกษาลงมา ผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมกำรป้องกันโรควิด-19 ต่ำกว่า 1.92 เท่า ($OR_{adj}=1.92$, $95\%CI=1.14-3.23$) เมื่อเทียบกับประชาชนที่มีการรับรู้ระดับต่ำ-ปานกลาง ผู้ที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับสูงและปานกลางจะมีพฤติกรรมกำรป้องกันโรควิด-19 ต่ำกว่า 29.66 เท่า ($OR_{Adj}=29.66$, $95\%CI=3.77-233.02$) และ 17.69 เท่า ($OR_{Adj}=17.69$, $95\%CI=2.29-136.54$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีการรับรู้ระดับต่ำ

ผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับสูงจะมีพฤติกรรมกำรป้องกันโรควิด-19 ต่ำกว่า 1.88 เท่า ($OR_{adj}=1.88$, $95\%CI=1.24-2.84$) เมื่อเทียบกับผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับปานกลาง

อภิปรายผล

ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง อาจจะเป็นเพราะว่า ทางคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทั้งระดับประเทศและจังหวัด มีการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับโรควิด-19 อย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรควิด-19 ซึ่งตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) ได้กล่าวไว้ว่า หากบุคคลมีความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ จะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและรักษาสุขภาพ แต่จากการศึกษาพบว่าประชาชนมีการรับรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงของโรคในบางประเด็นอยู่ในระดับปานกลาง เช่น รับรู้ว่าโรควิด-19 สามารถแพร่เชื้อได้ขณะที่มีอาการ ($M=3.38$) การไปที่มีเครื่องปรับอากาศช่วงระยะเวลาสั้นๆจะไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรควิด-19 ($M=3.28$) และไม่มีโอกาสติดเชื้อโรควิด-19 ได้จากการเดินทางไปใช้บริการที่ รพ.สต. หรือ รพ.ใกล้บ้าน ($M=3.62$) จึงมีความจำเป็นที่ต้องให้ข้อมูลที่ถูกต้องและต่อเนื่องเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Weerakhachon, Kwanpichit, Nawsuwan & Singweratham (2020) ที่พบว่า กำลังพลที่ปฏิบัติงานสายการแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์ จังหวัดชายแดนใต้ ที่การรับรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด เช่นเดียวกับ

Singweratham, Thaopan, Nawsuwan, Pohboon & Surirak (2020) ที่พบว่า ท้นตาภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโคโรนา 2019 จากการปฏิบัติงานภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ด้านการรับรู้ความรุนแรง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า เมื่อประชาชนรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคโควิด-19 ประชาชนจะมีพฤติกรรมป้องกันตนเองไม่ให้อายุด้วยโรคนั้น ประกอบกับการที่กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ตาม Government Gazette (2020) อย่างชัดเจน ส่งผลให้ประชาชนรับรู้ความรุนแรงของโรคอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Waehayi (2020) ที่พบว่า วิทยุชุมชนในเขต ต.สะเตงนอก อ.เมือง จ.ยะลา มีระดับการรับรู้ความรุนแรงของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก เช่นเดียวกับ Singweratham, Thaopan, Nawsuwan, Pohboon & Surirak (2020) ที่พบว่า ท้นตาภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการรับรู้ความรุนแรงของไวรัสโคโรนา 2019 ในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด

ด้านการรับรู้ถึงประโยชน์ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า เมื่อประชาชนมีการรับรู้ถึงความรุนแรง และความเสียหายของโรค จะมีการปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้นเพื่อให้สามารถหลีกเลี่ยงจากการเจ็บป่วยหรือโรคโควิด-19 ได้ แต่พบว่ายังมีประเด็นเกี่ยวกับการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะ ($M=2.68$) และหมอชนะ ($M=3.64$) ว่าไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 เพราะฉะนั้นประเด็นนี้ทางศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน จะต้องมีการแนะนำประโยชน์ที่แท้จริงของการใช้แอปพลิเคชันไทยชนะและหมอชนะ คือเป็นการตรวจสอบและประเมินระดับความเสี่ยงในการติดเชื้อโควิด-19 จากสถานที่ต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Moonti (2021) ก็พบว่า การรับรู้ถึงประโยชน์ของการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.กงไกรลาศ จ.สุโขทัย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านแรงจูงใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า แรงจูงใจเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่มีผลกระตุ้นให้ประชาชนป้องกันโรคโควิด-19 โดยเฉพาะแรงจูงใจจากครอบครัว หรือบุคคลในบ้านที่คอยกระตุ้นให้มีการดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ ($M=4.39$) และการแนะนำในการปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T ($M=4.32$) รวมไปถึงการรับรู้ในด้านความเสี่ยง ความรุนแรง หรือแม้กระทั่งรับรู้ประโยชน์สามารถร่วมกันในการป้องกันโรคโควิด-19 ได้ ยกตัวอย่างเช่น ในกรณีที่ประชาชนมีความต้องการที่จะลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคโควิด-19 หรือเพื่อต้องการลดความรุนแรงของโรคประชาชนจะมีความสนใจต่อสุขภาพเพื่อป้องกันไม่ให้เป็นตนเองติดเชื้อโรคโควิด-19 ได้ แต่เนื่องด้วยโรคโควิด-19 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นและมีความรุนแรงทำให้ผู้ติดเชื้อเสียชีวิตได้ ซึ่งจากการวิจัยพบว่า มาตรการ D-M-H-T-T ในการป้องกันโรคทำให้ประชาชนเกิดความอึดอัด ($M=3.58$) ประชาชนยังรู้สึกรังเกียจหรือกังวลกับบุคคลที่กลับมาจากพื้นที่เสี่ยง ($M=3.00$) ประเด็นเหล่านี้ อาจจะต้องสร้างความเข้าใจให้กับประชาชนทราบในสิ่งที่ถูกต้อง ขณะเดียวกันประชาชนยังมีความคิดเห็นว่าการสนับสนุนอุปกรณ์ในการป้องกันโรคจาก อบต./เทศบาล เช่น เจลแอลกอฮอล์ หรือหน้ากากอนามัยยังไม่เพียงพอ ($M=3.65$) ซึ่งอาจจะต้องให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องชี้แจงถึงการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์เหล่านี้ตามระเบียบของทางราชการ สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan, Singweratham, Waichompu & Chayakul (2020) ที่พบว่า การที่ อสม. ได้รับการยอมรับจากบุคคล ชุมชนและสังคม เป็นการสร้างเสริมพลังอำนาจและแรงบันดาลใจในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนให้สำเร็จ

ด้านอื่น ๆ ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ส่วนใหญ่การรับรู้อยู่ในระดับสูง เช่น การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับพื้นที่เสี่ยง ($M=4.45$) การได้รับข่าวสารในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ($M=4.46$) รวมไปถึงการติดตามสถานการณ์ระบาด ($M=4.41$) แต่ยังคงพบว่า การที่ประชาชนสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องซึ่งได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมากกว่าการได้รับสื่อจากโทรทัศน์อยู่ในระดับต่ำ ($M=1.87$) แสดงให้เห็นว่า ประชาชนมีการติดตามการปฏิบัติตนทางสื่อโทรทัศน์อย่างใกล้ชิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่า ประชาชนได้รับข้อมูล ร้อยละ 100.0 โดยได้รับจากโทรทัศน์ มากที่สุด ร้อยละ 84.6

ส่วนด้านการรับรู้อุปสรรค ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่า โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่อระบบทางเดินหายใจที่รุนแรง ลักษณะการเกิดโรคคล้ายๆกับโรคหวัด มีการติดเชื้อได้ง่าย ทำให้ประชาชนยัง

ไม่ชินกับการป้องกัน จึงทำให้เกิดความรู้สึกต่ออุปสรรคในการป้องกันโรคในบางประเด็น เช่น การหาซื้อเจล แอลกอฮอล์ที่มีราคาสูงและยาก ($M=3.32$) การใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทำให้หายใจลำบากและพูดไม่สะดวก ($M=3.05$) การเสียโอกาสในการพบแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ($M=3.00$) และการใช้เจล แอลกอฮอล์หรือการล้างมือบ่อย ๆ ทำให้ผิวแห้ง ($M=2.70$) หรือการเสียโอกาสในการพบแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 สอดคล้องกับแนวคิดของ Becker & Maiman (1975) ที่กล่าวไว้ว่า การรับรู้ถึงอุปสรรคอาจจะ เป็นความคาดการณ์ของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบ เช่น ราคาแพง ความไม่สะดวก ฉะนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติจะขึ้นอยู่กับความชั่งน้ำหนักข้อดี ข้อเสียของพฤติกรรม ดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่ามีผลดีมากกว่าผลเสีย

พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดี มีสัดส่วนใกล้เคียงกับระดับไม่ดี (ร้อยละ 51.3 และ 48.7) แสดงให้เห็นว่า ถึงแม้ว่าประชาชนจะรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง หรือรับรู้ประโยชน์ อยู่ใน ระดับสูง แต่พฤติกรรมของประชาชนยังปฏิบัติตามมาตรการ D-M-H-T-T ไม่เคร่งครัดทำให้เกิดความเสี่ยงในการ เกิดโรค โควิด-19 ซึ่งจากงานวิจัยพบว่า ยังมีพฤติกรรมบางประเด็นที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ประชาชนยัง มีการสัมผัสมือ กอด กับเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลใกล้ชิด ($M=4.07$) การไม่สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า เมื่อก่อนออกบ้าน ($M=3.90$) ซึ่งพฤติกรรมนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Singweratham, Thaopan, Nawsuwan, Pohboon & Surirak (2020) ที่พบว่า ทันทากิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขสวมหน้ากาก อนามัย (Surgical Mask) หรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน ร้อยละ 98.7 และใช้หน้ากากอนามัยหรือ ผ้าเฉพาะ เวลาจาม หรือเป็นหวัด ($M=3.64$) ไม่ได้ล้างมือหลังรับสิ่งของจากคนอื่น ($M=4.06$) รู้สึกรำคาญกับการตรวจ อุณหภูมิเมื่อออกไปนอกบ้าน ($M=4.02$) หรือไม่ได้สังเกตอุณหภูมิตัวเองเมื่อกลับมาจากนอกบ้าน ($M=3.61$) และ ไม่ได้ใช้แอปพลิเคชันไทยชนะเมื่อเข้าออกสถานที่สาธารณะ ($M=3.66$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Chomeya & Phansri (2020) ที่พบว่า ประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือทุกช่วงวัยมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ส่วน Glomjai, Kaewjiboon & Chachvarat (2020). ที่พบว่าประชาชนในเขต ต.บ้านสา อ.เมือง จ.พะเยา มี พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ภาพรวมอยู่ในระดับมาก การศึกษา ของ Khumsaen (2021) ที่พบว่าประชาชนในเขต อ.อุ้มทอง จ.สุพรรณบุรี มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการ ติดเชื้อโควิด-19 อยู่ในระดับดี การศึกษาของ Moonti (2021) ก็พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติด เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.กงไกรลาศ จ.สุโขทัย ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับดี

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 สามารถอภิปรายได้ ดังนี้

ประชาชนที่กำลังศึกษาอยู่จะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ดีกว่าประชาชนที่มีระดับ การศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาลงมา อาจจะเป็นเพราะว่า ผู้ที่กำลังศึกษาอยู่สามารถที่จะรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรค โควิด-19 ได้เร็วกว่าเนื่องจากมีความคล่องตัวและชำนาญเกี่ยวกับการใช้เทคโนโลยี ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารทาง Line/Facebook เป็นอันดับสอง รองจากการรับรู้จากทีวี (ร้อยละ 69.90) และมีผลกระทบเกี่ยวกับการเรียนโดยตรงกว่าผู้ที่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งจะต้องทำงานเพื่อหา รายได้มาใช้จ่ายในครอบครัวถึงแม้ว่ารายได้จะลดลงในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติ เพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ที่เหมาะสมและเคร่งครัดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Weerakhachon, Kwanpichit, Nawsuwan & Singweratham (2020) ที่พบว่า กำลังพลที่ปฏิบัติงานสายการแพทย์ ศูนย์อำนวยการ แพทย์ จังหวัดชายแดนใต้ ที่มีการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไปมีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่า กำลังพลที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Moonti (2021) ที่พบว่า การศึกษาไม่มี อิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.กงไกรลาศ จ.สุโขทัย

ประชาชนที่มีการรับรู้ประโยชน์ อยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ดีกว่า ประชาชนที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ-ปานกลาง อาจจะเป็นเพราะว่า เมื่อประชาชนรับรู้ถึงประโยชน์ที่ ถูกต้องย่อมมีความตระหนักให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสมกว่าผู้ที่รับรู้ประโยชน์ในระดับที่ต่ำกว่า สอดคล้องกับ

การศึกษาของ Moonti (2021) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.กงไกรลาศ จ.สุโขทัย ที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับระดับปานกลางและสูง จะมีพฤติกรรมสูงกว่าผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ในระดับต่ำ

ประชาชนที่มีการรับรู้อุปสรรค อยู่ในระดับสูง และปานกลางจะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ดีกว่าประชาชนที่มีการรับรู้อุปสรรคในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะว่า ประชาชนที่รับรู้ต่ออุปสรรคในระดับสูง จะมีผลกับการตัดสินใจต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ตนเองติดเชื้อโรคโควิด-19 และจะหาวิธีป้องกันตนเองด้วยความสามารถของตัวเองเบื้องต้นก่อนที่จะได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นหรือบุคคลอื่นในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งการศึกษานี้สอดคล้องกับ Moonti (2021) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อ.กงไกรลาศ จ.สุโขทัย ในการป้องกันโรคไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19

ประชาชนที่มีแรงจูงใจ อยู่ในระดับสูงจะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ดีกว่าประชาชนที่มีแรงจูงใจในระดับปานกลาง จากงานวิจัยจะเห็นได้ว่า ผู้ที่มีแรงจูงใจในระดับสูง โดยเฉพาะแรงจูงใจจากครอบครัวจะมีส่วนสำคัญให้มีการป้องกันจากโรคโควิด-19 ฉะนั้นในช่วงสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ความรัก ความผูกพัน ความเข้าใจ รวมไปถึงกำลังใจที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว ย่อมเป็นแรงจูงใจให้บุคคลในครอบครัวปฏิบัติตนเพื่อไม่ให้ติดเชื้อโรคโควิด-19 สอดคล้องกับการศึกษาของ Nawsuwan, Singweratham, Waichompu & Chayakul (2020) ที่พบว่าความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคโควิด-19 เกิดจากแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

การนำผลวิจัยไปใช้

จากการวิจัยยังพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และแรงจูงใจ รวมไปถึงปัจจัยส่วนบุคคลด้านการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้ ฉะนั้น หากประชาชนมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่สามารถป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้ จึงควรนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 เช่น การสร้างพลังในชุมชน การสร้างความสามารถในตนเอง ให้กับประชาชนร่วมไปถึงการให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ทั้งนี้ควรให้หน่วยงานในชุมชน เช่น อบต. มีส่วนร่วมในการผลักดันให้ประชาชนมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาแบบการเฝ้าระวังโรคในชุมชน ให้มีมาตรการที่เกิดจากประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อการเฝ้าระวังโรคในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน

References

- BBC NEWS. (2020). *Robert Cuffe. Coronavirus Death Rate: What are the Chances of Dying? England: London.*
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). The Health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. *Health Education Monography*, 2. Winter, 336-385.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rded). Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Chaimay, B. (2013). Sample Size Determination in Descriptive Study in Public Health. *Thaksin University Journal*, 16(2), 9-18.

- Chomeya, R. & Phansri, G. (2020). New Corona Virus (CoVid-19) Disease Prevention Behaviors Awareness: Comparison Between Ages. *Journal of the Humanities and Social Sciences Mahasarakham University*, 39(6), 71-82.
- Department of Disease Control. (2020). Guide to the Prevention and Control of Coronavirus Disease 2019 or COVID-19 for the People. Ministry of Public Health. Nonthaburi. (in Thai)
- Department of Disease Control. (2021). *Coronavirus Disease 2019 Situation Report*. Ministry of Public Health. Nonthaburi. (in Thai)
- Ganjanawasee, S. (2001). *Choosing the Right Statistics for Research*. (4nded). Bangkok. Boonsiriprint. (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), 30-39.
- Government Gazette. (2020). *Announcement of the Ministry of Public Health: The Significance of Dangerous Communicable Diseases (No.3)*. Ministry of Public Health. Nonthaburi. (in Thai)
- Khumsaen, N. (2021). Knowledge, Attitudes, and Preventive Behaviors of COVID-19 among People Living in Amphoe U-thong, Suphanburi Province. *Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province*, 4(1), 33-48.
- Moonti, J. (2021). Factors Influencing Preventive Behavior of Coronavirus Disease 2019 Among Village Health Volunteers in Kong Krailat District, Sukhothai Province. *The Office of Disease Prevention and Control 9, Nakhon Ratchasima Journal*, 27(2), 5-14.
- Nakhon Si Thammarat Provincial Public Health Office. (2021). *Coronavirus Disease 2019 Situation Report*. Nakhon Si Thammarat. (in Thai)
- Nawsuwan, K., Singweratham, N., Waichompu, N. & Chayakul, K. (2020). The Successful Implementation of Novel Coronavirus (COVID-19) in the Community of Village Health Volunteers (VHVs) in Thailand. *Princess of Naradhiwas University Journal*, 12(3), 195-212.
- Prutipinyo, C. (2020). Surveillance, Prevention, and Control Measures of COVID-19 Pandemic. *Public Health policy & Laws Journal*, 6(2), 467-458.
- Singweratham, N., Thaopan, W. W., Nawsuwan, K., Pohboon, C. & Surirak, S. (2020). Perception and Preventive Behaviors on the Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) among Dental Nurses Under the Ministry of Public Health. *Journal of Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute*, 14(2), 104-115.
- Waehayi, H. (2020). Severity Perception and Preventive Behavior on the Coronavirus Disease – 2019 among Youth at Sateng-Nok Subdistrict, Muang District, Yala Province. *Academic Journal of Community Public Health*, 6(4), 158-168.
- Weerakhachon, P., Kwanpichit, C., Nawsuwan, K. & Singweratham, N. (2020). Perception and Preventive Behaviors on the Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) among Personnel in Medical Operations at Southern Border Provinces Medical Center. *Thai Journal of Public Health and Health Sciences*, 3(3), 106-117.

World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report – 71*.
Geneva: World Health Organization.

ประสิทธิผลของการฝึก Reaction Time ต่อการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา
ในผู้สูงอายุ 70-80 ปี

Effects of Reaction Time Training on Balance and Strength of legs
in Older Adults Aged 70-80 Years Old

สุกัญญา ทองดำ¹ และ กิตติพร เนาว์สุวรรณ^{2*}

Sukanya Tongdum¹ and Kittiporn Nawsuwan^{2*}

¹โรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา¹, ²วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา สถาบันพระบรมราชชนก^{2*}

khuanniang Hospital¹, Boromarajonani College of Nursing, Songkhla Praboromarajchanok Institute²

(Received: August 26, 2021; Revised: April 10, 2022; Accepted: April 20, 2022)

บทคัดย่อ

การศึกษากึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อน และหลังการทดลอง (One-Group Pre-test Post-test Experiment) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการฝึก Reaction time ต่อการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลควนเนียง ผู้สูงอายุ 70-80 ปี จำนวน 27 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมการฝึก Reaction time และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย แบบวัดการทรงตัว (TUGT) และแบบวัดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา (30 Second Stand test) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test ผลการวิจัย พบว่า

หลังการฝึก Reaction time ผู้สูงอายุ 70-80 ปี มีการทรงตัว ($M=11.92, SD=0.74$) และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ($M=17.51, SD=3.38$) ดีขึ้น ($M=12.84, SD=0.66; M=14.48, SD= 2.42$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

ดังนั้น โรงพยาบาลควนเนียง และสถานบริการสุขภาพในเครือข่ายควรนำการฝึก Reaction time ไปประยุกต์ใช้ทางคลินิก หรือนำไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการฝึกแบบอื่นเพื่อเพิ่มการทรงตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาให้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการหกล้มลดน้อยลง และลดอัตราการบาดเจ็บจากการหกล้มในผู้สูงอายุต่อไป

คำสำคัญ: การฝึก Reaction time, การทรงตัว, ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Nuaom2407@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 080-486790)

Abstract

This one-group quasi-experimental study, pre and post-test measurement, was to explore the effects of Reaction time training on balance and strength of legs in older adults aged 70-80 years old. Participants were 27 older persons who had the treatment at Khuanniang hospital. Research instrument was the Reaction time training program. Data were collected by using the Time Up and Go Test and Leg muscle strength test (30-second stand test), and analyzed by Wilcoxon Signed Rank Test.

The results revealed that after the Reaction time training, the participants had their significantly better balance ($M= 11.92$, $SD= 0.74$) and strength of leg muscles ($M= 17.51$, $SD= 3.38$) than before the training ($M= 12.84$, $SD= 0.66$; $M= 14.48$, $SD= 2.42$ respectively) ($p<0.001$).

It could be suggested that Khuanniang hospital and healthcare networks should apply the Reaction time training for clinical practice or apply in conjunction with other trainings for further improving balance and leg muscle strength in reducing falling risk and injury rate of falls in the elderly.

Keyword: Reaction time training, Balance, Strength of leg muscles, Older adults

บทนำ

ปัจจุบันในประเทศไทยพบว่า มีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ และสาธารณสุขเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ 2562 พบว่ามีผู้สูงอายุคิดเป็นประมาณร้อยละ 16.73% ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งปัจจุบัน ปี 2565 ผู้สูงอายุในประเทศไทยมีประมาณ 11.8 ล้านคน จากประชากรกว่า 66 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 17.9% นับว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา โดยตามนิยามขององค์การสหประชาชาติ (UN) กำหนดไว้ว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป สัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยจำนวนผู้สูงอายุ ในภาคใต้ทั้งหมดมีประมาณร้อยละ 12.42% ของประชากรทั้งหมด (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2562) คิดเป็นจำนวนผู้สูงอายุในจังหวัดสงขลา 1.97% เพราะฉะนั้นการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ จึงควรให้ความสนใจเป็นอันดับต้น ๆ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของระบบประสาทสั่งงาน (Daubney, 1999) เช่น ผู้สูงอายุเดินช้าขึ้น ใช้เวลาในการควบคุมการทรงตัวมากขึ้น (Blaszczuk, Lowe, Hansen, 1994 & Boer, 2010) ใช้เวลาในการเดินข้ามสิ่งกีดขวางมากขึ้น (Chen, 1991) มีการประสานสัมพันธ์ของร่างกาย (Coordination) และเวลาปฏิกิริยา (Reaction Time) ลดลง รวมไปถึงมีการสลับฟ่อของกล้ามเนื้อส่งผลให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง สาเหตุเหล่านี้ ส่งผลให้การควบคุมความสมดุลการทรงตัว (Balance) ลดลง กล่าวคือ ความเสื่อมของประสาทสั่งงานทำให้ความสามารถในการควบคุมร่างกายในอยู่ในแนวตั้งลดลง หรือการที่จุดศูนย์ถ่วงของร่างกาย (Center of Gravity) ไม่ตั้งฉากต่อฐานที่รองรับ (Base of support) อาจก่อให้เกิดปัญหาการหกล้มตามมาได้ (Fuller, 1982) ซึ่งการหกล้มเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุไทย จากการรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พบว่า การหกล้มเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุบาดเจ็บ เช่น กระดูกหัก ข้อเคล็ดหรือบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร แม้ว่าในรายที่ได้รับบาดเจ็บไม่รุนแรง รวมไปถึงการหกล้มที่เกิดขึ้นก็จะส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียความมั่นใจเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวได้ มีความกลัวที่จะเกิดการ หกล้มซ้ำอีก ดังนั้นการเพิ่มความสามารถในการทรงตัว และการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม/ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุได้ (ปริศนา รหัสิตา, 2561)

การทรงตัว (Balance) ประกอบด้วยหลาย ๆ ระบบร่วมกัน เช่น ระบบการมองเห็น การทรงตัวของหูชั้นใน ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ และระบบประสาททั้งการรับรู้ความรู้สึก และการสั่งการ ซึ่งเวลาปฏิกิริยา (Reaction time) คือช่วงเวลาระหว่างการรับรู้สิ่งกระตุ้นที่มากระตุ้น จนกระทั่งเริ่มมีการตอบสนอง อาจจะเป็นการรับรู้ด้วยการมองเห็น การได้ยิน การสัมผัส จากหลายการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า Reaction time มีผลต่อ Balance และมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของมนุษย์เป็นอย่างมาก ซึ่งการทรงตัวที่ดี จะทำให้การเคลื่อนไหวขณะทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันคล่องแคล่วมากยิ่งขึ้น (สมนึก กุลสถิตพร, 2549)

สำหรับโรงพยาบาลควนเนียง อุบัติการณ์พลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุพบว่า ปี พ.ศ. 2559-2563 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 พ.ค.2563) มีจำนวน 97 ครั้ง, 111 ครั้ง, 151 ครั้ง, 149 ครั้ง และ 96 ครั้งตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีอุบัติการณ์เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดการบาดเจ็บขึ้น เช่น กระดูกหัก ข้อเคลือบหรือบาดเจ็บศีรษะ ซึ่งเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร รวมไปถึงสูญเสียเวลาในการทำ การรักษาอาการบาดเจ็บต่าง ๆ อีก ทั้งนี้การรักษาที่ปลายเหตุอาจจะไม่เพียงพอ การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความสามารถในการทรงตัวจึงเป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุได้ ซึ่งสามารถทำได้หลากหลายลักษณะ (Gulsatitporn, 2006 & Silsupadol, 2012)

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาประสิทธิภาพของการฝึก Reaction time ต่อการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ในผู้สูงอายุ 70-80 ปี นี้ขึ้น เพื่อนำไปให้คำแนะนำหรือประยุกต์ใช้ในการฝึก เพื่อป้องกันการหกล้มขณะทำกิจกรรมชีวิตประจำวันในผู้สูงอายุ ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการฝึก Reaction Time ต่อการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ในผู้สูงอายุ 70 -80 ปี ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา

วัตถุประสงค์เฉพาะ

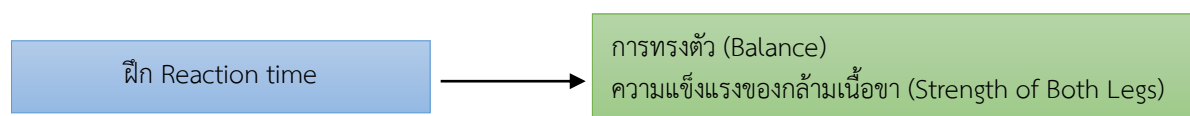
1. เพื่อเปรียบเทียบการทรงตัว ในผู้สูงอายุ 70-80 ปี ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ระหว่างก่อนและหลังการฝึก Reaction Time
2. เพื่อเปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ในผู้สูงอายุ 70-80 ปี ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ระหว่างก่อนและหลังการฝึก Reaction Time

สมมติฐานวิจัย

1. หลังการฝึก Reaction Time ผู้สูงอายุ 70-80 ปี ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา มีการทรงตัว ดีขึ้น
2. หลังการฝึก Reaction Time ผู้สูงอายุ 70-80 ปี ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา มีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ที่ดีขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการฝึก Reaction Time เป็นการฝึกปฏิกิริยาการรับรู้และการตอบสนองต่อการเคลื่อนไหว ซึ่งเป็นการฝึกเพื่อพัฒนาการทำงานระบบประสาท และพัฒนาเวลาปฏิกิริยาของเท้า ความสัมพันธ์ของการทรงตัวในแต่ละรูปแบบการเคลื่อนไหวที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบกลุ่มเดี่ยว วัดก่อนและหลังการทดลอง (The One Groups, Pre-test, Post-test Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ผู้สูงอายุ 70-80 ปี พื้นที่โรงพยาบาลควนเนียง ระหว่างเดือนกันยายน 2563 – ธันวาคม 2563 จำนวน 27 คน กำหนดเกณฑ์ในการคัดเลือก คัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. สามารถเข้าใจคำสั่งอย่างง่ายได้
2. สามารถเดินได้ด้วยตนเองโดยไม่ใช้เครื่องช่วยเดิน
3. มีความสนใจและให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ที่มีประวัติหรือเคยได้รับการวินิจฉัยบัพพร่องทางด้านการมองเห็น เช่น ตาบอดสี เป็นต้น
2. ผู้ที่มีประวัติหรือเคยได้รับการวินิจฉัยทางระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคไขสันหลังบาดเจ็บ เป็นต้น
3. ผู้ที่มีประวัติหรือเคยได้รับการวินิจฉัยทางระบบกระดูกและกล้ามเนื้อในยางค์ขาที่มีผลต่อการทรงตัว เช่น ข้อสะโพก ข้อเข่า ข้อเท้าเสื่อม เป็นต้น
4. ผู้ที่มีประวัติหรือเคยได้รับการวินิจฉัยทางระบบหัวใจและหลอดเลือด เช่น มีอาการหน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอกขณะทำกิจกรรม เป็นต้น
5. ผู้ที่เคยหกล้มภายในระยะเวลา 6 เดือน
6. ผู้ที่ดื่มกาแฟหรือแอลกอฮอล์ภายในระยะเวลา 24 ชั่วโมงก่อนทำการทดสอบ
7. ผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นความดันโลหิต ที่มีความดันโลหิตมากกว่า 160/100 มิลลิเมตรปรอท หรือน้อยกว่า 90/60 มิลลิเมตรปรอท
8. ผู้ที่ได้รับยาที่มีผลทำให้เกิดอาการง่วงนอนหรือมีผลต่อการทรงตัวในระยะเวลา 2 ชั่วโมง ก่อนมาทำการทดสอบ เช่น ยานอนหลับ ยาต้านซึมเศร้า ยารักษาโรคจิตเภท เป็นต้น
9. มีการทรงตัวบกพร่อง ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน หรือต้องมีผู้ช่วยในการเคลื่อนย้ายตัว

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ได้แก่ ผู้สูงอายุสุขภาพดีอายุ 70-80 ปี โรงพยาบาลควนเนียง ระหว่างเดือนกันยายน 2563-ธันวาคม 2563 คำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก t-tests, Statistical test เลือก Means: Differences Between Two independent Means (Matched Paired) กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect Size) = 0.25 ซึ่งเป็นระดับปานกลาง Cohen ได้กล่าวว่า การกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบบไม่อิสระต่อกัน สามารถกำหนดอิทธิพลของกลุ่มตัวอย่างได้ตั้งแต่ระดับปานกลางถึงระดับสูง (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha)=.05 และค่า Power=0.8 ได้กลุ่มตัวอย่าง 27 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive) ตามเกณฑ์คัดเลือก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการฝึก Reaction Time ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้วิธีการฝึก จะใช้เท้ากดแผ่นเท้าที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้เร็วที่สุด เมื่อเห็นสัญญาณภาพปรากฏและให้ตรงกับทิศทางที่กำหนด ซึ่งมี 2 ทิศทาง หลังจากกดเสร็จให้นำเท้ากลับมายังตำแหน่งพัก เพื่อรอสัญญาณภาพ อีกครั้ง

ทั้งนี้การฝึก Reaction Time จะใช้เวลา 30 นาที โดยแบ่งเป็นการฝึกขาข้างละ 3 นาที เมื่อครบ 2 ข้าง ให้หยุดพัก 3 นาทีสลับกับการฝึก ทำซ้ำ 3 set/ครั้ง ฝึกอาทิตย์ละ 2 ครั้ง ต่อเนื่อง 1 เดือน โดยมีผู้วิจัยดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งการฝึกผู้วิจัยจะทำการฝึกทีละคน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้วิธีการประเมินความทรงตัวแบบวัดการทรงตัว โดยใช้ TUGT (Timed Up and Go Test) และแบบวัดการความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ผู้วิจัยใช้วิธีการลุกนั่ง 30 นาที (30 second stand test) ของทิวพร ทวีวรรณกิจ, สุกัลยา อมตฉายา (2558) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป ถามรายละเอียดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น อายุ อาชีพ เป็นต้น

2.2 แบบวัดการทรงตัว โดยใช้ TUGT (Timed Up and Go Test) เป็นการประเมินความสามารถในการเดิน (Walking Ability) และความเสี่ยงในการหกล้ม (Falls risk) อุปกรณ์ที่ใช้ประกอบด้วย 1) เก้าอี้มีพนักพิง 2) ระยะทาง 3 เมตร และ 3) นาฬิกาจับเวลา ทำการประเมิน: เริ่มจับเวลาเมื่อให้ผู้ป่วยลุกจากเก้าอี้ เดินตรงไป 3 เมตร กลับตัวแล้วเดินกลับมาที่เก้าอี้ตามเดิม หน่วยเวลาที่ได้เป็นวินาที (Second) ในขณะที่จับเวลา เราสามารถประเมินกิจกรรมที่ผู้ป่วยกำลังปฏิบัติ ตั้งแต่การลุกขึ้นยืนจากท่านั่งเก้าอี้ การเดินทางตรง 3 เมตร การกลับตัวเดินกลับมาที่เก้าอี้ และหมุนตัว นั่งลงที่เก้าอี้

2.3 แบบวัดการความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ผู้วิจัยใช้วิธีการลุกนั่ง 30 นาที (30 Second Stand test) โดยให้ผู้สูงอายุนั่งตรงกลางเก้าอี้หลังตรง เท้า 2 ข้างวางราบบนพื้นห้อง แขนวางไขว้กับที่หน้าอกวางมือที่เนินอก เมื่อให้คำสั่งว่า “เริ่ม” ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นยืนตรง และกลับมานั่งเก้าอี้ กระตุ้นและให้กำลังใจให้ทำการยืน และนั่งจนสมบูรณ์ภายใน 30 วินาที ดังนั้น ช่วงการสาธิตก่อนการทดสอบให้ทำซ้ำ ๆ เพื่อให้เห็นการเคลื่อนไหวที่สมบูรณ์และทำในจังหวะที่เร็วที่สุดเท่าที่ทำได้และปลอดภัย ให้ผู้สูงอายุลองซ้อมก่อนการทดสอบจริง 2-3 รอบของการนั่งไปยืนและกลับมา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการฝึก Reaction time ที่ได้สร้างขึ้นเองเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน โดยเป็นอาจารย์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์ 1 คน อาจารย์ศูนย์ศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา 3 จังหวัดสงขลา 1 คน และนักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ 1 คน เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยวิธี IOC

ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อเกี่ยวข้องกับความเหมาะสมต่อการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้หากการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิพบว่า ข้อคำถามบางข้อต้องแก้ไขปรับปรุง เพื่อให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ ผู้วิจัยจะดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างในผู้สูงอายุ 70-80 ปี

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนทดลอง

1. ผู้วิจัยขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลควนเนียง และทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลควนเนียง

2. ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์โครงการวิจัยเพื่อหากกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และมีความสนใจรับฟังรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย

3. เมื่อผู้สนใจเข้าร่วมโครงการครบตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยทำการอธิบายความเป็นมาของปัญหาชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ตลอดจนการพิทักษ์ให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

4. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพกับกลุ่มตัวอย่าง อธิบายกระบวนการวิจัย ขั้นตอนการทำกิจกรรมตามโปรแกรมให้กลุ่มตัวอย่างได้รับทราบ พร้อมสอบถามและตอบข้อสงสัยหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อคำถาม

5. ผู้วิจัยทำการซักประวัติและตรวจร่างกายเบื้องต้นเพื่อประเมินความพร้อมก่อนการทดสอบ และทดสอบ TUGT เพื่อประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม รวมไปถึงทดสอบ 30 second stand test เพื่อทดสอบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ก่อนเข้าโปรแกรมการฝึก Reaction time training

ขั้นทดลอง

6. ผู้เข้าร่วมงานวิจัยทำการอบอุ่นร่างกาย โดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ และบริหารร่างกาย 10 นาที โดยทำตามผู้วิจัย

7. เริ่มทำการฝึก Reaction Time Training โดยใช้เทปกดแผ่นเท้าที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้เร็วที่สุด เมื่อเห็นสัญญาณภาพปรากฏและให้ตรงกับทิศทางที่กำหนด ซึ่งมี 2 ทิศทาง หลังจากกดเสร็จให้นำเท้ากลับมาวางตำแหน่งพัก เพื่อรอสัญญาณภาพ อีกครั้ง

ทั้งนี้ การฝึก Reaction Time จะใช้เวลา 30 นาที โดยแบ่งเป็นการฝึกขาข้างละ 3 นาที เมื่อครบ 2 ข้างให้หยุดพัก 3 นาทีสลับกับการฝึก ทำซ้ำ 3 set/ครั้ง ฝึกอาทิตย์ละ 2 ครั้ง ต่อเนื่อง 1 เดือน โดยมีผู้วิจัยดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งการฝึกผู้วิจัยจะทำการฝึกทีละคน

ขั้นหลังการทดลอง

8. ทำการทดสอบ TUGT และ 30 Second Stand test ซ้ำอีกครั้งหลังจากการฝึกโปรแกรม Reaction Time Training แล้วบันทึกค่าที่ได้

9. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

- วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- วิเคราะห์เปรียบเทียบการทรงตัว ในผู้สูงอายุ 70-80 ปี ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ระหว่างก่อนและหลังการฝึก Reaction time โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test (Shapiro-Wilk Test, $p=.021$) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)
- วิเคราะห์เปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ในผู้สูงอายุ 70-80 ปี ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา ระหว่างก่อนและหลังการฝึก Reaction time โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test (Shapiro-Wilk Test, $p<.001$) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2010)

ผลการวิจัย

1. ผู้เข้าร่วมวิจัย เป็นผู้สูงอายุ 70-80 ปี มีอายุเฉลี่ย 73.11 ปี เพศชาย ร้อยละ 44.4 เพศหญิง ร้อยละ 55.5 สถานะภาพสมรส ร้อยละ 70.4 คู่สมรสเสียชีวิต ร้อยละ 29.6 มีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง ร้อยละ 59.3 เบาหวาน ร้อยละ 14.8 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 25.9

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้เข้าร่วมวิจัย

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุเฉลี่ย 73.11 ปี ($SD=2.92$, $Min = 70$ ปี , $Max= 80$ ปี)		
เพศ		
ชาย	12	44.44
หญิง	15	55.55
สถานะภาพ		
สมรส	19	70.37
คู่สมรสเสียชีวิต	8	29.63
โรคประจำตัว		
ความดันโลหิตสูง	16	59.26
เบาหวาน	4	14.81
ไม่มี	7	25.93

2. เปรียบเทียบการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ก่อน-หลัง การฝึก Reaction time

ตาราง 2 เปรียบเทียบการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ก่อน-หลัง การฝึก Reaction time

การฝึก Reaction Time	n	M	SD	Z	p-value (1-tailed)
Time Up and Go test					
ก่อนฝึก	27	12.84	0.66	-4.543	<0.001
หลังฝึก	27	11.92	0.74		
30 Second Stand test					
ก่อนฝึก	27	14.48	2.42	-4.593	<0.001
หลังฝึก	27	17.51	3.38		

จากตาราง 2 พบว่าหลังการฝึก Reaction Time ผู้สูงอายุ 70-80 ปี ในโรงพยาบาลควนเนียง จังหวัดสงขลา มีการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001

อภิปรายผล

การทรงตัว เมื่อเปรียบเทียบเวลาในการทดสอบ Time up & Go test ก่อนและหลังการฝึก Reaction time พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.001 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ภาคภูมิ พิสิทธ์ ที่ศึกษาผลของของฝึกตารางเก้าช่องที่มีต่อเวลาปฏิกิริยาตอบสนอง ซึ่งขั้นตอนการทำวิจัยคล้ายกับงานวิจัยนี้ คือ ฝึกตาราง 9 ช่องโดยใช้ขาทั้งสองข้าง พบว่า ภายหลังการฝึก สัปดาห์ที่ 8 ปฏิกิริยาการตอบสนอง (Reaction Time) ดีขึ้น ซึ่งการพัฒนาปฏิกิริยาความเร็วของเท้าจะมีความสัมพันธ์กับการทรงตัว จึงสามารถนำไปเป็นแนวทางในการฝึก เพื่อพัฒนาการทรงตัวต่อไปได้ การฝึกปฏิกิริยามีผลต่อระบบประสาทสั่งงาน ให้เป็นไปด้วยความรวดเร็วและแรงขึ้น การสั่งงานของระบบประสาทมีความสัมพันธ์กับการทำงานของกล้ามเนื้อ เกิดการประสานงานและทักษะเพิ่มยิ่งขึ้น ส่งผลให้เวลาปฏิกิริยาตอบสนองลดน้อยลงได้ การฝึกปฏิกิริยาจึงส่งผลให้ปฏิกิริยาการตอบสนอง (Reaction time) ลดลง และเนื่องจากเวลาปฏิกิริยาเป็นปัจจัยหนึ่งในการทรงตัว ดังนั้น การฝึกปฏิกิริยา (Reaction time training) จึงมีผลต่อการทรงตัว ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Lajoie, Girard, Guay (2002) พบว่า Reaction time มีผลต่อการทรงตัว และสามารถทำนายความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ณุวีร์ เกิดสมบูรณ์ ที่ศึกษาผลของการออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการฝึกมินิเทนนิสที่มีผลต่อเวลาปฏิกิริยาตอบสนองของมือและตา และการทรงตัวของเด็กก้อทิสติก พบว่า หลังการฝึกมินิเทนนิส ทำให้เด็กก้อทิสติก (ควรเอางานวิจัยผู้สูงอายุ อันนี้เด็ก) มีพัฒนาการด้านการทรงตัวที่ดีขึ้น เนื่องจากการศึกษาพบว่า การทำงานประสานกันระหว่าง มือ ตา และเท้า จะทำให้ร่างกายสามารถทำงานได้ดีขึ้น การออกกำลังกายจะทำให้ระบบประสาทและระบบกล้ามเนื้อทำงานประสานกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลทำให้ระบบในร่างกายเกิดความสมดุล สามารถทรงตัวได้ดีขึ้นเช่นกัน (ณุวีร์ เกิดสมบูรณ์, 2558)

ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา เมื่อเปรียบเทียบความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ก่อนและหลังการฝึก Reaction time พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.001 ซึ่ง Hazeldine (1987) รายงานว่า เมื่อมีการออกกำลังกายหรือฝึกสม่ำเสมอ จะเกิดการพัฒนาต่อคุณสมบัติของกล้ามเนื้อและระบบประสาทการตอบสนองของกล้ามเนื้อ ซึ่งคุณสมบัติของกล้ามเนื้อจะเป็นไปในด้านการเพิ่มขนาดของกล้ามเนื้อ ส่วนการตอบสนองของระบบประสาทเป็นไปในด้านการเพิ่มการตอบสนอง ต่อระบบประสาทที่มาจากระบบประสาทส่วนกลาง การระดมเส้นใยกล้ามเนื้อแต่ละหน่วยจะมีประสิทธิภาพมากขึ้น ความเร็วในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ จึงเพิ่มตามมา การฝึกแบบซ้ำ ๆ จะเกิดการเรียนรู้ทักษะได้ จึงทำให้สามารถพัฒนาความอดทนและความแข็งแรงได้ดี

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่าหลังจากการใช้โปรแกรมการฝึก Reaction Time ในผู้สูงอายุ 70-80 ปี ใน รพ. ความนิยม ผู้สูงอายุมีการทรงตัวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาเพิ่มขึ้น ดังนั้น การฝึก Reaction time จึงเป็นวิธีการหนึ่งที่น่าสนใจ ในการนำไปประยุกต์ใช้ทางคลินิก หรือนำไปประยุกต์ใช้ร่วมกับการฝึกอื่น ๆ เพื่อเพิ่มการทรงตัว และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาให้ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของการใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) แบบสองกลุ่มเดี่ยววัดก่อนและหลังการทดลอง (The Two Groups, Pre-test, Post-test Design)
2. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ดังนั้นสำหรับการศึกษารุ่นต่อไป อาจจะนำไปศึกษาในกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น นักกีฬา เป็นต้น

References

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2562). สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562. สืบค้นเมื่อ 16 มิถุนายน 2563 (บริการสารสนเทศออนไลน์) จาก <http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>.
- เกรียงไกร ชูศักดิ์, ภาคกร ฉบับพงษ์, เยาวภา แผลมฉลาด และอรวิริย์ อิงคเดชะ. (2555). การเปรียบเทียบผลของการฝึกเวลาปฏิกิริยาก่อนและหลังด้วยโปรแกรมบ๊อบบอลและลูกบอล Reaction ในกีฬาเทเบิลเทนนิส. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา*, 12(2), 51-59.
- ณัฐวีร์ เกิดสมบุญ. (2558). ผลของการออกกำลังกายด้วยโปรแกรมการฝึกมินิเทนนิสที่มีต่อเวลาปฏิกิริยาตอบสนองมือและตา และการทรงตัวของเด็กออทิสติก. *ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาศาสตร์การกีฬา)*. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ทิวาพร ทวีวรรณกิจ, สุภัลยา อมตฉายา. (2558). แบบประเมินความสามารถทางกายของผู้สูงอายุแบบองค์รวม. สืบค้นเมื่อ 21 มกราคม 2564 จาก https://pt.or.th/PTCouncil/file_attach/24Nov201516-AttachFile1448367076.pdf
- นุกูล ฉายสุริยะ. (2550). ผลของการฝึกการประสานงานของตากับมือด้วยลูกบอลที่มีต่อปฏิกิริยาตอบสนอง. *ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาศาสตร์การกีฬา)*. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- ปรีศนา รดสีดา. (2561). การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน : บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน. *วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย*.
- ภาคภูมิ พิสิทธิ์. (2552). ผลของการฝึกตาราง 9 ช่องขนาดแตกต่างกันที่มีต่อเวลาปฏิกิริยาตอบสนอง. *ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (วิทยาศาสตร์การกีฬา)*. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สมนึก กุลสถิตพร. (2549). *กายภาพบำบัดในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ ออฟเซ็ท เพรส จำกัด
- 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.
- Hazeldine, R. (1987). *Fitness for Sport*. London: The Croood Press Mailbroun.
- Lajoie, Y., Girard, A. & Guay, M. (2002). Comparision of the Reaction Time: the Berg Scale and the ABC in Non-Fallers and Fallers. *Arch Gerintol Geriatr*, 35(3), 215-25

ผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ต่อความเครียดและการจัดการความเครียดของประชาชน
กลุ่มวัยทำงาน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี
Impacts of COVID-19 Crisis on Stress and Stress Management among
Working-Age People in Si Prachan District, Suphan Buri Province

ไมตรี ธนาวัตนะ^{1*}, อธิพิณ ดวงจินดา², วาสนา ธนาวัตนะ³

Maitree Thanawattana^{1*}, Aittiphol Duangchinda², Wasana Thanawattana³

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านลาดปลาเค้า^{1, 3}, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี²

Lad Pracao Sub-District Health Promotion Hospital^{1, 3}, Sirindhorn College of Public Health Suphanburi²

(Received: July 29, 2021; Revised: April 25, 2022; Accepted: April 30, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ต่อความเครียด และการจัดการความเครียดของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนกลุ่มวัยทำงาน จำนวน 420 คน จากการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยความเครียด และการจัดการความเครียด ซึ่งสร้างโดยใช้ทฤษฎีแนวคิดด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม ของ Engel และการจัดการกับความเครียดตามแนวคิดการเผชิญความเครียด ได้ค่าดัชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (S-CVI) เท่ากับ .973 และได้ค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .940 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า

1. ผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ต่อความเครียดของกลุ่มประชาชนวัยทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.48$, $SD=0.09$) ระดับความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=40.25$, $SD=13.16$) และการจัดการความเครียด ($M=2.83$, $SD=0.11$) โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความเครียดและการจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.46$, $p<.001$) ส่วนระดับความเครียดและการจัดการความเครียด โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำมาก ($r=0.19$, $p<.001$)

ดังนั้น ควรส่งเสริมให้มีกิจกรรมเพื่อการจัดการความเครียดซึ่งเป็นผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ในด้านการปรับตัว และการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียด สามารถรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19, ความเครียด, การจัดการความเครียด, วัยทำงาน

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ladpracao215@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 08-7168-4224)

Abstract

The objective of this cross-sectional analytical research was to study the impacts of COVID-19 crisis on stress and stress management among working-age people in Si Prachan district, Suphan Buri province. Participants were 420 working-age people selected by simple random sampling. Questionnaire related to stress factors and stress management developed by using Engel's theory of biological, psychological and social concepts and also stress management based on the concept of coping was applied for collecting data. The content validity index (S-CVI) and reliability linked Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire were tested and obtained as 0.973 and 0.940 respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics and Pearson's correlation. The results revealed that:

1. The effect of COVID-19 crisis on stress among working-age people was at a moderate level ($M = 2.48, SD = 0.09$). The overall stress was at a moderate level ($M = 40.25, SD = 13.16$) and stress management was also at a moderate level ($M = 2.83, SD = 0.11$).

2. The relationship between stress factors and stress management was seen as positive with moderate level ($r = 0.46, p < .001$), while stress level and stress management were positively correlated at a very low level ($r = 0.19, p < .001$).

Therefore, the related activities should be promoted and provided for working-age people affecting from COVID-19 crisis in order for adapting themselves and solving their stress problems, as well as for enabling to cope with their various life situations effectively.

Keywords: impacts of COVID-19 crisis, stress, stress management, working-age

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 (COVID-19) ที่มีการระบาดใหญ่ไปทั่วโลก (Pandemic) ตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2562 เป็นต้นมา ทำให้รัฐบาลไทยได้ประกาศข้อกำหนดแห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2548 (ฉบับที่ 1) มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 26 มีนาคม พ.ศ. 2563 มีการสั่งปิดสถานที่เป็นการชั่วคราว การระงับการให้บริการของสถานบริการต่าง ๆ ในหลายพื้นที่ และการงดกิจกรรม เช่น การแข่งขันกีฬา งานบันเทิง งานอบรมสัมมนา และการแสดงสินค้า เป็นต้น (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของประชาชน รวมทั้งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในทุกมิติทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจเป็นวงกว้างอย่างชัดเจน ซึ่งผู้ได้รับผลกระทบในวงกว้างในระยะเฉียบพลันชัดเจนคือธุรกิจต่าง ๆ และการจ้างงาน เช่น ภาคธุรกิจการท่องเที่ยว ธุรกิจร้านอาหาร ธุรกิจรายย่อย ร้านค้าปลีก เป็นต้น (มูลนิธิพัฒนาท้องถิ่น, 2563) สำนักงานสถิติแห่งชาติได้คาดการณ์ว่าในประเทศไทยมีจำนวนผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงอย่างฉับพลัน สูงถึงประมาณ 9.88 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ทั้งกลุ่มแรงงานนอกระบบ และแรงงานที่อยู่ในภาคบริการในร้านค้า และตลาดกลุ่มแรงงานผู้ได้รับค่าจ้างรายวัน และกลุ่มผู้มีรายได้น้อยจะได้รับผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 มากที่สุด ทั้งในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน และการทำงาน โดยเฉพาะผลกระทบที่ตามมาคือเกิดความเครียด (Stress) ซึ่งเป็นภาวะทางจิตใจและร่างกายที่ตอบสนองต่อความกดดัน การคุกคาม หรือบีบคั้นทางด้านจิตใจและร่างกาย เมื่อต้องเผชิญกับเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่พึงประสงค์ รวมถึงสถานการณ์ใหม่ ๆ ซึ่งสามารถพัฒนาความรุนแรงจนกลายเป็นปัญหา และส่งผลเสียต่อสุขภาพในระยะยาวทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ รวมถึงด้านพฤติกรรมจากเหตุการณ์ต่าง ๆ (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563; คณิน จินตนาปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีณย์กุล, 2562) อย่างไรก็ตาม แม้ว่า

ความเครียดจะเป็นเรื่องปกติพื้นฐานประจำชีวิตคือเป็นภาวะปกติที่บุคคลต้องเผชิญและเป็นกระบวนการหนึ่งของชีวิตที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมได้ ซึ่งถ้าหากมีการจัดการความเครียดที่ไม่ดีหรือไม่เหมาะสม ย่อมจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลได้โดยตรง (วันทนา เนาว์วัน และอารมณ เอี่ยมประเสริฐ, 2563) ซึ่งบุคคลกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่ไม่อาจหลีกเลี่ยงความเครียดได้ ทำให้ประสิทธิภาพการทำงาน และคุณภาพชีวิตลดน้อยลง (กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เนื่องจากปัจจัยความเครียดที่เกิดขึ้นได้ในแต่ละบุคคล มีทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียด ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสิ่งแวดล้อม เช่น มีนิสัยคิดมาก ขอบวิตกกังวลในเรื่องเล็กน้อย ภาวะสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงในชีวิต เรื่องงาน การหย่าร้าง ความขัดแย้ง เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เป็นต้น (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นใหม่ และมีการแพร่ขยายไปอย่างรวดเร็วทั่วโลก เช่นในวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (WHO, 2020; Rodríguez-Rey, Garrido-Hernansaiz, & Collado 2020) ซึ่งเห็นได้จากการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดต่อการระบาดของโรคโควิด-19 ในกลุ่มนักศึกษา (ฤกษ์กัณฑ์ สุวรรณพันธุ์ และคณะ, 2563) การศึกษาความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 พบว่าการระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อจิตใจ โดยเฉพาะความเครียดและอารมณ์เศร้าที่ต้องเผชิญปัญหาในสถานการณ์ดังกล่าว (เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และสิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์, 2563) และการจัดการความเครียดภัยพิบัติโรคระบาดไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์กับความเครียดในช่วงวิกฤติไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านเศรษฐกิจ และด้านสภาพแวดล้อม (ธนภัทร ชุมวรรฐายี และกรเอก กาญจนานาโกคิน, 2563)

ผลการสำรวจสุขภาพจิต พบว่าร้อยละ 91 ของคนไทย กำลังประสบกับปัญหาความเครียดเพิ่มสูงขึ้น จากข้อมูลสายด่วนกรมสุขภาพจิต ที่โทรเข้ามารับการปรึกษาตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องเครียดหรือวิตกกังวลมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 40 (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2561) โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงานหรือผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 - 59 ปี พบว่าร้อยละ 45 มีระดับความเครียดสูงกว่าคนปกติ (คณิน จินตนาปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีธรมย์กุล, 2562) อาจเนื่องมาจากสังคมในปัจจุบันเป็นยุคที่เอื้อต่อการเกิดภาวะความเครียดในชีวิตประจำวันได้ง่ายขึ้น ปัญหาความเครียดจึงพบได้ในทุกเพศและทุกวัย จากหลายสาเหตุทั้งปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสภาพแวดล้อมต่าง ๆ จากสภาพสังคมที่มีการเปลี่ยนแปลงทุกวันนี้ ทำให้มนุษย์ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปเพื่อให้ทันต่อสังคม และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ส่งผลให้เกิดความเครียดทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว ซึ่งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่อาจส่งผลให้ประชาชนเกิดความเครียด ความกังวลและความทุกข์ใจกับความไม่แน่นอนที่เป็นอยู่ทุกวันนี้ว่าจะอีกนานสักเพียงไร เช่นวัยทำงานที่ต้องเผชิญกับความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งส่วนใหญ่มีระดับความเครียด และอารมณ์ซึมเศร้า อยู่ในระดับปานกลางถึงสูง โดยความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าจะลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไป (เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และสิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์, 2563) ทั้งนี้เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้นกับตัวบุคคลแล้ว อาจส่งผลด้านลบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และการดำเนินชีวิต โดยจะส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการทำงานของบุคคลหรือบุคคลรอบข้างได้ เนื่องมาจากความเครียดเป็นการตอบสนองทางสรีรวิทยา (Physiological) และทางจิตวิทยา (Psychological) ต่อการเปลี่ยนแปลงที่มีความสำคัญหรือสิ่งที่ไม่คาดคิดในการดำรงชีวิต ซึ่งเกิดได้จากปัจจัยภายนอกและภายในร่างกาย เป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตที่สามารถพบได้ในชีวิตประจำวัน ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ ด้านร่างกายนั้นความเครียดส่งผลกระทบต่อในการเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น โรคหลอดเลือดสมอง และโรคอ้วนลงพุง เป็นต้น นอกจากนี้อาจก่อให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพจิตจนเกิดสภาวะอารมณ์ปรับตัวผิดปกติ โรคซึมเศร้า ภาวะหมดไฟ และอาจนำไปสู่การฆ่าตัวตายได้ เนื่องจากความเครียดเป็นการตอบสนองโดยปกติต่อการถูกกระตุ้นด้านอารมณ์ หรือ

ด้านร่างกายซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อภาวะสมดุลในบุคคลนั้น (คณิน จินตนาปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีธัญญกุล, 2562; วรณกร พลพิชัย และจันทรา อัยเอ็ง, 2561)

จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่าบุคคลที่ปรับตัวได้ดีและมีความพร้อมมากกว่าย่อมได้เปรียบคนที่ดำเนินชีวิตแบบเดิม ๆ โดยที่ไม่พยายามเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นในสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นย่อมทำให้คนเราเกิดความเครียดได้ เพราะจะต้องมีการเรียนรู้ และเตรียมพัฒนาตนเองเพื่อให้ทันกับยุคสมัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเผชิญกับสภาวะการณวิฤกิตต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อกรดำเนินชีวิตประจำวัน และการประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในทุกวันนี้ (ปริศนา เจริญทอง และธนศักดิ์ เทียกทอง, 2561) ซึ่งวิธีการเผชิญปัญหาหรือการจัดการความเครียดมีอยู่หลายรูปแบบด้วยกัน โดยในแต่ละแบบจะให้ผลของการจัดการที่แตกต่างกันไป จากจำนวนทั้งหมด 3 ประเภท ได้แก่ วิธีแรก การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา เป็นวิธีการแก้ที่เลือกจะจัดการกับสถานการณ์โดยมุ่งเน้นที่ต้นเหตุของปัญหาโดยตรง วิธีที่ 2 การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลแสดงเพื่อลดการกดดันโดยการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์มากกว่าเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง และวิธีที่ 3 การจัดการความเครียดแบบได้ประโยชน์น้อยหรือแบบหลีกเลี่ยง เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามหลีกเลี่ยงปัญหาโดยการปฏิเสธทั้งด้านความคิดและพฤติกรรมคือไม่คิดหรือไม่กระทำพฤติกรรมใด ๆ เช่น การฝันกลางวันว่าปัญหาไม่ได้เกิดขึ้นหรือการหนีปัญหา เป็นต้น นอกจากนี้ จากผลงานวิจัยของ คณิน จินตนาปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีธัญญกุล (2562) เกี่ยวกับสรีรวิทยาความเครียดจากการทำงาน และการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดในอาชีพแพทย์พบว่ากรรับทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความเครียดและการจัดการความเครียดของบุคคลจะเป็นประโยชน์ในแง่ของการนำมาประเมินวิเคราะห์และหาวิธีการในการช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ของบุคคล

Carver, Scheier, & Weintraub (1989) ได้แบ่งประเภทของวิธีเผชิญความเครียดหรือการจัดการความเครียด ออกเป็น 3 ประเภท คือการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-Focused Coping) วิธีนี้บุคคลจะใช้เมื่อตนมีความเครียดก็จะแสดงพฤติกรรมกับสิ่งที่มากระตุ้นโดยตรงเป็นการแก้ไข้ปัญหา โดยการตัดสินใจเลือกวิธีที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดโดยมุ่งเน้นที่ต้นเหตุของปัญหา การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ (Emotion-Focused Coping) วิธีนี้เมื่อเกิดความเครียดขึ้นบุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อลดความกดดันทางอารมณ์โดยการปรับสภาพอารมณ์ที่เกิดขึ้นในสถานการณ์ของความตึงเครียดมากกว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์วิธีเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ทำให้ความรู้สึกว่าอันตรายจากสถานการณ์นั้นลดลง และการจัดการความเครียดแบบได้ประโยชน์น้อยหรือแบบหลีกเลี่ยง (Less Focused Coping) วิธีนี้มุ่งเน้นไปที่การพยายามหลีกเลี่ยงจากปัญหาหรือสาเหตุที่ก่อเกิดความเครียด โดยการปฏิเสธทั้งด้านความคิดและพฤติกรรมคือไม่คิด และไม่กระทำพฤติกรรมใดๆ ทั้งสิ้น หรืออาจส่งผลกระทบต่อด้านจิตใจ เกิดความสิ้นหวัง (Hopelessness) ความเครียด (Stress) ความวิตกกังวล (Anxiety) และภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิต ถึงแม้ว่าความเครียดที่เกิดขึ้นจากสาเหตุต่าง ๆ ในแต่ละบุคคลจะ ส่งให้เกิดผลเสียทั้งต่อสุขภาพร่างกาย จิตใจ และการดำเนินชีวิต แต่ความเครียดก็ยังคงมีข้อดีที่ทำให้บุคคลมีความมุ่งมั่น กระตือรือร้น มีความตั้งใจในการหาหนทางหรือวิธีการต่าง ๆ ที่จะเอาชนะความเครียดที่เกิดขึ้นอันเป็นสาเหตุของปัญหา (ปริศนา เจริญทอง และธนศักดิ์ เทียกทอง, 2561) ซึ่งในแต่ละบุคคลก็จะมีแนวทางวิธีการในการจัดการหรือเผชิญความเครียดที่อาจแตกต่างกันไปตามประสบการณ์หรือภาวะต่าง ๆ ที่บุคคลนั้นได้เคยผ่านมาในชีวิตของตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความเครียด และการจัดการความเครียดที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับผลกระทบวิฤกิตโรคโควิด-19 ต่อความเครียด และการจัดการความเครียดของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในอำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี เนื่องจากเป็นสถานการณ์ใหม่โดยเฉพาะพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ตั้งแต่ระลอกแรก และระลอกต่อ ๆ มา ในหลายพื้นที่ของจังหวัดสุพรรณบุรี ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัยในประเด็นดังกล่าว เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปเป็นพื้นฐานสำคัญในการพัฒนาแนวทางการป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพด้านการจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการเตรียมพร้อมรับกับ

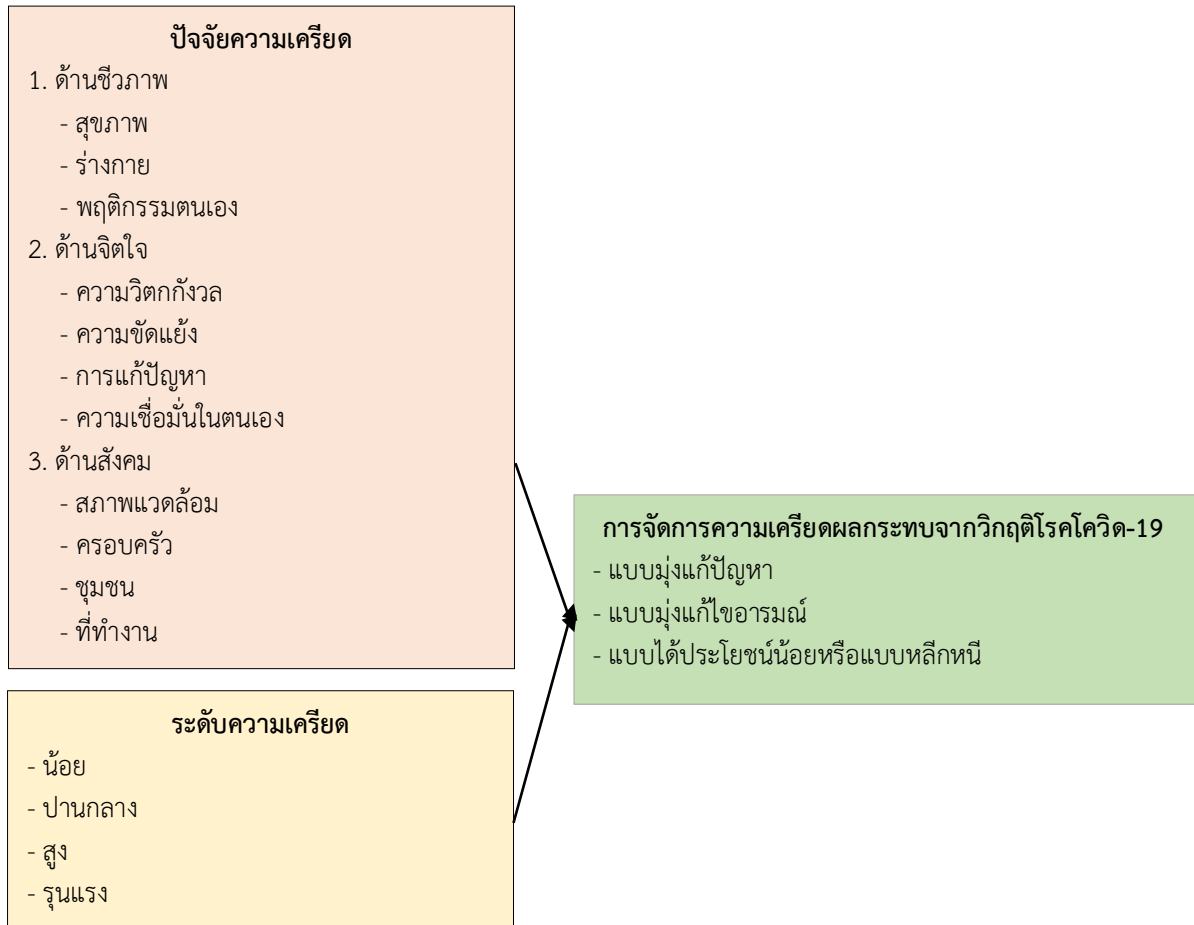
สถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงได้อย่างเท่าทัน ทั้งนี้เพื่อให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีคุณค่าในชุมชนอย่างมีความสุขตามแนวทางการใช้ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ได้อย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ และสังคมในสภาวะการณ์ปัจจุบัน

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยความเครียด ระดับความเครียด และระดับการจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี
2. เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเครียด ระดับความเครียด กับการจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม (Bio-psychosocial Model of Mental Health) ของ Engel (1977) เป็นแนวคิดที่เน้นความสำคัญของมุมมองเชิงระบบของแต่ละบุคคล กับปัจจัยด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคม โดยในด้านชีววิทยา จะเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ร่างกาย และพฤติกรรมตนเอง ที่อาจเปลี่ยนแปลงไปจากปกติ ด้านจิตใจ เกี่ยวกับความวิตกกังวลง่าย ความขัดแย้ง การแก้ปัญหา และความเชื่อมั่นในตนเอง และด้านสังคม ซึ่งเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม ครอบครัว ชุมชน และที่ทำงาน โดยปัจจัยทั้ง 3 ด้านนี้ มีอิทธิพลต่อการพัฒนา และการทำงานของมนุษย์ ซึ่งแบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต จำนวน 20 ข้อ (SPST-20) ได้พัฒนามาจากแนวคิดนี้ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563) และมีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้ได้กับสภาวะการณ์ที่ไม่เคยพบมาก่อน ดังวิกฤติโรคโควิด-19 เนื่องจากเป็นแบบวัดความเครียดของบุคคล และการใช้ชีวิตประจำวันที่มีผลต่อการเกิดความเครียดหรือการปรับตัวรับกับความเครียด รวมทั้งอาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้ สำหรับการจัดการกับความเครียดใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Carver, Scheier, & Weintraub (1989) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา (Problem-Focused Coping) การจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ (Emotion-Focused Coping) และการจัดการความเครียดแบบได้ประโยชน์น้อยหรือแบบหลีกเลี่ยง (Less Focused Coping) มีดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือวัยทำงานผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง มีรายชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ในปี พ.ศ. 2563 จำนวน 28,473 คน (สำนักงานเขตสุขภาพที่ 5, 2563)

เกณฑ์การคัดเลือกเข้า (Inclusion Criteria) ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง มีรายชื่อในทะเบียนบ้านพื้นที่อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ในปี พ.ศ. 2563

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) หากกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากเกณฑ์การคัดเลือกเข้า มีรายชื่อในทะเบียนผลจากแบบประเมินการคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2563) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปี พ.ศ. 2563 ระบุผลผิดปกติคือมีคะแนนรวมมากกว่า 7 คะแนน จากเต็ม 27 คะแนน และแบบทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2563) มีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป คือมีคะแนนรวมน้อยกว่า 43 คะแนน จากเต็ม 60 คะแนน จะทำการคัดออก

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง ที่มีรายชื่อในทะเบียนบ้าน และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ในปี พ.ศ. 2563 โดยคำนวณจากประชากรจำนวน 28,473

คน คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณหาขนาดตัวอย่างของ Krejcie & Morgan (1970) กำหนดระดับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 4.0 และระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 420 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sample) โดยการเลือกสุ่มตัวอย่างจากประชากรในแต่ละรายตำบล จำนวนทั้งหมด 9 ตำบล ตามสัดส่วน (Proportional Allocation) ของกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในช่วงของการระบาดของโรคโควิด-19 คือ ช่วงระหว่างวันที่ 15 มกราคม 2564 ถึง 2 กุมภาพันธ์ 2564 เพื่อความปลอดภัยแก่อาสาสมัครและผู้วิจัย โดยไม่เป็นการรบกวนเวลาในการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือการทำงานของชุมชนตัวอย่างเกินไปจากภาวะปกติ จึงทำการสุ่มหาตัวแทนจากแต่ละตำบล โดยอาศัยความน่าจะเป็นด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยคำนึงถึงการให้เป็นสัดส่วนกับขนาดประชากรกลุ่มวัยทำงานในแต่ละตำบล รวมทั้งหมด 420 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย แบบประเมินการคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) และแบบทดสอบดัชนีวัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2563)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล เป็นแบบสอบถามในลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (Self-Administered Questionnaire) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อ ลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ เป็นข้อคำถามปลายเปิดและเลือกตอบ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สิทธิการรักษาโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโรคโควิด-19

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยความเครียด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี แนวคิดด้านชีวภาพ จิตใจ และสังคม (Bio-Psycho-Social Model) ของ Engel (1977) และแนวคิดการเผชิญความเครียดของ Carver, Scheier, & Weintraub (1989) ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ด้าน ได้แก่ ด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคม รวมจำนวน 36 ข้อ มีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) มี 5 ระดับ ให้เลือกตอบ ได้แก่ 1=น้อยที่สุด 2=น้อย 3=ปานกลาง 4=มาก และ 5=มากที่สุด ในการแปลผลคะแนนปัจจัยความเครียด ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของ เบสท์ (Best, 1981) จากช่วงคะแนนทั้งหมด 1-5 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 1.00 – 2.33 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยความเครียดอยู่ในระดับน้อย
- 2.34 – 3.66 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง
- 3.67 – 5.00 คะแนน หมายถึง มีปัจจัยความเครียดอยู่ในระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบวัดความเครียด ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (SPST-20) พัฒนาโดยสุวัฒน์ มหันต์นิรันกุล และคณะ (Mahutnirunkul, Pumpaisanchai, & Tapanya, 1997) โดยวัดความเครียดในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 20 ข้อ มีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) มี 5 ระดับ ให้เลือกตอบ ได้แก่ 1=ไม่รู้สึกรุนแรง 2=รู้สึกรุนแรงเล็กน้อย 3=รู้สึกรุนแรงปานกลาง 4=รู้สึกรุนแรงมาก และ 5=รู้สึกรุนแรงมากที่สุด ในการแปลผลคะแนนความเครียดใช้ตามเกณฑ์มาตรฐานของเครื่องมือแบบวัดระดับความเครียด (SPST-20) ดังนี้

- 0-23 คะแนน หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับน้อย
- 24-41 คะแนน หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง
- 42-61 คะแนน หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับสูง
- 62-100 คะแนน หมายถึง มีความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการจัดการความเครียด โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเผชิญความเครียดของ Carver, Scheier, & Weintraub (1989) และแบบประเมินพฤติกรรมการจัดการความเครียดของประชาชนกลุ่ม

วัยทำงาน (15-59 ปี) กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (2558) แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจัดการ ความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ด้านการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ และด้านการจัดการความเครียดแบบได้ประโยชน์น้อยหรือแบบหลีกเลี่ยง รวมจำนวน 36 ข้อ มีคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Interval Scale) มี 5 ระดับ ให้เลือกตอบ ได้แก่ 1=น้อยที่สุด 2=น้อย 3=ปานกลาง 4=มาก และ 5=มากที่สุด ในการแปล ผลคะแนนการจัดการความเครียด ใช้เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของ เบสท์ (Best, 1981) จากช่วงคะแนน ทั้งหมด 1-5 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

- 1.00-2.33 คะแนน หมายถึง มีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับน้อย
- 2.34-3.66 คะแนน หมายถึง มีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง
- 3.67-5.00 คะแนน หมายถึง มีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับมาก

ในการพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเครียดและการจัดการความเครียดผลกระทบต่อจากวิกฤติ โควิด-19 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน โดยใช้เกณฑ์การวัดระดับความสัมพันธ์จากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ (Black, 2010) ดังนี้

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	ระดับของความสัมพันธ์
0.81 – 1.00	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูงมาก
0.61 – 0.80	มีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
0.41 – 0.60	มีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
0.21 – 0.40	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
0.01 – 0.20	มีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์โดย ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิต 2 ท่าน ผู้เชี่ยวชาญด้านสุศึกษา และพฤติกรรมศาสตร์ 2 ท่าน และนายแพทย์ด้านเวชกรรมป้องกัน 1 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบคุณภาพ ความตรง ของเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ (S-CVI) เท่ากับ 0.973

2. การตรวจหาความเชื่อมั่นเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ กับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในอำเภอสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 30 คน นำมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นของ ชุดแบบสอบถามโดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยรวมทั้งฉบับได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.940 ปัจจัยความเครียดได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.917 ระดับ ความเครียดได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.842 และการจัดการความเครียดได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.886

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยดำเนินการด้วยตนเองในประชาชนกลุ่มวัยทำงาน คือผู้ที่มี อายุตั้งแต่ 15-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง มีรายชื่อในทะเบียนบ้าน และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ในปี พ.ศ. 2563 โดยเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 15 มกราคม 2564 ถึง 2 กุมภาพันธ์ 2564 มี ขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานขอความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอศรีประจันต์ และ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี พร้อมทั้งชี้แจง รายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ และกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ด้วยตนเอง
2. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์อธิบายวิธีการตอบ แบบสอบถามโดยละเอียด พร้อมแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตอบอย่างมีอิสระ และเก็บ แบบสอบถามคืนภายใน 2 สัปดาห์ ตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายที่กำหนดไว้
3. ผู้วิจัยเก็บแบบสอบถามคืนและนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล เพื่อนำมา วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามกลับคืน ครบจำนวน 420 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยความเครียด ระดับความเครียด และการจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเครียด ระดับความเครียด กับการจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 โดยกำหนดค่าระดับความสัมพันธ์ (Wiersma & Jurs, 2009) ดังนี้

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.01-0.20 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำมาก

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.21-0.40 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.41 -0.60 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) ตั้งแต่ 0.61 -0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูง

ค่าสหสัมพันธ์ (r) มากกว่า 0.80 ถือว่ามีความสัมพันธ์ในระดับสูงมาก

ทั้งนี้ ในการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยความเครียด ระดับความเครียด กับการจัดการความเครียดของประชาชนกลุ่มวัยแรงงาน โดยการทดสอบหาความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linear Relationship) ระหว่างข้อมูล 2 ชุด ซึ่งมีข้อตกลงเบื้องต้นคือตัวแปรทั้งสองต้องเป็นตัวแปรต่อเนื่อง อยู่ในมาตราอันตรภาคชั้น (Interval Scale) ขึ้นไป และมีการแจกแจงปกติสองตัวแปร (Bivariate Normal Distribution) จากการทดสอบด้วยการคำนวณค่าการกระจายโดยใช้ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานตัวอย่าง (Standard Deviation) ผลพบว่ามีข้อมูลมีการกระจายปกติ (Normal Distribution) ดังนั้น จึงใช้การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ได้การรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี เอกสารรับรองเลขที่ PHCSP-A 2563/01-18 ลงวันที่ 10 มกราคม 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างประชาชนวัยแรงงาน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี จำนวน 420 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.76 มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ($M=42.31$ ปี, $SD=11.343$) สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 61.43 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 38.81 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม ร้อยละ 34.05 มีสิทธิบัตรทอง (บัตร 30 บาท/บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ร้อยละ 70.71 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 61.19 มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ร้อยละ 25.48 โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.95 มีภาวะสุขภาพปัจจุบัน คือปกติ ร้อยละ 75.48 และมีการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารโรคโควิด-19 อยู่เป็นประจำ ร้อยละ 84.52

2. ปัจจัยความเครียด

ตาราง 1 ปัจจัยความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ของกลุ่มประชาชนวัยแรงงาน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี (n=420)

ปัจจัยความเครียด	M	SD	ระดับ
- ด้านชีวภาพ	2.30	0.13	ปานกลาง
- ด้านจิตใจ	2.57	0.12	ปานกลาง
- ด้านสังคม	2.58	0.10	ปานกลาง
โดยรวม	2.48	0.99	ปานกลาง

จากตาราง 1 ปัจจัยความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ต่อความเครียดของกลุ่มประชาชนวัยแรงงาน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.48, SD=0.09$) โดยผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 มีผลต่อความเครียดของกลุ่มประชาชนวัยแรงงานกับปัจจัยความเครียดทุกรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านชีวภาพ ($M=2.30, SD=0.13$) ด้านจิตใจ ($M=2.57, SD=0.12$) และด้านสังคม ($M=2.58, SD=0.10$)

3. ระดับความเครียด

ระดับความเครียด วัดโดยการใช้เครื่องมือแบบวัดความเครียด (SPST-20) ผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ของกลุ่มประชาชนวัยแรงงาน พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 40.25, SD = 13.16$)

4. การจัดการความเครียดจากผลกระทบวิกฤติโรคโควิด-19

ตาราง 2 การจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ของกลุ่มประชาชนวัยแรงงาน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 420)

การจัดการความเครียด	M	SD	ระดับ
- แบบมุ่งแก้ปัญหา	3.12	0.15	มาก
- แบบมุ่งแก้ไขอารมณ์	2.92	0.14	ปานกลาง
- แบบได้ประโยชน์น้อยหรือแบบหลีกเลี่ยง	2.45	0.11	ปานกลาง
โดยรวม	2.83	0.11	ปานกลาง

จากตาราง 2 ในการจัดการความเครียด แบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ แบบมุ่งแก้ปัญหา แบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ และแบบได้ประโยชน์น้อยหรือแบบหลีกเลี่ยง พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.83, SD=0.11$) ในด้านการจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 พบว่าแบบมุ่งแก้ปัญหามีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับมาก ($M=3.12, SD=0.15$) ส่วนแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์ ($M=2.92, SD=0.14$) และแบบได้ประโยชน์น้อยหรือแบบหลีกเลี่ยง ($M=2.45, SD=0.11$) มีการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

5. ความสัมพันธ์ของปัจจัยความเครียดกับการจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มวัยแรงงาน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยความเครียดกับการจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี (n = 420)

ปัจจัยความเครียด	การจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19		
	r	p-value	ระดับความสัมพันธ์
- ด้านชีวภาพ	0.25**	< .001	ต่ำ
- ด้านจิตใจ	0.45**	< .001	ปานกลาง
- ด้านสังคม	0.49**	< .001	ปานกลาง
โดยรวม	0.46**	< .001	ปานกลาง

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

จากตาราง 2 พบว่าปัจจัยความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับการจัดการความเครียด ($r=0.46$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$ เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าปัจจัยความเครียดด้านชีวภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ($r=0.25$) ส่วนปัจจัยด้านจิตใจ ($r=0.45$) และด้านสังคม ($r=0.49$) มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลางกับการจัดการความเครียดของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$

6. ความสัมพันธ์ของระดับความเครียดกับการจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของระดับความเครียดกับการจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี ($n = 420$)

ระดับความเครียด	การจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19		
	<i>r</i>	<i>p-value</i>	ระดับความสัมพันธ์
- น้อย (0 – 23 คะแนน)	-0.08**	.107	ต่ำมาก
- ปานกลาง (24 – 41 คะแนน)	-0.14**	.003	ต่ำมาก
- สูง (42 – 61 คะแนน)	0.15**	.002	ต่ำมาก
- รุนแรง (61 – 100 คะแนน)	0.10*	.05	ต่ำมาก
โดยรวม	0.19**	<.001	ต่ำมาก

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

จากตาราง 4 พบว่า ระดับความเครียดกับการจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำมาก ($r=0.19$, $p<.001$) เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ในแต่ละระดับความเครียด พบว่ากลุ่มวัยทำงานที่มีความเครียดระดับน้อย ($r=-0.08$) และระดับปานกลาง ($r=-0.14$) มีความสัมพันธ์ทิศทางตรงกันข้ามกับการจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ส่วนกลุ่มวัยทำงานที่มีความเครียดระดับสูง ($r=0.15$) และระดับรุนแรง ($r=0.10$) มีความสัมพันธ์ทางบวก โดยทุกระดับความเครียดมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำมาก

อภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่าปัจจัยความเครียดของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อำเภอศรีประจันต์ จังหวัดสุพรรณบุรี โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.83$, $SD=0.11$) การจัดการความเครียด ส่วนใหญ่ใช้วิธีแบบมุ่งแก้ปัญหา ซึ่งอยู่ในระดับมาก ($M=3.12$, $SD=0.15$) ปัจจัยความเครียดกับการจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.46$, $p<.001$) ระดับความเครียดกับการจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำมาก ($r=0.19$, $p<.001$) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎี แนวคิดปัจจัยด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคม ของ Engel (1977) ที่ได้กล่าวไว้ว่าภาวะความเครียดทำให้มนุษย์ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้ทันต่อสังคมและสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง เนื่องจากเมื่อมีความเครียดเล็กน้อยถึงระดับรุนแรงเกิดขึ้นกับตัวบุคคลแล้วอาจส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ขึ้นอยู่กับปัจจัยความเครียดและวิธีการเผชิญหรือการจัดการความเครียดของแต่ละบุคคลที่มีปฏิกริยาตอบสนองต่อความเครียดแตกต่างกัน ซึ่งส่วนใหญ่ใช้วิธีการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา สอดคล้องกับ ชูติมา พระโพธิ์ (2558) ที่ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การจัดการความเครียด และคุณภาพชีวิตการทำงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ($M=2.77$, $SD=0.75$) และการจัดการความเครียดในการทำงาน โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=3.25$, $SD=0.54$) สอดคล้องกับ กอบหทัย สิทธิธรรมาภรณ์, นนทภรณ์ รักศีลธรรม, กมลเนตร วรณเสวก, และสุชีรา ภัทรายุววรรณ

(2561) ที่ได้ศึกษาความเครียดในการทำงาน กลวิธีการเผชิญปัญหาความเครียด และคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีมุ่งแก้ปัญหาที่มากที่สุด ($M=3.50, SD=0.49$) มีรายละเอียดดังนี้ ปัจจัยความเครียดด้านชีวภาพกับการจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำ ($r=0.25, p<.001$) อาจเนื่องจากกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่สามารถเผชิญกับความเครียดในการทำงานได้ด้วยการยอมรับปัญหาที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพร่างกาย และพฤติกรรมของตนเอง เป็นความพยายามของบุคคลในการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการที่ช่วยแก้ไขสถานการณ์ที่จะก่อให้เกิดความเครียดโดยตรงให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น (ธัญพิชชา กัยวิทย์โกศล, 2559) โดยเฉพาะวิธีการมุ่งแก้ปัญหา เช่นการสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือด้วยน้ำสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ เป็นต้น ซึ่งหากจัดการกับสาเหตุของความเครียดได้อย่างถูกต้อง อาจส่งผลต่อการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพ และดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม มากกว่ากลุ่มเสี่ยงอื่น ๆ เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ กนกอร เปรมเดชา (2559) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสภาพการทำงาน การจัดการความเครียด และระดับความเครียดของพนักงานมหาวิทยาลัย พบว่าปัจจัยความเครียดด้านร่างกายมีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ด้วยวิธีการเผชิญความเครียดหรือการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา โดยสอดคล้องกับ คณิน จินตนาปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีณกุล (2562) ที่พบว่าบุคคลเมื่อมีความเครียดและไม่สามารถเผชิญความเครียดได้ดี แม้เป็นความเครียดเพียงเล็กน้อยจะส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ โดยอาการทางร่างกายที่แสดงออกและพบได้บ่อย ได้แก่ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ มือเท้าเย็น เหงื่อออก ถอนหายใจบ่อย ขมวดคิ้ว และตั้งที่ต้นคอ เป็นต้น ซึ่งกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่จะมีความสามารถในการปรับตัวได้ดี อาจเนื่องจากมีประสบการณ์การเผชิญกับความเครียดในชีวิตและการทำงาน ทำให้สามารถรับมือและมีวิธีการจัดการความเครียดได้ด้วยการมุ่งแก้ปัญหาอยู่ในระดับมาก

ปัจจัยความเครียดด้านจิตใจกับการจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.45, p<.001$) อาจเนื่องจากความเครียดด้านจิตใจ ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับความคิดกังวลง่าย ความขัดแย้ง การแก้ปัญหา และความเชื่อมั่นในตนเองนั้น ส่วนใหญ่กลุ่มวัยทำงานใช้วิธีการจัดการความเครียดแบบมุ่งแก้ไขอารมณ์อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเป็นการจัดการกับอารมณ์เพื่อลดความกดดัน เช่น การติดตามสถานการณ์โรคอย่างปราศจากอคติ และการปรับเปลี่ยนกระบวนการคิดใหม่ เพื่อให้เกิดแนวคิดในทางบวก ซึ่งเป็นผลดีต่อการแก้ไขปัญหาในการจัดการความเครียดที่เกิดขึ้น (ธัญพิชชา กัยวิทย์โกศล, 2559) สอดคล้องกับ ธนภัทร ชุมวรฐายี และกรเอก กาญจนนาโภคิน (2563) ที่ได้ศึกษาการจัดการความเครียดภัยพิบัติโรคระบาดไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าความเครียดด้านจิตใจมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r=0.561, p<.05$) และสอดคล้องกับ กนกอร เปรมเดชา (2559) ที่พบว่าปัจจัยความเครียดด้านจิตใจ มีความสัมพันธ์กับการจัดการความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยความเครียดด้านสังคมกับการจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโควิด-19 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับปานกลาง ($r = 0.49, p < .001$) อาจเนื่องจากกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่เป็นลักษณะของสังคมการทำงาน ซึ่งทั่วไปจะมีการติดต่อกันทั้งโดยตรงและโดยอ้อม เช่น สภาพแวดล้อมครอบครัว ชุมชน และที่ทำงาน แต่ด้วยสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้มีการปฏิบัติตามนโยบายและมาตรการทางสังคมของภาครัฐ ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เริ่มเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันมากขึ้น เช่น การเว้นระยะห่างทางสังคม และการทำงานที่บ้าน อาจส่งผลให้กลุ่มวัยทำงานมีความเครียดมากกว่าในช่วงเหตุการณ์ที่ผ่านมา สอดคล้องกับ จารุวรรณ ประภาสอน (2564) ที่ได้ศึกษาความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียด โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และรายด้านความสัมพันธ์ภาพในการปฏิบัติงาน ด้านโครงสร้างและบรรยากาศองค์กร มีผลต่อการจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับ ธนภัทร ชุมวรฐายี และกรเอก กาญจนนาโภคิน (2563) ที่พบว่าปัจจัย

ความเครียดทางด้านสังคม คือ เศรษฐกิจ ($r=0.332, p<.05$) และสภาพแวดล้อม ($r=0.417, p<.05$) กับการจัดการความเครียดในช่วงวิกฤติไวรัสโคโรนา-19 ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับปานกลาง

ระดับความเครียดกับการจัดการความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโคโรนา-19 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน โดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับต่ำมาก ($r=0.19, p<.001$) อาจเนื่องมาจากความเครียดเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 เป็นความเครียดระดับต่ำพบได้ทั่วไปในชีวิตประจำวัน เป็นประโยชน์เพราะทำให้ปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้เหมาะสม ระดับที่ 2 เป็นความเครียดที่มีผลกระทบต่อจิตใจ เริ่มมีอาการวิตกกังวล กลัว ยังไม่ก่อให้เกิดผลเสียในการดำเนินชีวิต ระดับที่ 3 คือความเครียดที่เริ่มส่งผลให้เกิดความเดือดร้อน มีความลำบากในการปรับตัว และระดับที่ 4 เป็นความเครียดระดับสุดท้าย จะมีความรุนแรงมากขึ้น อาจเกิดจากการกำลังเผชิญวิกฤติชีวิต ส่งผลเสียต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต ฟุ้งซ่าน ควบคุมตัวเองไม่ได้ (คณิน จินตนาปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีณกุล, 2562) อาจมีความคล้ายคลึงกับวิกฤติการณ์โรคโคโรนา-19 และโดยปกติทั่วไป บุคคลวัยทำงานมักมีความเครียดปกติอยู่ในระดับต่ำซึ่งแตกต่างจากกลุ่มผู้สูงอายุ (วันทนา เนาว์วัน และอารมณ เอี่ยมประเสริฐ, 2563) สอดคล้องกับ กนกอร เปรมเดชา (2559) ที่พบว่าระดับความเครียดกับการจัดการความเครียดทุกด้านของพนักงานมหาวิทยาลัย มีความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำและระดับต่ำมาก และสอดคล้องกับ กฤชกัณฑ์ สุวรรณพันธุ์ และคณะ (2563) ที่พบว่าส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับน้อย อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างจากการศึกษาของ ธนภัทร ชุมวรรฐายี และกรเอก กาญจนานโภคิน (2563) ที่พบว่าการจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์กับความเครียดในช่วงวิกฤติไวรัสโคโรนา-19 ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร ในภาพรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกอยู่ในระดับสูง ($r=0.61, p<.05$)

การนำผลงานวิจัยไปใช้

การนำทฤษฎี แนวคิดด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ และด้านสังคม ของ Engel มาประยุกต์ใช้ศึกษาผลกระทบจากวิกฤติโรคโคโรนา-19 ต่อความเครียดและการจัดการความเครียดของประชาชนกลุ่มวัยทำงานนั้น ในการรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจส่งผลให้ประชาชนกลุ่มวัยทำงานจะเลือกปฏิบัติหรือกำหนดพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตนเองได้ในการจัดการกับความเครียดได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ โดยมีการรับรู้ปัจจัยด้านชีวภาพ (สุขภาพ ร่างกาย และพฤติกรรมตนเอง) ด้านจิตใจ (ความวิตกกังวล ความขัดแย้ง การแก้ปัญหา และความเชื่อมั่นในตนเอง) และด้านสังคม (สภาพแวดล้อม ครอบครัว ชุมชน และงานที่ทำ) ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการความเครียดได้ ดังนั้น การสนับสนุนส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้อง ได้นำทฤษฎี แนวคิดนี้ไปบูรณาการร่วมกับรูปแบบการจัดการสุขภาพในสถานการณ์และบริบทพื้นที่ เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มวัยทำงาน โดยเฉพาะการเสริมพลัง (Empowerment) ซึ่งเกี่ยวข้องกับด้านจิตใจ และการมีส่วนร่วม (Participation) ที่มีความเกี่ยวข้องกับด้านสังคม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การปรับตัว และการแก้ไขปัญหาเมื่อเผชิญความเครียด โดยสามารถรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการจัดการความเครียดหรือการเผชิญกับความเครียดผลกระทบจากวิกฤติโรคโคโรนา-19 ของประชาชนกลุ่มวัยทำงานได้อย่างเหมาะสมในสังคมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเปรียบเทียบระดับความเครียดและการรับรู้ของประชาชนกลุ่มวัยทำงานตามปัจจัยเสี่ยงต่อวิกฤติโรคโคโรนา-19 ที่อาจมีอิทธิพลต่อความเครียด และการจัดการความเครียดที่อาจแตกต่างกัน
2. ควรศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรม และความต้องการในการปฏิบัติตนด้านสุขภาพกาย จิตใจ และสังคมจากผลกระทบวิกฤติการแพร่ระบาดของโรคโคโรนา-19 เพื่อนำมาวิเคราะห์หาสาเหตุและการพัฒนาแนวทางหรือรูปแบบการจัดการความเครียดของประชาชนกลุ่มวัยทำงานได้อย่างเหมาะสม และทันต่อสถานการณ์

3. ควรศึกษาปัจจัยด้านความเครียดและรูปแบบการเผชิญความเครียดหรือการจัดการความเครียดกับระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนในการใช้ชีวิตแนวใหม่ (New Normal) และแนวโน้มหรือรูปแบบลักษณะการแพร่ระบาดของโรคอุบัติการณ์ใหม่ ๆ หรือโรคโควิด-19 ในอนาคตอันใกล้ โดยเฉพาะการกลายพันธุ์หรือการปรับเปลี่ยนสายพันธุ์ของเชื้อโคโรนาไวรัสเอง

References

- กนกอร เปรมเดชา. (2559). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพการทำงาน การจัดการความเครียด และระดับความเครียดของ พนักงานมหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการทั่วไป คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2561). อาการซึมเศร้าปัญหาที่ปรึกษาผ่าน Hotline 1323 มากที่สุดในปี 2560. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2563 จาก <http://www.prdmh.com>.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q). สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2563 จาก <https://www.dmh.go.th/test/9q/>.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. สืบค้นเมื่อ 16 เมษายน 2563 จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/ind_world.php.
- กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, ลำพึง วอนอก, สุพัฒน์ อาสนะ, วรรณศรี แวงงาม, กุลธิดา กิ่งสวัสดิ์ และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 14(2), 138-148.
- กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2558). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการความเครียดสำหรับวัยทำงาน. สืบค้นเมื่อ 16 เมษายน 2563 จาก <http://www.hed.go.th/linkhed/file/261>.
- กอบหทัย สิทธิธรรณฤทธิ์, นนทภรณ์ รักศีลธรรม, กมลเนตร วรรณเสวก, และสุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์. (2561). ความเครียดในการทำงาน กลวิธีการเผชิญปัญหาความเครียด และคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรในโรงพยาบาลทั่วไป. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 35(2), 163-176.
- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). ความรู้ทั่วไปสำหรับประชาชน จิตเวชทั่วไป: ความเครียด. สืบค้นเมื่อ 7 เมษายน 2565 จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramamental/generalknowledge/general/05142014-1901>.
- ฉนิทิน จินตนาปราโมทย์ และพรชัย สิทธิศรีณย์กุล. (2562). สรีรวิทยาความเครียดจากการทำงานและการแก้ปัญหาเมื่อเผชิญความเครียดในอาชีพแพทย์. *J Med Health Sci*, 26(2), 112-123.
- จารุวรรณ ประภาสอน. (2564). ความเครียดและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากร โรงพยาบาลแคนดง จังหวัดบุรีรัมย์ ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(38), 469-483.
- ชุตินา พระโพธิ์. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การจัดการความเครียด และคุณภาพชีวิตการทำงานของข้าราชการครูในจังหวัดสระบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการทั่วไป คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- ธนภัทร ชุมวราฐายี และกรเอก กาญจนนาโถकिन. (2563). การจัดการความเครียดมีความสัมพันธ์กับความเครียดในช่วงวิกฤติไวรัสโควิด-19 ของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานคร. สืบค้นเมื่อ 7 เมษายน 2565 จาก <http://www.vl-abstract.ru.ac.th/index.php/abstractData/viewIndex/125>.
- ธัญพิชชา กัญญิกย์โกศล. (2559). การจัดการความเครียดในการปฏิบัติงานของบุคลากรสังกัดสำนักงานสรรพากรพื้นที่กรุงเทพมหานคร 22. สืบค้นเมื่อ 7 เมษายน 2565 จาก <https://mmm.ru.ac.th/MMM/IS/mlw12/6114961046.pdf>.

- นันทวดี อุ่นละมัย, กฤษณ์ เต็มทิพย์ทวีกุล และกฤษดา เขียววัฒนสุข. (2561). การจัดการความเครียดในการทำงานเพื่อให้เกิด ประสิทธิภาพสูงสุดของบุคลากร. *วารสารวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม*, 5(1), 104-117.
- ปริศนา เจริญทอง และธนศักดิ์ เทียกทอง. (2561). การสำรวจความเครียดและสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดของผู้ประกอบการร้านยาในปัจจุบัน: กรณีศึกษาในจังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน*, 14(4), 50-67.
- มูลนิธิชุมชนท้องถิ่นพัฒนา. (2563). รายงานฉบับสมบูรณ์การวิจัย เรื่องการประเมินความเสียหาย ผลกระทบและการปรับตัวของชุมชนท้องถิ่นต่อภาวะโรคระบาด COVID-19. สืบค้นเมื่อ 10 ตุลาคม 2563 จาก https://www.ldi.or.th/wp-content/uploads/2020/11/Research_COVID.pdf.
- วรรณกร พลพิชัย และจันทร์ อึ้งเอ็ง. (2561). การศึกษาความเครียดและวิธีเผชิญความเครียดของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอเมือง จังหวัดตรัง. *วารสารนาคบุตรปริทรรศน์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช*, 10, 94-106.
- วันทนา เนาว์วัน และอารมณ เอี่ยมประเสริฐ. (2563). การจัดการความเครียดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการคุณภาพชีวิต ในการทำงาน. *วารสารวิทยาการจัดการปริทัศน์*, 22(1), 223-232.
- สำนักงานเขตสุขภาพที่ 5. (2563). *ฐานข้อมูลกลางประชากรไทย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข*. สืบค้นเมื่อ 16 เมษายน 2563 จาก <https://hpc5.anamai.moph.go.th/>
- เอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์ และสิรินรัตน์ แสงศิริรักษ์. (2563). ความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 65(4), 400-408.
- 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.
- Caver, S. C., Scheier, F. M. & Weintraub, K. J. (1989). Assessing Coping Strategy: A Theoretically Based Approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Engel, G. L. (1977a). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Mahutnirunkul, S., Pumpaisanchai, W. & Tapanya, P. (1997). The Construction of Suanprung Stress Test. *Suanprung Journal*, 13, 1-20.
- Rodríguez-Rey, R., Garrido-Hernansaiz, H. & Collado, S. (2020). Psychological Impact and Associated Factors during the Initial Stage of the Coronavirus (COVID-19) Pandemic among the General Population in Spain. *Front Psychol*, 11, 1540.
- Wiersma, W. & G. Jurs, S. (2009). *Research Method in Education an Introduction*. (9th ed). Massachusetts: Pearson .
- World Health Organization - WHO. (2020). *Coronavirus Disease (COVID-2019), Situation Reports*. Retrieved April 16, 2020 from <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>.

ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.
ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น
จังหวัดขอนแก่น

Health Literacy and Health Behaviors (Food, Emotion, Exercise, Smoking,
Alcohol Cessation and Teeth) of Monks and Novices in Phrapariyattidhamma
School, Nakhon Khon Kaen Metropolitan, Khon Kaen Province

อารญา โทปัญญา¹ ประทีป กาลเขว่า² เบนญาภา กาลเขว่า²
Araya Tshopanja¹ Prateep Kankhwo² Benyapa Kankhwo²

¹โรงพยาบาลพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

²วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

¹ Public Health Technical Officer, Phanomphrai Hospital, Roi Et,

² Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen .

(Received: August 4, 2021; Revised: April 30, 2022; Accepted: April 30, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 240 รูป สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแบบทดสอบ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง อยู่ระหว่าง 0.67-1 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .89 และ .93 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงของแบบทดสอบโดยใช้วิธี KR-20 ได้ค่าเท่ากับ .71 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ Fisher's Exact Test ผลการวิจัยพบว่า

1. พระภิกษุสงฆ์และสามเณรมีความรู้ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับปานกลาง ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. อยู่ในระดับต่ำ

2. ระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

3. ความรู้ด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.047$)

ข้อค้นพบนี้เป็นประโยชน์โดยตรงสำหรับครู พระผู้ใหญ่ในวัดหรือเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุข ในการเสริมความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ให้กับพระภิกษุสงฆ์และสามเณร

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, พระภิกษุสงฆ์, สามเณร

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: kankhwo@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 08 4793 6265)

Abstract

This analytical cross-sectional research aimed to study health literacy, health behaviors (food, emotion, exercise, smoking, alcohol cessation and teeth) and relationship between health literacy and health behaviors of monks and novices in Phrapariyattidhamma school Khon Kaen. Participants were 281 cases drawn from stratified sampling. Data were collected by questionnaire and test with their content validity (IOC) = 0.67 - 1.00. The reliability (Cronbach's alpha coefficient) of health literacy and health behavior questionnaires were 0.89 and 0.93, respectively, while health literacy test had its reliability (KR-20) = 0.71. Data were analyzed by descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation and also Fisher's Exact Test.

The results showed that: 1) monks and novices had their literacy of health behaviors in terms of accessing health information and health services, communicating for increasing health expertise, self-management to enhance health, media and information literacy for health promotion and right decision making for behaving were at moderate levels, while understanding about practicing health behavior was at a low level: 2) health behaviors (food, emotion, exercise, smoking, alcohol cessation and teeth) were at moderate levels: and 3) self-management to enhance health had its relationship with health behaviors (food, emotion, exercise, smoking, alcohol cessation and teeth) significantly (p -value = 0.047). The results of this study can be beneficial for education providers, venerable monks and health professions in order to build up health literacy and healthy behaviors in monks and novices.

Keywords: Health Literacy, Health Behavior, Monks, Novices

บทนำ

สถานการณ์โรคไม่ติดต่อของคนไทยในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และพบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของประชาชนยังไม่เพียงพอในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ด้านสุขภาพ (คณะกรรมการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข, 2560) จากการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยซึ่งรวมถึงพระภิกษุสงฆ์และสามเณร พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมโดยส่วนใหญ่ร้อยละ 59.4 ของประชาชนทั้งหมด มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. ซึ่งได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สูบบุหรี่ และสุรา (3อ. 2ส.) (วิชัย เอกพลากร, 2557)

พระสงฆ์และสามเณรเป็นอีกกลุ่มที่น่าเป็นห่วงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จากข้อมูลของสำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ปี 2559 พบว่าประเทศไทยมีพระสงฆ์และสามเณร 358,167 รูป ในจำนวนนี้ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพ เพียง 122,680 รูป หรือร้อยละ 34 เท่านั้น (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น, 2559) โดยข้อมูลจาก กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีพระสงฆ์และสามเณร อาพาธมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ โรคไขมันในเลือดสูง 9,609 รูป โรคความดันโลหิตสูง 8,520 รูป โรคเบาหวาน 6,320 รูป โรคไตวายเรื้อรัง 4,320 รูป และข้อเข่าเสื่อม 2,600 รูป (กรมควบคุมโรค, 2562)

จากผลการวิจัยของ พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, ธวัชรัตน์ แดงหาญ และสร้อยญา วณิชชวิธ (2558) พบว่า ปัญหาสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 77.5 รองลงมาเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 63.8 ปวดหลังปวดเอว ร้อยละ 53.8 เบาหวาน ร้อยละ 40.0 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 35.9 และข้อเสื่อม ร้อยละ 32.5

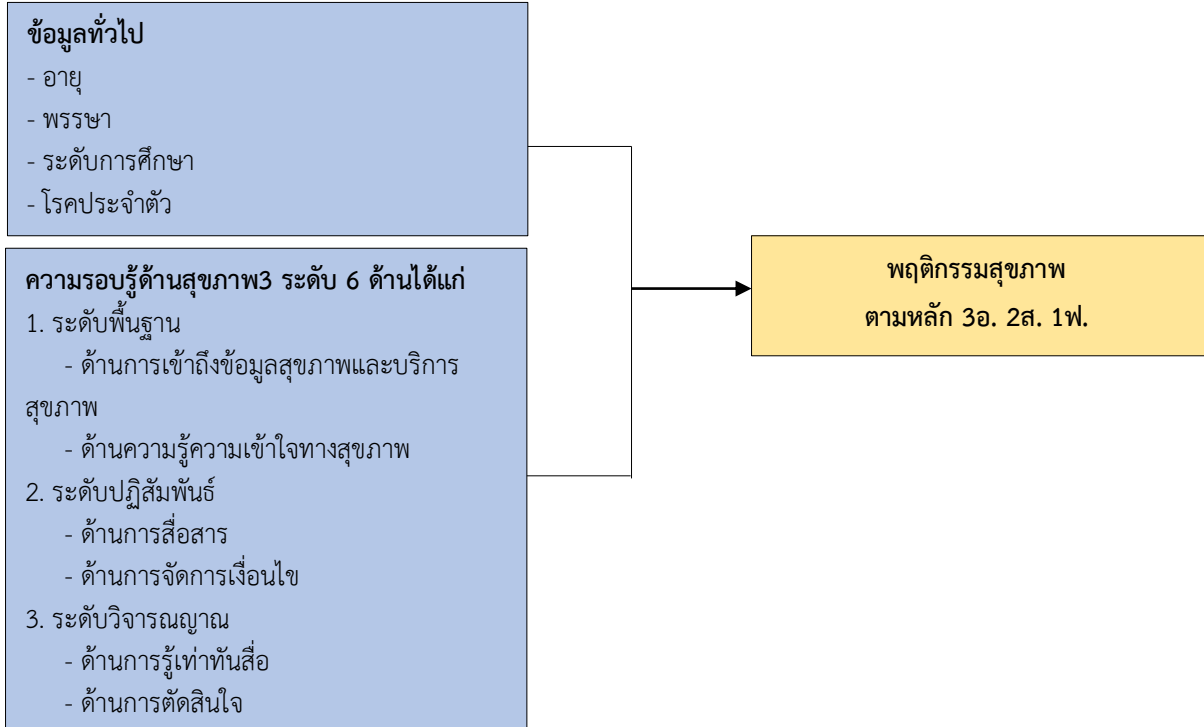
นอกจากนี้จากการทบทวนผลการศึกษพบว่าในจังหวัดขอนแก่นมีข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรที่ไม่เป็นปัจจุบัน และการศึกษาส่วนใหญ่จะเป็นการศึกษาที่วัดทั่วไป ไม่ใช่ การศึกษาในโรงเรียนพระปริยัติธรรม และส่วนใหญ่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. แต่ยังไม่ครอบคลุมประเด็นความรู้เรื่องฟัน ซึ่งปัญหาสุขภาพช่องปาก ทั้งโรคฟันผุ โรคเหงือกอักเสบรวมถึงโรคปริทันต์ยังเป็นปัญหาสำหรับพระสงฆ์และสามเณร จะเห็นจากการสำรวจสุขภาพฟันพระภิกษุสงฆ์โดยกระทรวงสาธารณสุข ปี 2556 พบว่า มีฟันผุถึงร้อยละ 96 บางครั้งพบเป็นทั้งโรคฟันผุและโรคปริทันต์ในเวลาเดียวกันทั้งที่ยังอายุน้อย ซึ่งสูงกว่าการมีฟันผุในประชากรวัยทำงาน 35-44 ปี ซึ่งพบฟันผุร้อยละ 86 โรคฟันผุในพระภิกษุสงฆ์และสามเณรอาจจะมีสาเหตุมาจากอาหารที่ญาติโยมนำมาใส่บาตรหรือนำมาถวายซึ่งมักมีส่วนประกอบของน้ำตาลอยู่ในปริมาณมาก เมื่อฉันบอ่อยๆ และไม่ทำความสะอาดช่องปากให้เพียงพอและถูกวิธีก็ จะทำให้เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุมากขึ้น นอกจากนี้พระภิกษุสงฆ์ไม่ค่อยมีโอกาสมาพบทันตแพทย์ โรคในช่องปากจึง อาจลุกลามไปจนถึงขั้นสูญเสียฟัน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2560) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุขบุหรี สุรา และฟัน) ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยจะนำข้อมูลที่ศึกษาได้ ไปประกอบการวางแผนการดูแลและแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์และสามเณร ให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณร พบตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ ตัวแปรอายุ โรคประจำตัว การศึกษา และตัวแปรด้านความรู้ด้านสุขภาพ (คณิศร์ วุฒิสักดิ์สกุล, 2561; นพมาศ โกศลและคณะ, 2561; พิทยา ไพบุลย์ศิริ, 2561 และ แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรุ ประเสริฐศรี, 2558) ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดตัวแปรที่ศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย ตัวแปรด้านปัจเจกบุคคล และตัวแปรด้านความรู้ด้านสุขภาพ ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical cross-sectional research)

ประชากรและขนาดตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ คือพระภิกษุสงฆ์และสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 671 รูป

กลุ่มตัวอย่างคือพระภิกษุสงฆ์และสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 240 รูป คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีประชากรมีขนาดเล็ก (อรุณ จิรวัดณ์กุล และคณะ, 2556) ได้เท่ากับ 240 รูป สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Sampling) ซึ่งคำนวณตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรในแต่ละโรงเรียน (Proportional Allocation) จากสูตรของ Bowley (1926 อ้างใน Pander and Verma, 2008)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้จากการศึกษางานวิจัย เอกสารและการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพัฒนาตามกรอบแนวคิดการวิจัย แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ พรรษา ระดับการศึกษาทางธรรม ระดับการศึกษาทางโลก และโรคประจำตัว ซึ่งคำถามมีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist)

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการจัดการ

เงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และส่วนที่ 6 แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

โดยแบบสอบถามในส่วนที่ 1, 3, 4, 5 และ 6 จำนวนส่วนละ 5 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0=ไม่ได้ปฏิบัติ, 1=นาน ๆ ครั้ง, 2=บางครั้ง, 3=บ่อยครั้ง และ 4=ทุกครั้ง กำหนดเกณฑ์แปลผลระดับความรู้โดยใช้แนวคิดของ Best (1978) ดังนี้ 0-7 คะแนน -ระดับไม่ดี, 8-14 คะแนน ระดับปานกลาง และ 15-20 คะแนน ระดับดี สำหรับแบบสอบถามในส่วนที่ 2 จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบถูกผิด 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ กำหนดเกณฑ์แปลผลระดับความรู้ โดยใช้แนวคิดของ Bloom (1956) ดังนี้ 0-5 คะแนน ระดับไม่ดี, 6-7 คะแนน ระดับปานกลาง และ 8 - 10 คะแนน ระดับดี

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0=ไม่ได้ปฏิบัติ, 1=นาน ๆ ครั้ง, 2=บางครั้ง, 3=บ่อยครั้ง และ 4=ทุกครั้ง กำหนดเกณฑ์แปลผลระดับพฤติกรรมโดยใช้แนวคิดของ Best (1978) ดังนี้ 0-13 คะแนน ระดับไม่ดี, 14-27 คะแนน-ระดับปานกลาง และ 28-40 คะแนน ระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item-Objective Congruence index : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ และ พฤติกรรมสุขภาพ ด้วยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้เท่ากับ 0.89 และ 0.93 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงของแบบทดสอบโดยใช้วิธี KR-20 ได้ค่าเท่ากับ 0.71 ความยากง่าย (Difficulty : p) ของข้อสอบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.37-0.80 และค่าอำนาจจำแนก (Discriminant : r) ของข้อสอบความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.37- 0.69

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Fisher's exact test

จริยธรรมวิจัย

การทำวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย และหน่วยงานที่ผู้เข้าร่วมการวิจัยสังกัดอยู่ ซึ่งผู้วิจัยจะ เสนอผลการวิจัยในภาพรวม และนำมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการศึกษาการวิจัยครั้งนี้นั่นเอง โดยผ่านกระบวนการพิจารณาจริยธรรม เลขที่ HE6210050

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า พระภิกษุสงฆ์และสามเณร จำนวน 240 รูป มีอายุเฉลี่ย 15.56 ปี ($SD=1.75$) อายุต่ำสุด 12 ปี และอายุสูงสุด 20 ปี มีอายุในช่วง 13-18 ปี มากที่สุด ร้อยละ 83.5 มี การศึกษาทางธรรม แผนกธรรม ส่วนใหญ่ได้นักธรรมชั้นเอก ร้อยละ 40 ระดับการศึกษาทางธรรม แผนกบาลี (ไม่เป็นเปรียญธรรม) ร้อยละ 62.92 ระดับการศึกษาทางโลกที่กำลังศึกษาอยู่ โดยกำลังเรียนชั้น ม.2 และชั้น ม.5 มีสัดส่วนเท่ากัน คือ ร้อยละ 18.33 และ ร้อยละ 18.33 พระภิกษุสงฆ์และสามเณรมีโรคประจำตัว ร้อยละ 15.38

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ.

2.1 ระดับความคิดเห็นต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. รายด้าน

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น รายด้าน (n=240)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.	จำนวน	ร้อยละ	M	SD
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.				
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.			10.34	3.15
ระดับไม่ดี	41	17.08		
ระดับปานกลาง	168	70.00		
ระดับสูง	31	12.92		
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.			5.31	2.41
ระดับไม่ดี	117	48.75		
ระดับปานกลาง	73	30.42		
ระดับสูง	50	20.83		
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.			9.68	2.09
ระดับไม่ดี	7	3.27		
ระดับปานกลาง	206	96.26		
ระดับสูง	1	0.47		
การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.			11.51	4.25
ระดับไม่ดี	45	18.75		
ระดับปานกลาง	141	58.75		
ระดับสูง	54	22.50		
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.			11.21	7.71
ระดับไม่ดี	53	22.08		
ระดับปานกลาง	123	51.25		
ระดับสูง	64	26.67		
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.			13.54	3.09
ระดับไม่ดี	4	1.67		
ระดับปานกลาง	149	62.08		
ระดับสูง	87	36.25		
พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.			21.13	3.69
ระดับไม่ดี	5	2.08		
ระดับปานกลาง	218	90.83		
ระดับสูง	17	7.08		

จากตาราง 1 พบว่าพระภิกษุสงฆ์และสามเณร ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. อยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ร้อยละ 70 ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ร้อยละ 96.26 ด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ร้อยละ 58.75 ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ร้อยละ 51.25 ยกเว้นความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน อยู่ในระดับไม่ดี (ร้อยละ 48.75) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 90.83

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.

ตาราง 2 จำนวนและร้อยละ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น โดยใช้สถิติ Fisher's Exact test (n=240)

องค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ		p-value
	ไม่ดี n (ร้อยละ)	ปานกลางขึ้นไป n (ร้อยละ)	
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส.1ฟ.			
ระดับไม่ดี	1 (2.44)	40 (97.56)	0.611
ระดับปานกลางขึ้นไป	4 (2.01)	195 (97.99)	
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน			
ระดับไม่ดี	3 (2.56)	114 (97.44)	0.480
ระดับปานกลางขึ้นไป	2 (1.64)	120 (98.36)	
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ			
ระดับไม่ดี	0 (0)	7 (100)	0.875
ระดับปานกลางขึ้นไป	4 (1.93)	203 (98.07)	
การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ			
ระดับไม่ดี	3 (6.67)	42 (93.33)	0.047
ระดับปานกลางขึ้นไป	2 (1.03)	193 (98.97)	
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ			
ระดับไม่ดี	3 (5.66)	50 (94.34)	0.073
ระดับปานกลางขึ้นไป	2 (1.07)	185 (98.93)	
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง			
ระดับไม่ดี	0 (0)	4 (100)	0.919
ระดับปานกลางขึ้นไป	5 (2.12)	231 (97.88)	

จากตาราง 2 พบว่าการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.047$) ส่วนองค์ประกอบด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.611$, $p\text{-value}=0.480$, $p\text{-value}=0.875$, $p\text{-value}=0.073$ และ $p\text{-value}=0.919$ ตามลำดับ)

อภิปรายผล

จากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น สามารถอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

1. ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. รายด้าน

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. พบว่าพระภิกษุสงฆ์และสามเณร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70 ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจุบันสื่อเทคโนโลยีได้มีการพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว และมีการแพร่กระจายไปทั่วทุกกลุ่มของประชาชนรวมถึงพระภิกษุสงฆ์และสามเณร ไม่ว่าจะเป็นการใช้ โทรศัพท์มือถือ สมาร์ทโฟน แอปพลิเคชันต่างๆ เฟสบุ๊ค ไลน์ อินสตาแกรม หรือยูทูป เป็นต้น ทำให้ง่ายต่อการ เข้าถึงและค้นหาข้อมูลทางด้านสุขภาพที่สนใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล (2562), นพมาศ โกศล และคณะ (2561), พิทยา ไพบูลย์ศิริ (2561) กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวง สาธารณสุข (2558) รวมถึงการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) ที่พบว่าความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ อยู่ในระดับที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันคือ ระดับพอใช้หรือปานกลางขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ชรินทร์ ห่วงมิตร, นเรศน์ ฐิตินันท์วิวัฒน์ และธวัชชัย ปานสมบัติ (2560) ที่พบว่า ระดับการรับรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. พบว่าพระภิกษุสงฆ์และสามเณร เกือบครึ่งหนึ่ง มีความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. อยู่ในระดับ ต่ำ (ร้อยละ 48.75) ทั้งนี้อาจเนื่องจากสภาพแวดล้อม และการเรียนการสอนในโรงเรียนพระปริยัติธรรม ที่เน้นในเรื่องของพระธรรมคำสอนของพระพุทธศาสนา และความรู้ของวิชาพื้นฐาน เช่น คณิตศาสตร์ วิทยาศาสตร์ หรือ ภาษา แต่ไม่ได้เน้นในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพมากนัก รวมถึงการขาดโอกาสในการอบรมการดูแลสุขภาพ การ ป้องกัน แก้ไข ฟื้นฟูและพัฒนาสุขภาพตนเองในทางที่ถูกต้อง และแม้ว่าในปัจจุบันการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจะ สะดวกมากขึ้น มีการรับข้อมูลหลายด้านหลายแหล่ง แต่อาจขาดการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างรอบด้าน จึงทำให้เกิด ความรู้ที่คลาดเคลื่อนได้ ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ความรู้ความทางสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรอยู่ใน ระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของพระสุกสะหวັນ บุคชะหมวน (2559) ที่พบว่าระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ เช่นกัน

ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. ด้านการจัดการเงื่อนไขของ ตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. และ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้าง สุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. พบว่าพระภิกษุสงฆ์และสามเณรมีส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 96.26, 58.75, และร้อยละ 51.25 ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องมาจากพระภิกษุสงฆ์และสามเณร มีความตระหนัก และปฏิบัติ ตามกฎระเบียบพระวินัยรวมถึงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างเคร่งครัด ที่มีความสอดคล้องเกี่ยวข้องกับความรอบรู้ ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. เช่น ใช้เหตุผลในการประเมินและจัดการกับกิเลสทั้งปวงรวมถึงอารมณ์ของ ตนเอง และการรักษาศีลไม่ยุ่งเกี่ยวกับอบายมุขและมีหน้าที่อบรมสั่งสอนให้ประชาชนปฏิบัติตนอยู่ในศีลในธรรม ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้พระภิกษุสงฆ์และสามเณรมีการสื่อสาร มีการจัดการเงื่อนไขของตนเอง และการ รู้เท่าทันสื่ออยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของหลายท่านได้แก่ ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล (2562) นพมาศ โกศลและคณะ (2561) พิทยา ไพบูลย์ศิริ (2561) และการศึกษาของแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้ง 3 ด้านนี้ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้หรือปานกลางขึ้นไป

ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. พบว่าพระภิกษุสงฆ์และสามเณรส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.08 ทั้งนี้เนื่องมาจากประสบการณ์หรือความสามารถเฉพาะบุคคลของ พระภิกษุสงฆ์และสามเณร ที่ใช้ความรู้ทั้งในด้านพระธรรมและด้านทางโลกที่ศึกษา มาเป็นเหตุผลสนับสนุนใน การตัดสินใจในการปฏิบัติตนในชีวิตประจำวัน สอดคล้องกับการศึกษาของหลายท่าน ได้แก่ ศิริวรรณ ขอบธรรม สกุล (2562) นพมาศ โกศลและคณะ (2561) พิทยา ไพบูลย์ศิริ (2561) รวมถึงแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ อยู่ในระดับพอใช้หรือปานกลางขึ้นไป และสอดคล้องกับการศึกษาของพระสุกสะหวັນ บุคชะหมวน (2559) ที่พบว่าระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง

ส่วนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. พบว่าพระภิกษุสงฆ์และสามเณร มีระดับพฤติกรรม สุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 90.82 ทั้งนี้เนื่องมาจากพระภิกษุสงฆ์และสามเณร มีปฏิบัติตนตาม

พระธรรมวินัยรักษาศีลไม่ยุ่งเกี่ยวกับอบายมุข มีการปิดกวดทำความสะอาดลานวัดอยู่เป็นประจำทุกวัน ซึ่งถือได้ว่าเป็นออกกกำลังกายวิธีหนึ่ง และปัจจุบันพระภิกษุสงฆ์และสามเณรมีการป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นมาก เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ส่งผลให้พระภิกษุสงฆ์และสามเณรตระหนักถึงการดูแลร่างกายตนเองในด้านต่างๆเพิ่มมากขึ้น รวมถึงด้านการฉันทาอาหารที่มีประโยชน์ด้วย ซึ่งอาจเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้พระภิกษุสงฆ์และสามเณรมีพฤติกรรมสุขภาพ ระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของหลายท่านได้แก่ ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล (2562) นพมาศ โกศล และคณะ (2561) คณิตฉัตร วุฒิศักดิ์สกุล (2561) พิทยา ไพบูลย์ศิริ (2561) ชรินทร์ ห่วงมิตร, นเรศน์ จูตินันท์วิวัฒน์ และธวัชชัย ปานสมบัติ (2560) พระสุกสะหวัน บุคชะหมวน (2559) รวมถึงแสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี (2558) ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้หรือปานกลางขึ้นไป และสอดคล้องกับการศึกษาของ พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต และคณะ (2558). ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพองค์รวมทั้ง 4 มิติ คือ มิติทางกาย มิติทางใจ มิติทางสิ่งแวดล้อม และมิติทางปัญญา มีค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นหลังจากที่ได้ดำเนินการพัฒนารูปแบบตามมติของภาคีเครือข่าย ได้มีโครงการอบรมถวาย ความรู้ในการดูแลสุขภาพองค์รวมให้กับพระสงฆ์ มีการพัฒนาแกนนำสุขภาพพระสงฆ์

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.

ความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพระภิกษุสงฆ์และสามเณรที่มีความรู้ด้านจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. อยู่ในระดับไม่ดีและระดับดี จะมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 93.33 และ ร้อยละ 98.97 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบริบท หรือกิจวัตรประจำวันของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรในวัดหรือโรงเรียนพระปริยัติธรรม เช่น การรักษาศีลไม่ยุ่งเกี่ยวกับอบายมุข การใช้เหตุผลในการประเมินเพื่อจัดการกับกิเลสทั้งปวง รวมถึงจัดการกับอารมณ์ของตนเอง รวมถึงการที่พระภิกษุสงฆ์และสามเณรมีหน้าที่อบรมสั่งสอนให้ประชาชนปฏิบัติตนอยู่ในศีลในธรรม ซึ่งมีความเกี่ยวข้องและส่งผลถึงพฤติกรรมสุขภาพโดยตรง ดังนั้น ควรให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพของพระภิกษุสงฆ์และสามเณร ในด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเอง เพื่อให้พระภิกษุสงฆ์และสามเณรมีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหลายท่านได้แก่ ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล (2562) และ นพมาศ โกศล และคณะ (2561) ที่พบว่าการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากพระภิกษุสงฆ์และสามเณร มีการใช้เทคโนโลยีในการค้นหาข้อมูลสุขภาพ มีการสื่อสารการสอนเกี่ยวกับปฏิบัติตนตามหลักพระธรรมที่สอดคล้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. แต่ไม่ได้นำสิ่งดังกล่าวมาปรับใช้ในการปฏิบัติตน เช่น พระภิกษุสงฆ์และสามเณรขาดการออกกกำลังกายที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ซึ่งสามารถหาวิธีการอื่นที่เหมาะสมได้ เช่น กวาดลานวัดหรือทำความสะอาดวัด ซึ่งควรปฏิบัติให้ได้อย่างน้อย 1-2 ชั่วโมงต่อวัน เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะสร้างเสริมความแข็งแรงของร่างกายได้ นอกจากนี้ พระสงฆ์และสามเณรอาจขาดการยับยั้งชั่งใจเลือกเฟ้นฉันอาหารและยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง เป็นต้น (พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต และคณะ, 2558) ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว อาจส่งผลให้ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้านที่กล่าวมา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล (2562) และ นพมาศ โกศล และคณะ (2561) ที่พบว่า ความรอบรู้สุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การนำผลการวิจัยไปใช้

จากข้อค้นพบความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. อยู่ในเกณฑ์ที่ระดับต่ำ ดังนั้น จึงควรให้คุณครู พระผู้ใหญ่ในวัดหรือเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จัดอบรมถวายความรู้แก่พระภิกษุสงฆ์และสามเณร เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมตามบริบทและกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. อันจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมให้ดียิ่งๆ ขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณร โดยเฉพาะพระภิกษุสงฆ์และสามเณร ที่มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ (โรคอ้วน)
2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1พ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณร เช่น ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม (ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม) ให้ครอบคลุมศาสนสถาน มหาวิทยาลัยและวิทยาลัยสงฆ์ ในวงกว้าง เพื่อให้ทราบถึงปัญหาที่แท้จริงที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพในด้านต่างๆ และเพื่อการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรต่อไป

References

- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข. (2558). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนไทย ที่มีอายุตั้งแต่ 15-59 ปี*. (รายงานการวิจัย). (ม.ป.พ.).(ม.ป.ท.).
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 กระทรวงสาธารณสุข. (ร่าง) *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564*. ค้นเมื่อ 17 กรกฎาคม 2560, จาก http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_แผน12.2559.pdf
- คณิตฉัตร วุฒิสักดิ์สกุล. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 24(1), หน้า 71-82.
- ชรินทร์ ห่วงมิตร, นรศน์ วิฑิตินันท์วิวัฒน์ และธวัชชัย ปานสมบัติ. (2560). *พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเครือข่ายพระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนครนครสวรรค์*. (รายงานการวิจัย ฉบับที่ 1). เทศบาลนครสวรรค์: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์.
- นพมาศ โกศล และคณะ. (2561). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงานสำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อำเภอทุ่งใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช*. การประชุมมหาดใหญ่วิชาการระดับชาติและนานาชาติครั้งที่ 10. มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่: มหาวิทยาลัยมหาดใหญ่.
- พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, ธวัชรัตน์ แดงหาญ และสร้อยญา วภัชชวิธ. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์กรวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น*, 22(2), 117-129.
- พระสุกสะหวັນ บุคชะหมวน. (2559). *การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตคูสิต กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พิทยา ไพบูลย์ศิริ. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 8(1), หน้า 97-106.
- วิชัย เอกพลากร. (2557). *รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2560). พระสงฆ์ไทยฟันผุสูงและ 6 วิธีดูแล. ค้นเมื่อ 10 กรกฎาคม 2561, จาก <https://www.thaihealth.or.th/content/35513-พระสงฆ์ไทยฟันผุสูง%20และ%206%20วิธีดูแล.html>
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. (2559). กรมควบคุมโรค แนะนำประชาชนถวายภัตตาหารแด่พระสงฆ์ให้ถูกต้องหลักโภชนาการ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม. ค้นเมื่อ 20 กันยายน 2562, จาก <http://odpc7.ddc.moph.go.th/archives.php?no>
- แสงเดือน กิ่งแก้ว, นุสรา ประเสริฐศรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 25(3), 43-54.
- ศิริวรรณ ขอบธรรมสกุล. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วน ของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารสหวิทยาการวิจัย*, 8(1), 116-123.
- อรุณ จิรวัดน์กุล. (2556). *สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์.
- Best, J. W. (1978). *Research in Education* (3rd ed). New Delhi : Prentice Hall, Inc.
- Bloom, B. S. (1956). *Taxonomy of Educational Objectives Handbook I : Cognitive Domain*. New York: David McKay.
- Board on Neuroscience and Behavioral Health, Institute of Medicine. (2004). *Health Literacy: a Prescription to end Confusion*. Washington, DC, National Academies Press.
- Pander, R. & Verma, M.R. (2008). Samples Allocation in Different Strata for Impact Evaluation of Developmental Programme. *Rev. Bras. Biom., São Paulo*, 26(4), 03-112.

การพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยาโรคเรื้อรัง ของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดเพชรบูรณ์

Development of a Caregiver Participation Supervision Program for Chronic Medication Use among Elderly People in Community of Phetchabun Province

พัฒนา พรหมณี^{1,*}, ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด¹, รุ่งทิพาห์ สุขารมย์¹, สุเทพ วรรณ²

Pattana Prommanee¹, Srisurang Eamsaard¹, Rungtiwa Sukharom¹, Suthep Wanna²

คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา^{1*}, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์²

Faculty of Public Health Institute of Entrepreneurial Science Ayothaya^{1*}, Phetchabun Public Health Office²

(Received: July 8, 2021; Revised: April 15, 2022; Accepted: April 30, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดเพชรบูรณ์ 2) ประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม และ 3) ประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรม การวิจัยนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับการสร้างและพัฒนาโปรแกรม โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เจาะจงเลือกจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 40 คน และ ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ สำหรับการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม โดยมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เจาะจงเลือกจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 25 คน และการทดลองใช้โปรแกรม โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่ดำเนินการทดลองเป็นรายคู่ ของผู้ดูแลและผู้สูงอายุ กำหนดขนาดจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power Version 3.1.9.4 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คู่ สุ่มด้วยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบสอบถามประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม และแบบสอบถามการรับประทานยา ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติทดสอบที่ ผลการวิจัยพบว่า

1. โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) คู่มือและเอกสารประกอบการใช้โปรแกรม 2) วัตถุประสงค์ 3) หลักการ 4) ขั้นตอนของโปรแกรม 5) ขั้นตอน ได้แก่ 4.1) การสร้างสัมพันธภาพ 4.2) ให้ความรู้ 4.3) ชี้แจงพฤติกรรมรับประทานยาที่ไม่เหมาะสมและผลกระทบจากยา 4.4) สะท้อนกลับ และ 4.5) สรุปบทบาท 5) การนำไปใช้ 6) การประเมินผล และ 7) เงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จ

2. โปรแกรมนี้มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($M=4.69$, $SD=0.25$)

3. ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องแตกต่างจากก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$)

ผลการศึกษาครั้งนี้อาจสามารถนำไปกำหนดแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในชุมชน โดยส่งเสริมให้ครอบครัวสามารถนำผลการวิจัยไปกำหนดแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในชุมชน โดยส่งเสริมให้ครอบครัวหรือผู้ดูแล มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการมีส่วนร่วม, ผู้ดูแลผู้ป่วย, ยาโรคเรื้อรัง, โรคเรื้อรัง, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding email: anattap1@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 083-9944414)

Abstract

This research and development aimed to: 1) develop a caregiver participation supervision program for chronic medication use among elderly people in community of Phetchabun province; 2) assess the suitability of the program; and 3) evaluate the program usage. This research was divided into 2 phases: phase 1, qualitative research for conducting and developing the program which key informants were purposively selected from 40 experts; and phase 2, quantitative study for assessing the suitability of the program which participants were purposively selected from 25 qualified persons, and evaluating the program usage which participants were 30 pairs of caregivers and older adults determined by G*Power Version 3.1.9.4 and selected by multi-stage random sampling. Research instruments consisted of interview guideline, questionnaire to assess the suitability of program, and drug intake questionnaire. Qualitative data were analyzed by content analysis, while quantitative data were analyzed by mean, standard deviation and t-test (Dependent). The research results found that:

1) the developed program consisted of: (1) program manual and documentation; (2) objectives; (3) principles; (4) five steps of the program covering: (4.1) relationship building; (4.2) educating; (4.3) clarifying improper drug taking behavior and negative drug effects; (4.4) reflection; and (4.5) role summary; (5) application; (6) evaluation; and (7) conditions for success.

2) this program was suitable to use at the highest level ($M=4.69$, $SD=0.25$).

3) the elderly had significant correction difference of taking drug behavior from before intervention ($p=0.01$)

The results of this study can be beneficial for using as guidelines for caring elderly people with chronic illnesses in the community by promoting family or caregiver to participate in encouraging right and proper drug taking habit of the elderly.

Keywords: Participation Program, Caregiver, Chronic Medication, Chronic Disease, Elderly

บทนำ

ผู้สูงอายุเป็นบุคคลอันเป็นที่เคารพของลูกหลาน เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรของทุกคนในครอบครัว ตลอดชีวิตที่ผ่านมาได้สร้างคุณประโยชน์มากมายให้กับสังคม เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุอันเป็นช่วงวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่ถดถอยลงของร่างกาย อาจมีโรคเรื้อรังประจำตัวซึ่งต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ (Department of Elderly Affairs, 2019) โดยในปี พ.ศ. 2562 ประเทศไทยมีประชากรสูงอายุ จำนวน 11,379,684 คน คิดเป็นร้อยละ 17.96 ของประชากรทั้งหมด นับได้ว่าเป็นประเทศที่ได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว (Prasartkul, 2019) สาเหตุสำคัญของการเพิ่มสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุ เนื่องจากการพัฒนาประเทศในด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม การสุขภาพ การสาธารณสุข และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมียุ่ยืนยาวขึ้น หากแต่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามวัยมากขึ้นอันเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพในอดีต ขณะเดียวกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังแล้วหากมีพฤติกรรมดูแลตนเองไม่เหมาะสม ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ซึ่งที่เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมมารับประทานยาเพื่อรักษาภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง (Prasartkul, 2019; Jindaratnaporn, 2020)

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคเรื้อรังประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค ที่พบมากเป็นอันดับหนึ่งคือ โรคความดันโลหิตสูง รองลงมาเป็นเบาหวาน หัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง (Department of Disease Control, 2020) โรคเรื้อรังเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง แนวทาง

ในการรักษาขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของอาการแสดงที่พบ แพทย์จะพิจารณาให้การรักษาโดยการรับประทานยาเพื่อควบคุมอาการของโรคร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันภาวะทุพพลภาพ (Apiratanawong, 2008) โดยทั่วไปมีการใช้ยารักษาโรค จำนวน 3 ถึง 5 ชนิด หรือมากกว่าต่อวัน (Leetaweewasuk, et al, 2013) ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้สูงอายุ เนื่องจากเกิดปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาหรือปัญหาความคาดเคลื่อนทางยา (Kongkaew, Noyce, Ashcroft, 2008) เกิดอาการผิดปกติของร่างกาย หรืออาจสัมพันธ์กับภาวะเสื่อมถอยทางร่างกายของผู้สูงอายุ นำไปสู่การเกิดพฤติกรรมรับประทานยาไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุตามมา เช่น เกิดภาวะความเสื่อมถอยด้านกระบวนการคิดความจำ การหลงลืม ทำให้ลืมรับประทานยาตามเวลาหรือไม่เข้าใจในการรับประทานยา ทำให้รับประทานยามืด ที่สำคัญคือไม่สามารถดูแลตนเองเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยาได้ (Naiyapatana, 2010; Vivian, et al, 2013) และมีการละเลยการอ่านฉลากยา เนื่องจากข้อจำกัดด้านการมองเห็น นำไปสู่การรับประทานยามืดขนาด หรือการหยุดรับประทานยาเอง (Promdee, 2009) นอกจากนี้แล้วอาจมีการเก็บรักษายาที่ไม่ถูกวิธีทำให้ยาเสื่อมสภาพ รวมทั้งอาจไม่มีการสังเกตวันหมดอายุของยาทำให้เกิดอัตราการกลับเข้ารับรักษาตัวซ้ำและอัตราการตายจากโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นอันเนื่องมาจากปัญหาพฤติกรรมรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังที่ไม่เหมาะสม (Naiyapatana, 2010; Yeenang, 2012) ปัญหาการไชยาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมีหลายปัญหา เช่น ปัญหาปฏิกิริยาอันไม่พึงประสงค์จากการไชยา ปัญหาความคาดเคลื่อนทางยา และความไม่ร่วมมือในการไชยา ซึ่งปัญหาการไชยาเหล่านี้เป็นสาเหตุหนึ่งของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยพบว่า ร้อยละ 10.70 ของการรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุทั้งหมดในประเทศไทย เป็นการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลอันเนื่องมาจากปัญหาการไชยา (Kongkaew, Noyce, & Ashcroft, 2008)

การรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุปกติแล้วจะได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก ดังนั้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักในการกำกับรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในครอบครัวให้มีพฤติกรรมรับประทานยาที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็น ซึ่งผู้ดูแลจึงต้องมีทักษะการสื่อสาร มีการตัดสินใจที่มีประสิทธิภาพ และมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรัง ที่มีเป้าหมายการดูแลร่วมกัน (Chaichanawirote, Vithayachokitikhun, 2015) นอกจากนี้แล้วบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุดังกล่าว จากรายงานการเยี่ยมบ้านในเขตพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 พบว่า ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังส่วนใหญ่เคยมีพฤติกรรมรับประทานยาไม่เหมาะสม และประสบปัญหาการรับประทานยารักษา ได้แก่ ไม่ได้อ่านฉลากยาก่อนรับประทานยา เพราะมองไม่เห็นตัวหนังสือบนฉลากยา อ่านหนังสือไม่ออก ทำให้รับประทานยามืดขนาด ลืมรับประทานยาและหรือหยุดรับประทานยาเนื่องจากเคยรับประทานยาแล้วอาการไม่ดีขึ้น ทำให้มียาเหลือใช้รับประทานจำนวนมาก และเคยมีอาการหน้ามืดเป็นลม ภายหลังลุกจากที่นอนกะทันหัน จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Phetchabun Provincial Public Health Office, 2017) จากรายงานสถิติการกลับมารักษาตัวซ้ำในภายใน 28 วัน พบผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 2.38 และเป็นผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน ร้อยละ 12.11 ต้องกลับเขารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลเนื่องจากเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยา (Phetchabun Hospital, 2016)

บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทหลักในการถ่ายทอดความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังที่เหมาะสม ส่งเสริมศักยภาพของบุคคลในครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันเพิ่มขึ้น ติดตามพฤติกรรมรับประทานยา ที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงต่างๆ และให้การตรวจรักษาเมื่อเกิดอาการผิดปกติภายหลังการรับประทานยาหรือส่งต่อ รวมถึงการให้คำปรึกษา แนะนำ สนับสนุน ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปฏิบัติกิจกรรมด้านการรับประทานยา เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายให้แข็งแรงสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สามารถควบคุมอาการของโรคที่เจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้ง

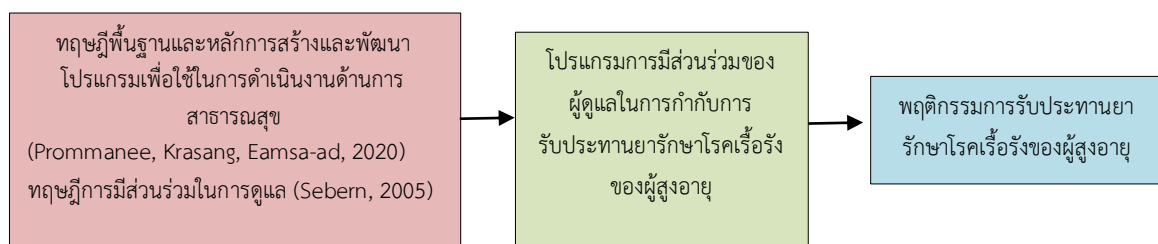
ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังในชุมชนได้เพิ่มขึ้น หากปล่อยให้ผู้สูงอายุดูแลการรับประทานยาเองอาจมีการละเลย หลงลืม หรือรับประทานยาผิด อันเกิดจากการเสียดายของความจำและการมองเห็น จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลที่อาศัยอยู่ใกล้เคียงเข้ามาดูแลกำกับในรับประทานยาให้ถูกต้อง ให้สามารถควบคุมภาวะของโรคเรื้อรังโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ไม่ให้ส่งผลร้ายต่อตัวผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามผู้ที่เข้ามาดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังต้องมีความรู้และเข้าใจในการรับประทานยาเป็นอย่างดีจึงจะสามารถดูแลกำกับการกินยาของผู้สูงอายุเหล่านี้ได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดเพชรบูรณ์จะมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่เหมาะสม ลดอัตราการกลับมาพบแพทย์ก่อนวันนัด ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนร้ายแรง และเป็นการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ผลการวิจัยนี้จะสามารถนำไปใช้สำหรับดูแลผู้สูงอายุในการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. พัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดเพชรบูรณ์
2. ประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดเพชรบูรณ์
3. ประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนของ โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการกำกับการรับประทานยาของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับการสร้างและพัฒนาโปรแกรมเพื่อใช้ในการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขที่เป็นโครงสร้างทางความคิดหรือองค์ประกอบ และความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่สำคัญอย่างเป็นขั้นเป็นตอนเพื่อให้เกิดความรู้ เข้าใจได้ง่ายและกระชับถูกต้อง วัดและตรวจสอบได้ ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของโปรแกรม ทฤษฎีพื้นฐานและหลักการ ระบบงานและกลไกของโปรแกรม วิธีการดำเนินงาน แนวทางการประเมินผลการดำเนินงาน คำอธิบายประกอบโปรแกรม เงื่อนไขการนำไปใช้ และคู่มือการใช้ (Prommanee, Krasang, Eamsa-ad, 2020) ร่วมกับทฤษฎีการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของซีเบิร์น (Sebern, 2005) ที่เชื่อว่าการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เป็นสิ่งจำเป็นต่อผลสำเร็จของการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 3 แนวคิดหลัก ได้แก่ การสื่อสาร การตัดสินใจ และการกระทำร่วมกัน นำมาจัดทำเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ ดังนี้
ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ สำหรับการสร้างและพัฒนาโปรแกรม

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 10 คน พยาบาลวิชาชีพของ รพ.สต. 10 คน นักวิชาการสาธารณสุข 10 คน และเภสัชกร 10 คน รวมทั้งสิ้นจำนวน 40 คน ใช้วิธีสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) ต้องการมีส่วนร่วมในกระบวนการสร้างและพัฒนาโปรแกรม 2) มีข้อมูลเพียงพอที่จะแลกเปลี่ยน 4) มีแรงจูงใจที่อยากเข้าร่วมในกระบวนการ 5) สนใจในผลที่จะได้จากการสรุปความคิดของผู้ที่เกี่ยวข้องที่ไม่สามารถหาได้จากที่อื่น และ 6) เป็นผู้บริหารงานของ รพ.สต. ที่สามารถกำหนดทิศทางการทำงานของหน่วยงานหรือเป็นผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขหรือการพยาบาลในชุมชนหรือเป็นเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในระยะนี้เป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ที่กำหนดประเด็นการสัมภาษณ์จำนวน 7 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน จากนั้นนำข้อคำถามมาปรับตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้วนำไปทดลองใช้โดยการไปสัมภาษณ์คนที่มีความสัมพันธ์เหมือนผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 1 คนที่อยู่ในพื้นที่อื่นนอกเหนือจากพื้นที่วิจัย จากนั้นก็นำข้อคำถามมาปรับอีกครั้งเพื่อใช้จริงต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ โดยขออนุญาตนัดหมายล่วงหน้าและส่งแบบสัมภาษณ์ให้ก่อนเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้เตรียมคำตอบที่เหมาะสมสำหรับการสัมภาษณ์ในวันนัดหมาย จากนั้นเก็บข้อมูลตามวันเวลาที่นัดหมาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ เพื่อประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมก่อนการนำไปใช้จริง และการทดลองใช้โปรแกรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ในการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม โดยเก็บข้อมูลด้วยการสอบถามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ได้จากการเลือกแบบเจาะจง โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือก คือ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิด้านการสร้างและพัฒนาโปรแกรม 3 คน ด้านการดูแลผู้สูงอายุ 2 คน ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้อำนวยการ รพ.สต. 5 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน นักวิชาการสาธารณสุข 5 คน และเภสัชกร 5 คน ที่ไม่อยู่ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับการสร้างและพัฒนาโปรแกรม รวมทั้งสิ้นจำนวน 25 คน

สำหรับการทดลองใช้โปรแกรม ดำเนินการด้วยการทดลองเบื้องต้น (Pre-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) กลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ G*Power Version 3.1.9.4 สำหรับการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ Dependent t-test ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ 0.95 และกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect Size) จากค่าเสนอแนะของ Cohen (Cohen, 1992) ในขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large Effect Size) ที่ 0.80 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 23 คน เนื่องจากการดำเนินการวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างต้องเข้าร่วมกระบวนการวิจัยต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ ซึ่งมีโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างจะถอนตัวออกจากการวิจัยสูง ผู้วิจัยจึงปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง

อีกร้อยละ 20 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ในการวิจัยนี้ดำเนินการเป็นรายคู่ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ จึงมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 30 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ 30 คน รวมเป็น 60 คน การสุ่มตัวอย่างสุ่มด้วยวิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) โดยสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากจากพื้นที่ 11 อำเภอของจังหวัดเพชรบูรณ์ สุ่มได้อำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จากนั้นจับฉลากจาก 17 ตำบลของอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ จับฉลากได้ตำบลตะเปาะเป็นพื้นที่ดำเนินการทดลองตามกิจกรรมตามโปรแกรม แล้วสุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับฉลากแบบไม่ใส่คืนจากผู้สูงอายุจนครบ 30 คน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ 30 คน รวม 60 คน

เกณฑ์คัดเลือกและเกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างสู่กระบวนการวิจัย (Inclusion Sampling Criteria) มีดังนี้

1. ผู้สูงอายุ มีคุณสมบัติดังนี้

- 1.1 ได้รับการรักษาด้วยวิธีการรับประทานยาเพียงอย่างเดียว
- 1.2 สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและทำกิจกรรมด้วยตนเองได้ โดยใช้ ADL Index
- 1.3 ไม่มีความบกพร่องด้านการรับรู้
- 1.4 สามารถสื่อสารด้วยการพูด และการฟังด้วยภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้
- 1.5 สมัครใจหรือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. ผู้ดูแล มีคุณสมบัติดังนี้

2.1 บุคคลในครอบครัวที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี จำนวน 1 คน ที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครอบครัวเดียวกับผู้สูงอายุ แล้วมีปฏิสัมพันธ์กัน มีการดำเนินชีวิตร่วมกันและให้การดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง และหรือโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง

2.2 อ่านออก เขียนได้ สามารถสื่อสารด้วยการพูด และการฟังภาษาไทยหรือภาษาถิ่นได้

2.3 ไม่มีปัญหาด้านความจำหรืออาการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออกกลุ่มตัวอย่างจากกระบวนการวิจัย (Exclusion Criteria) ทั้งของผู้สูงอายุและผู้ดูแล มีดังนี้

1. มีการเปลี่ยนแปลงวิธีการรักษาเป็นการใช้ยาฉีดร่วมกับยารับประทาน ในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรม
2. ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ต่อเนื่องตลอด 6 สัปดาห์

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนโปรแกรม โดยดำเนินการต่อเนื่อง 3 สัปดาห์ ติดตามการคงอยู่ของพฤติกรรม 2 สัปดาห์ และประเมินผล 1 สัปดาห์ รวม 6 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามสำหรับการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับจากเหมาะสมมากที่สุดให้ 5 คะแนนถึงเหมาะสมน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน กำหนดเกณฑ์ในการแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยสำหรับการแบ่งระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง โปรแกรมมีความเหมาะสมมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง โปรแกรมมีความเหมาะสมมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง โปรแกรมมีความเหมาะสมปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง โปรแกรมมีความเหมาะสมน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง โปรแกรมมีความเหมาะสมน้อยที่สุด

2. แบบสอบถามสำหรับประเมินพฤติกรรมรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม โดยผู้สูงอายุเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม การปฏิบัติในการรับประทานยา 4 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการตรวจสอบยา 2) ด้านการรับประทานยา 3) ด้านการเก็บรักษา และ 4) ด้านการสังเกตและการจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ดังนี้

3 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติทุกครั้งที่ได้รับประทานยาใน 1 วัน

2 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ต่อการรับประทานยาใน 1 วัน

1 คะแนน เท่ากับ ปฏิบัติบางครั้ง ต่อการรับประทานยาใน 1 วัน

0 คะแนน เท่ากับ ไม่เคยปฏิบัติเลย

ผลคะแนนเฉลี่ยรวมต่ำสุดและสูงสุดของแต่ละด้านอยู่ในช่วง 0.00–15.00 คะแนน ผลของคะแนนเฉลี่ยรวมสูง หมายถึง การมีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดีกว่าผู้ที่มีผลรวมของคะแนนเฉลี่ยรวมน้อย โดยมีเกณฑ์แปลผลของคะแนนเฉลี่ยรวม ดังนี้ (Nongluck Wiratchai, 2003)

คะแนนเฉลี่ยรวม	0.00–3.00	มีพฤติกรรมการรับประทานยาระดับต้องปรับปรุง
คะแนนเฉลี่ยรวม	3.01–6.00	มีพฤติกรรมการรับประทานยาระดับพอใช้
คะแนนเฉลี่ยรวม	6.01–9.00	มีพฤติกรรมการรับประทานยาระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ยรวม	9.01–12.00	มีพฤติกรรมการรับประทานยาระดับดี
คะแนนเฉลี่ยรวม	12.01–15.00	มีพฤติกรรมการรับประทานยาระดับดีมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบสอบถามสำหรับการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม ตรวจสอบคุณภาพโดยเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.60-0.80 และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ .74

2. แบบสอบถามสำหรับประเมินพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ตรวจสอบคุณภาพโดยเสนอให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ระหว่าง 0.60-0.80 และหาค่าความเชื่อมั่นด้วยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบัค (Cronbach's Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นที่ 0.93

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

ก่อนการทดลองใช้โปรแกรมผู้วิจัยแจ้งและทำความเข้าใจวัตถุประสงค์ของโปรแกรมกับผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวานที่ได้รับการรักษาด้วยยารับประทาน และมีรายชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดเพชรบูรณ์ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ก้ำกับการรับประทานยาของผู้สูงอายุ โดยดำเนินการเป็นรายคู่ จากนั้นเก็บข้อมูลก่อนการทดลองจากผู้สูงอายุด้วยแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ

ขั้นทดลอง

ผู้วิจัยผู้ใช้โปรแกรมดำเนินการให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลและผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวาน โดยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนโปรแกรมต่อเนื่อง 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัวเอง ชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรม ชี้แจงถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและความสามารถของผู้สูงอายุ บทบาทสำคัญของผู้ดูแล และการใช้ยารักษาโรคเรื้อรัง แลกเปลี่ยนข้อมูล ตอบคำถามและซักถามข้อสงสัย

สัปดาห์ที่ 2 ให้ความรู้เรื่องการช้ยาและอาการข้างเคียงที่อาจพบจากยา

สัปดาห์ที่ 3 ให้ความรู้เรื่องสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังที่ไม่เหมาะสมและผลกระทบ

สัปดาห์ที่ 4 สอดคล้องขั้นตอนการจัดเตรียมยาและการรับประทานยารักษา บอกข้อควรระวังในการช้ยาสังเกตการฝึกทักษะการจัดเตรียมยาและขั้นตอนการรับประทานยา

สัปดาห์ที่ 5 สรุปบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในการก้ำกับการดูแลผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม

สัปดาห์ที่ 6 สังเกต ประเมินการก้ำกับการรับประทานยาของผู้ดูแลและพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุ

ชั้นหลังการทดลอง

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลหลังการทดลองด้วยการสอบถามด้วยแบบสอบถามประเมินพฤติกรรมมารับประทานยาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลวิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติ Dependent t-test โดยข้อมูลมีการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Shapiro-Wilk, p -value>0.05)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ขอรับรองพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ เลขที่ สสจ.พช.1/64-76-03/02/64 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยแจ้งวัตถุประสงค์การวิจัยและกลุ่มตัวอย่างต้องยินยอมเข้าร่วมกระบวนการวิจัยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับและไม่เปิดเผยกลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถกำกับผู้สูงอายุรับประทานยาได้ถูกต้อง และให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยา เห็นความสำคัญของการรับประทานยา และมีพฤติกรรมปฏิบัติในการรับประทานยาได้ถูกต้องเหมาะสม 2) หลักการ: โปรแกรมสร้างขึ้นจากการนำความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาสังเคราะห์ร่วมกับหลักการการมีส่วนร่วมในการดูแล (Shared Care) ของ Sebern (Sebern, 2005) ในด้านการสื่อสาร การตัดสินใจและการกระทำร่วมกันแล้วพัฒนาขึ้นเป็นโปรแกรม 3) ขั้นตอนของโปรแกรม: โปรแกรมนี้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน โดยดำเนินการทีละคู่ ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการกล่าวนำชี้แจงถึงการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายและความสามารถผู้สูงอายุ บทบาทสำคัญของผู้ดูแล และการใช้ยาโรคเรื้อรัง มีกิจกรรมของขั้นตอน ได้แก่ ผู้สอน: แนะนำตัวเอง ชี้แจงรายละเอียดของโปรแกรม แลกเปลี่ยนข้อมูล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล: แนะนำตัวเอง รับฟังรายละเอียดของโปรแกรม แลกเปลี่ยนข้อมูลตอบคำถามและซักถามข้อสงสัย (สัปดาห์ที่ 1) ขั้นตอนที่ 2 ให้ความรู้ เป็นการให้ความรู้เรื่องการใช้อย่างและการข้างเคียงที่อาจพบจากยา มีกิจกรรมของขั้นตอน ได้แก่ ผู้สอน: กระตุ้นให้มีการสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลเรื่องการใช้อย่างโรคเรื้อรัง ให้ความรู้เรื่องยาและการข้างเคียงที่อาจพบจากยา ตอบข้อซักถาม ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล: ฟังการให้ความรู้เรื่องยาและการข้างเคียงที่อาจพบจากยาโรคเรื้อรัง ซักถามข้อสงสัย (สัปดาห์ที่ 2) ขั้นตอนที่ 3 ชี้แจงพฤติกรรมรับประทานยาที่ไม่เหมาะสมและผลกระทบจากยา มีกิจกรรมของขั้นตอน ได้แก่ ผู้สอน: ให้ความรู้เรื่องสาเหตุของการเกิดพฤติกรรมรับประทานยาโรคเรื้อรังที่ไม่เหมาะสมและผลกระทบ ตอบข้อซักถามเพิ่มเติม ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล: ร่วมกันค้นหาข้อมูลและอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาที่ผ่านมา รับฟังการให้ความรู้เรื่องซักถามข้อสงสัย (สัปดาห์ที่ 3) ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนกลับ: ให้ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแลอธิบายหลักการรับประทานยาโรคเรื้อรังที่ถูกต้องและข้อควรระวัง มีกิจกรรมของขั้นตอน ได้แก่ ผู้สอน: สาธิตขั้นตอนการจัดเตรียมยา และการรับประทานยาโรคเรื้อรัง บอกรายละเอียดข้อควรระวังในการใช้ยา สังเกตการฝึกทักษะการจัดเตรียมยา และขั้นตอนการรับประทานยา ตอบข้อซักถาม ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล: ฝึกการสาธิตขั้นตอนการจัดเตรียมยา ฝึกทักษะตามขั้นตอนการสาธิต ทบทวนยาที่ใช้จริงทั้งหมด ซักถามข้อสงสัย (สัปดาห์ที่ 4) ขั้นตอนที่ 5 สรุปบทบาทของผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในการกำกับการดูแลผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมรับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม มีกิจกรรมขั้นตอน ได้แก่ ผู้สอน: กล่าวสรุป ตอบข้อซักถาม และสอบถามความรู้สึก ในการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล ผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล: พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึก ซักถามข้อสงสัย (สัปดาห์ที่ 5) 4)

เงื่อนไขการนำไปใช้: โปรแกรมนี้ใช้ฝึกสอนเป็นรายคู่ของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังและผู้ดูแล ใช้เวลาในการสอนแต่ละสัปดาห์ไม่ควรเกิน 1 ชั่วโมง 5) การประเมินผล: การสังเกตโดยผู้สอนการปฏิบัติขณะสอน และการสอบถาม (สัปดาห์ที่ 6) โดยมีคู่มือและเอกสารประกอบการใช้โปรแกรมที่เป็นแผนพับความรู้เรื่อง วิธีการรับประทานยา และปฏิทินบันทึกการรับประทานยา ที่สร้างขึ้นสำหรับใช้ประกอบกิจกรรมของโปรแกรม และ 6) เงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จ: การชื่นชม การให้กำลังใจ และการสละเวลาในการกำกับดูแลของผู้ดูแล ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ให้ข้อมูลสำคัญในการสร้างและพัฒนาโปรแกรม และการสรุปบทบาทร่วมกับผู้ดูแลและผู้สูงอายุ

2. ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดเพชรบูรณ์ก่อนการนำไปใช้จริง

ตาราง 1 ผลการวิเคราะห์การประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ก่อนนำไปใช้จริง (n=25)

ประเด็นการประเมิน	M	SD	ระดับความเหมาะสม
1. ความสอดคล้องกับการดำเนินงานในพื้นที่	4.72	0.21	มากที่สุด
2. ความสอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยและโรค	4.61	0.25	มากที่สุด
3. ความเหมาะสมของวัตถุประสงค์	4.68	0.31	มากที่สุด
4. ความเหมาะสมของหลักการและแนวคิด	4.77	0.20	มากที่สุด
5. ความเหมาะสมของเนื้อหาในแต่ละขั้นตอน	4.65	0.28	มากที่สุด
6. ความเหมาะสมของรายละเอียดกิจกรรมของขั้นตอน	4.67	0.27	มากที่สุด
7. ความเหมาะสมของการประเมินผลของโปรแกรม	4.64	0.29	มากที่สุด
8. ความเหมาะสมของคู่มือและเอกสารประกอบการใช้โปรแกรม	4.76	0.21	มากที่สุด
9. ความเป็นไปได้ของการนำไปสู่ปฏิบัติ	4.84	0.19	มากที่สุด
10. ภาพรวมของกระบวนการ ขั้นตอน และกิจกรรมของโปรแกรม	4.60	0.33	มากที่สุด
รวม	4.69	0.25	มากที่สุด

จากตาราง 1 พบว่า โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ($M=4.69$, $SD=0.25$)

3. ผลการประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดเพชรบูรณ์ โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมการกำกับการรับประทานยาของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม พบว่า ลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.00) มากกว่าเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 66.60 ปี ($SD=6.83$) มีสถานภาพสมรส คู่ มากที่สุด (ร้อยละ 63.33) จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 46.67 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 40.00 มีโรคประจำตัวเป็นทั้งโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มากที่สุด ร้อยละ 46.67 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมาแล้วเฉลี่ย 8.43 ($SD=2.58$) และมีจำนวนยาที่รับประทานอยู่ในปัจจุบัน 3-4 ชนิด มากที่สุดร้อยละ 53.33 และลักษณะทางประชากรของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เป็นเพศชาย (ร้อยละ 66.67) มากกว่าเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 43.07 ปี ($SD=7.83$) มีสถานภาพสมรส หม้าย มากที่สุด (ร้อยละ 46.67) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 36.66 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 40.00 มีรายได้ต่อเดือนมากที่สุดที่ 10,000-14,999 บาท ร้อยละ 26.67 และ 15,000 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 26.67 จำนวนเท่ากัน จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.13 คน ($SD=1.19$) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 43.33) มีความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุโดยเป็นหลานมากที่สุด ร้อยละ 40.00 มีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุในการตรวจสอบสภาพทั่วไปของยา มากที่สุด ร้อยละ 33.34

ตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ระดับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม (n=30)

พฤติกรรมการใช้ยา	ก่อนทดลอง			หลังทดลอง		
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ
1. ด้านการตรวจสอบยา	5.53	0.73	พอใช้	12.93	0.24	ดีมาก
2. ด้านการรับประทานยา	5.67	0.61	พอใช้	13.00	0.00	ดีมาก
3. ด้านการเก็บรักษา	5.43	0.83	พอใช้	12.90	0.02	ดีมาก
4. ด้านการสังเกตและการจัดการอาการข้างเคียงจากการใช้ยา	2.04	0.89	ต้องปรับปรุง	12.62	0.11	ดีมาก
เฉลี่ยรวม	4.67	0.77	พอใช้	12.86	0.09	ดีมาก

ตาราง 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุหลังการทดลอง (n=30)

พฤติกรรมกรรมการรับประทานยา	M	SD	\bar{d}	s \bar{d}	df	t	p-value (1-tailed)
ก่อนทดลอง	4.67	0.77	8.19	0.68	29	12.04	0.01
หลังทดลอง	12.86	0.09					

จากตาราง 2 และ 3 พบว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม ผู้สูงอายุมีระดับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาในระดับพอใช้ ($M=4.67$, $SD=0.77$) และเข้าร่วมกิจกรรมทดลองตามโปรแกรมแล้วมีระดับพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาในระดับดีมาก ($M=12.86$, $SD=0.09$) โดยมีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาหลังทดลองถูกต้องมากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p=0.01$)

อภิปรายผล

1. โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับกรรมการรับประทานยาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ จังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของโปรแกรมเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถกำกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการรับประทานยาโรคเรื้อรังเห็นความสำคัญของการรับประทานยา และมีพฤติกรรมปฏิบัติในการรับประทานยาได้ถูกต้องเหมาะสม โดยขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน พร้อมกิจกรรมของแต่ละขั้นตอน การประเมินผล คู่มือและเอกสารประกอบการนำไปใช้ และเงื่อนไขที่นำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินงานตามโปรแกรม ผลการวิจัยนี้ มีส่วนที่สอดคล้องกับผลการศึกษา การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ในชุดแผนงานวิจัยเรื่องการพัฒนาเมืองผู้สูงอายุ (Piriyapan, et al, 2018) ที่พบว่ารูปแบบการพัฒนาศักยภาพแกนนำครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้แกนนำครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน แต่ในส่วนของขั้นตอนการดำเนินงานมีความแตกต่างกันในขั้นตอนของรูปแบบที่รูปแบบนี้ทั้ง 4 ขั้นตอน คือ 1) การค้นหาปัญหาและความต้องการการดูแล 2) การวางแผนร่วมกัน 3) การลงมือปฏิบัติ และ 4) ผลลัพธ์และการสะท้อนผลการปฏิบัติ ที่เป็นการดำเนินการในภาพรวมของชุมชนโดยการพัฒนาแกนนำทั้งครอบครัวและชุมชนในการดูแล ในส่วนของกรวิจัย การพัฒนาโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับกรรมการรับประทานยาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุได้ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมขึ้นใช้สำหรับการกำกับการรับประทานยาเป็นรายคู่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนเท่านั้น โดยมุ่งเน้นปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยให้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุในการกำกับดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงในการรับประทานยาให้ถูกต้อง ไม่ได้ดำเนินการร่วมกับชุมชน อันเป็นบริบทการดำเนินการวิจัยที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตามผลการวิจัยที่กล่าวถึงและผลการวิจัยนี้มุ่งให้การดูแลให้ผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูงให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข

2. ผลการประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ พบว่า มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับผลการศึกษา การดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในชุดแผนงานวิจัยเรื่องการพัฒนาเมืองผู้สูงอายุ (Piriyan, et al, 2018) และผลการศึกษา การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังกรณีศึกษาเครือข่ายบริการสุขภาพแพด้า จังหวัดมหาสารคาม (Chantharaowat, Supho, Bannan, 2014) ที่พบว่า มีความเหมาะสมเป็นไปได้ในการใช้งานระดับมากที่สุด เช่นกัน

3. การประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมมีระดับพฤติกรรมมารับประทานยาในระดับพอใช้ และหลังร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม มีระดับพฤติกรรมมารับประทานยาในระดับดีมาก และมีพฤติกรรมมารับประทานยาหลังทดลองถูกต้องแตกต่างจากก่อนทดลองตามโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.01$) สอดคล้องกับผลการศึกษา ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยาต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชน (Yuychim, et al, 2018) ที่พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการจัดการปัญหาการใช้ยามีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาภายหลังได้รับโปรแกรมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) อีกทั้งยังสอดคล้องกับผลการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี (Saendaeng, Potisupsuk, 2018) ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีความรู้เรื่อง การใช้ยาในผู้สูงอายุโรคไม่ติดต่อเรื้อรังการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค และพฤติกรรมการใช้ยาหลังการทดลองใช้โปรแกรม มากกว่าก่อนการทดลองใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกัน

การนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการกำกับการรับประทานยารักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดเพชรบูรณ์ มีเป้าหมายในการสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถกำกับผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังให้รับประทานยาได้อย่างถูกต้อง ให้ผู้สูงอายุมีความรู้ความเข้าใจและเห็นถึงความสำคัญของการรับประทานนำไปสู่การมีพฤติกรรมมารับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม โดยดำเนินการตามกิจกรรมของขั้นตอนตามคู่มือและเอกสารประกอบการใช้โปรแกรม สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปใช้ในการกำหนดแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในชุมชนโดยส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามาส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุให้มีพฤติกรรมการรับประทานยาได้อย่างเหมาะสม ก่อนการใช้โปรแกรมนี้อาจมีการอบรมบุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลรักษาผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนให้มีความเข้าใจในกระบวนการและกิจกรรมการดำเนินงานของรูปแบบให้ครบถ้วน ให้สามารถปฏิบัติตามขั้นตอนของรูปแบบได้จริง หากดำเนินการตามกระบวนการของรูปแบบได้จริงจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในชุมชนสามารถรักษาและควบคุมอาการแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังได้ แต่รูปแบบนี้มีกระบวนการดำเนินงานที่ใช้เวลานานอาจทำให้ทั้งบุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังถอนตัวจากการดำเนินงานก่อนจบโปรแกรมได้ ฉะนั้นจึงควรประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุก่อนการดำเนินการใช้โปรแกรมเพื่อให้สามารถดำเนินงานได้สอดคล้องกับสภาพการดำเนินชีวิตและความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละคนในแต่ละครอบครัวได้ตามสภาพปัญหาและบริบทพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นหน่วยงานหลักที่ดำเนินงานสาธารณสุขในชุมชนควรมีการศึกษาถึงรูปแบบการดำเนินงานในลักษณะของแกนนำในการดูแลและถ่ายทอดความรู้สู่ครอบครัวในระดับชุมชน เพื่อเป็นการลดภาระงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาจดำเนินการในลักษณะการมีส่วนร่วมของทั้งชุมชนตามสภาพปัญหาและบริบทพื้นที่อื่นเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังในระดับชุมชนต่อไป

References

- Apiratanawong, S. (2008). *Self Medication Management in Older Adults*. Bangkok: Mahidol University. (in Thai)
- Chaichanawirote, U. & Vithayachokitikhun, N. (2015). Medication Use Behaviors among the Older Thai Adults. *Journal of Nursing and Health Science*, 9(1), 32-46. (in Thai)
- Chantharaowat, S., Supho, S. & Bannan, N. (2014). Developing a Model by Community Involvement for Caring of Patients with Chronic Diseases: a Case Study of Kaedam Contracting Unit for Primary Care, Mahasarakham Province. *Journal of Health Science*. 23(3), 394-402. (in Thai)
- Cohen J. (1992). Quantitative Methods in Psychology: A Power Primer. *Psychol Bull*, 112(1), 155-169.
- Department of Disease Control. (2020). *Ministry of Public Health. Report of NCDs, Diabetes, Hypertension, and Related Risk Factors in 2019*. Bangkok: Aksorn Graphic and Design. (in Thai)
- Department of Elderly Affairs. (2019). *Resolutions of the National Assembly of the Elderly in 2019*. Bangkok: Amarin Printing and Publishing. (in Thai)
- Institute for Population and Social Research. (2017). *Thailand meter*. Nakhon Pathom: mahidol University. Retrieved December 2, 2020. from: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/>.
- Jindaratnaporn, N. (2020). Downfall Fertility in Thailand and Asian Countries. *Journal of Social Science & Humanities*, 46(2), 48-85. (in Thai)
- Kongkaew, C., Noyce, P. R. & Ashcroft, D. M. (2008). Hospital Admissions Associated with Adverse Drug Reactions: A Systematic Review of Prospective Observational Studies. *The Annals of Pharmacotherapy*, 42(7), 1017-1025. (in Thai)
- Leetaweek, J., Makee, P., Charachan, P., Yana, P., Jindawattanawong, P., Thiratanyaboon, L., Rattanapanich, N. & Thanitkunsarn, O. (2013). *Drug Use Behaviors of Elderly Patients with Chronic Disease in Chiang-Tong Community Rahang Sub-District, Muang-Tak District, Tak Province*. Phitsanulok: Naresuan University. (in Thai)
- Naiyapatana, W. (2010). Health Problems, Medicine-Used Problems, and Medicine-Used Behaviors among Elderly in the Community of Phramongkutklao Hospital Personnel's Residence. *Journal of Nursing and Education*, 3(1), 2-14. (in Thai)
- Wiratchai, N. (2003). *Judging Learning Outcomes: Grades and Grading in the New Evaluation of Learning-Based Learning*. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House.
- Phetchabun Hospital Non-Communicable Disease Clinic. (2016). *Statistical Report on Recurrence Within 28 days*. Phetchabun: Phetchabun Hospital. (in Thai)

- Phetchabun Provincial Public Health Office. (2017). *Annual Report Summary Illness with Non-Communicable Diseases Important 2017*. Phetchabun: Phetchabun Provincial Public Health Office. (in Thai)
- Prasartkul P. (2019). *Situation of the Thai Elderly 2018*. Bangkok: Amarin Printing and Publishing. (in Thai)
- Piriyapan, P., Klinwichit, W., Prongnamchai, S., Dinchuthai, P. & Chaivanit, P. (2018). Development Model for Family and Community Participatory Health Care in Elderly with Diabetic Mellitus. *The Public Health Journal of Burapha University*, 13(1), 45-55. (in Thai)
- Promdee, A. (2009). *Development of Nursing Practice to Promoting Cooperation in Drug Use for the Diabetes Mellitus Elderly, Outpatient Department, Mukdahan Hospital*. Khon Kaen: Khon Kaen University. (in Thai)
- Prommanee, P., Krasang, P. & Eamsa-ad, S. (2020). Concept of Knowledge and Construction of Knowledge Test in Public Health Operation. *Apeit Journals*. (in Thai)
- Saendaeng, N. & Potisupsuk, C. (2018). Effect of Drug Use Behaviors Promotion Program in Elderly Patients with Non-Communicable diseases Khemarat District, Ubon Ratchatani Province. *Journal of Nursing and Health Care*, 36(3), 33-41. (in Thai)
- Sebern, M. (2005). Shared Care Elder and Family Member Skills Used to Manage Burden. *Journal of Advanced Nursing*, 52(2), 170-179.
- Vivian, W. Y. L., Kathy, K. W. P., Ka, C. H. H., Jennifer, C. K. K., Siu, L. L., & Doris, S. F. Y. (2013). Medication Adherence: Is it a Hidden Drug-Related Problem in Hidden Elderly. *Geriatrics Gerontology International*, 13(4), 978-985.
- Yeenang, T. (2012). Drug Use Behaviors of the Patient with Hypertension in Mae Hoingeon Sub-district, Doi Saket District, Chiang Mai Province. Chiang Mai: Chiang Mai University. (in Thai)
- Yuychim, P., Niratharadorn, M., Siriumpunkul, P., & Buaboon, N. (2018). Effects of a Family Participation Program in Managing Drug Use Behaviors among Older Adults with Chronic Disease in Phun Phin Community. *Journal of Public Health*, 48(1), 44-56. (in Thai)

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

กองบรรณาธิการวารสารสภาสาธารณสุขชุมชน (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 และด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณากลับกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน
4. ไม่มีค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์

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. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขาารบิคทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น 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



วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
JCCPH
JOURNAL OF COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH

สภาการสาธารณสุขชุมชน

อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/JCCPH/index>



www.ccph.or.th



ccph.th.org



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



02-591-9186