



วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
JCCPH
JOURNAL OF COUNCIL OF COMMUNITY-PUBLIC HEALTH

ปีที่ 5 ฉบับที่ 3

กันยายน - ธันวาคม 2566

Vol. 5 No. 3

September- December 2023



ISSN 2697-5653 (Online)

ISSN 2730-1729 (Print)

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน
Journal of Council of Community Public Health

ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2566

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 อาคารทอปส์ซูเปอร์มาร์เก็ต 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 5 ฉบับที่ 3 พฤษภาคม – สิงหาคม 2566

ที่ปรึกษา

ดร.ไพศาล บางชวด
ศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุรศักดิ์ ฐานีพานิชกุล
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

กองจัดการ

นางสาวสวยบะห์ หาแว
นายรัชกี สาร๊ะ
นายกฤตย์ดิวัฒน์ ฉัตรทอง
นายธนภัทร ศรีชุม
นายศักดิ์สิทธิ์ คำเกาะ

กองบรรณาธิการ

ศาสตราจารย์ ดร.สถิกร พงศ์พานิช
ศาสตราจารย์ ดร.ฉัตรสมุน พงศ์มิญโญ
ศาสตราจารย์ ดร.วงศา เล้าหศิริวงศ์
ศาสตราจารย์ ดร.นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์
ศาสตราจารย์ ดร.อนามัย เทศกะทีก
รองศาสตราจารย์ ดร.วรางคณา จันทรงค์
รองศาสตราจารย์ ดร.สถิร เทพระการพร
รองศาสตราจารย์ ดร.จักรกฤษณ์ ศิวะเดชาเทพ
รองศาสตราจารย์ ดร.สุมัทนา กลางคาร
รองศาสตราจารย์ ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมล์
รองศาสตราจารย์ ดร.นพรัตน์ ส่งเสริม
รองศาสตราจารย์ ดร. ทรงพล ต่อณี
รองศาสตราจารย์ ดร.วสุธร ต้นวัฒนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศพร ชูศักดิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ลักขมัจจุลกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทพ.ณัฐธ แก้วสุทธา
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ (พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศรี
อาจารย์ ดร.พิทยา ศรีเมือง
อาจารย์ ดร.จิรนนท์ ตูลชาติ
อาจารย์ ดร.สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์
อาจารย์ ดร. กิตติพร เนาว์สุวรรณ

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

กำหนดออก

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

เจ้าของ

สภาการสาธารณสุขชุมชน

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน เป็นวารสารที่มีผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเนื้อหาบทความเพื่อลงตีพิมพ์จำนวน 2-3 ท่านต่อบทความ และบทความหรือข้อคิดเห็นใด ๆ ที่ปรากฏในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนที่เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน บรรณาธิการหรือสภาการสาธารณสุขชุมชน ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วย

บทบรรณาธิการวารสาร

วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนฉบับนี้เป็นฉบับประจำปี ที่ 5 ฉบับที่ 3 ซึ่งเป็นฉบับปีพุทธศักราช 2566 ยังคงมีเนื้อหาและสาระทางวิชาการที่เข้มข้น ทุกบทความได้ผ่านการกลั่นกรองจากกองบรรณาธิการ และผู้ทรงคุณวุฒิ 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/วิชาการมาเผยแพร่ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน หรือมีข้อเสนอแนะประการใด สามารถดูรายละเอียดของการส่งได้ที่ท้ายเล่มและขอเรียนเชิญสมาชิกทุกท่านช่วยประชาสัมพันธ์และบอกกล่าวท่านผู้สนใจ

กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า เนื้อหาสาระของบทความที่วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชนได้นำเสนอไปนั้น จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่านเพื่อเป็นมุมมอง แนวคิดในการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

ปริญญญา จิตอร่าม
บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บทบรรณาธิการวารสาร

บทความวิชาการ (Academic articles) :

ผู้นำศรัทธาในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง.....	1
---	---

Transcendental Leadership in The Disruption Era

พันโท ดร. นิติศักดิ์ เชื้อมวาราศาสตร์ ,อ.ดร.ปริญญา จิตอร่าม

บทความวิจัย (Original Article) :

การพัฒนารูปแบบการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต.....	11
-----------------------------------	----

Development Model for Enforcing Environmental Health Laws of Local

Government Organizations in the Southern Border Provinces in the Future

รัชกิจ สาริระ, วิชิต เรืองแป้น, เมธิยา หมวดนิม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียน

เด็กไทยฟันดี อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี.....	23
--	----

Factors Associated With Oral Hygiene Care Behavior Among School-age Children in

The Healthy Teeth, Happy Life Network, Thunyaburi District, Pathum Thani Province

อรุณศรี พลวงษา

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนในเขตพื้นที่

บ้านปากสระ ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช.....	39
---	----

Factors Associated With behavior for self-protecting From Covid-19 In Baan

Paksa Area Nakhian Subdistrict, Mueang District Nakhon Si Thammarat

อัมย์มัย ฉันทวี, นารฤติ จันทปาสาร

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างนักศึกษา

สถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ.....	54
---	----

Comparing E-Cigarette Smoking Behaviors and Purchasing Decisions among

Students between Vocational Institutes in Urban and Suburban Areas,

Amnat Charoen Province

สุริรัตน์ บุญแต่ง, นรินทร์พร สายกระโทก, ปิยะธิดา มาสุข, ประเสริฐ ประสมรักษ์,

ศิริกานต์ ทองดี, อุไรวรรณ กุมภีโร

บทความวิจัย (Original Article) :

การพัฒนารูปแบบการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุกโดยเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab และ Throat swab สำหรับนักเทคนิคการแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ

อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว..... 67

Active Finding Development Model of Sampling Quality Improvement Model
Using Nasopharyngeal Swab and Throat Swab for Active Finding of Persons
Exposed to COVID-19 by Medical technologists and Multidisciplinary Care Teams
at Taphraya District, Sa Kaeo Province
กรณณณินา ปุณณศิริมั่งมี

ประสิทธิผลของตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็นเปรียบเทียบกับ สเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็นในการรักษา
โรคลมจับโปงน้ำเช่า..... 84

Effectiveness of Cooling Activity Herbal Sprays Comparing to Mixing Herbs and
Tiliacora Triandra Leaf for Jub-Pong-Num-Kao Treatment
ศศิพิสุทธิ์ หงษ์สมบัติ, ภัทรพล อุดมลาภ, ปรางทอง ชำนิพันธ์

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ
เจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศ ด้านพรมแดนเขตเศรษฐกิจ
พิเศษจังหวัดนราธิวาส..... 100

Factors affecting staff participation behavior in the prevention of coronavirus
disease 2019CIQ and network working at the entrance and exit of the country at
the border checkpoint Special Economic Zone of Narathiwat Province
ธีร์วัช ศรีเพชรสัย, คัมภีร์ ฉิมพลีปักษ์, อรุณี สุเหม

ความคิดเห็นของประชาชนจังหวัดขอนแก่นต่อแหล่งกำเนิดฝุ่นละออง ผลกระทบต่อสุขภาพ
การดำเนินงานและวิธีการป้องกันตนเองในการแก้ปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 111

Opinions of Khon Kaen Province residents on the source of dust, health effects,
problem solving operations, and self-protection solutions against PM2.5 dust Issues
ชมพูนุท สิริพรหมภัทร, กริณา แต่อารักษ์

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

บทความวิจัย (Original Article) :

การพัฒนามาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ตำบลป่าแฝก

อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา 127

The Development of Dengue Hemorrhagic Fever Preventive and Control
Measures by Community-Base, Pafaek Subdistrict, Maechai District, Phayao
Province

ชุติกาญจน์ สมสิงห์ใจ, สุทธิชัย ศิรินวล

การเห็นคุณค่าในตนเอง และแนวทางเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาล

นครยะลา จังหวัดยะลา 140

Self-esteem and Guidelines for Developing Self-esteem among the Elderly,
Yala City Municipality, Yala Province

อุบลทิพย์ ไชยแสง*, นิวัติ ไชยแสง, วิชากรณ์ อินทรชุตี, อาบาดี เจ๊ะอาแดร์

และฮนีพะห์ บุระก

คำแนะนำการส่งบทความ 161

ผู้นำศรัทธาในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง

Transcendental Leadership in The Disruption Era

พันโท ดร. นิติศศักดิ์ เชื้อมวราศาสตร์¹, อ.ดร.ปริญญญา จิตอร่าม²

Lt.Col.Nitisak Chuamwarasart¹, Parinya Jitaram²

กองบัญชาการกองทัพไทย¹, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี²

Royal Thai Armed Forces Headquarters¹, Sirindhorn College of Public Health, Suphanburi²

ปัจจุบันมนุษย์อยู่ในสังคมที่เป็นยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงซึ่งมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานและการใช้ชีวิตของมนุษย์ทั้งทางตรง ทางอ้อม ส่งผลกระทบต่อการบริหารองค์กรทุกระดับ อย่างรวดเร็วและรุนแรง ที่รู้จักกันในนามว่า “VUCA World” ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ประกอบด้วยความผันผวน (Volatility : V) ความไม่แน่นอน (Uncertainty : U) ความสลับซับซ้อน (Complexity : C) และความคลุมเครือ (Ambiguity : A) การบริหารองค์กรให้ดำรงสถานะอยู่ในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงได้นั้น องค์กรจะต้องมีบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถ และทักษะของการปฏิบัติงานที่รู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ซึ่งในเชิงของการบริหารนั้นถือกันว่าการเปลี่ยนแปลงเป็นสิ่งที่กำหนดแนวทางการทำงาน โดยมีทรัพยากรมนุษย์ทำหน้าที่ในการขับเคลื่อนองค์กร บุคลากรจึงเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จ ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ด้วยการกำหนดนโยบาย การวางแผน การปรับปรุงหรือพัฒนากระบวนการบริหารองค์กรให้สัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงในยุคปัจจุบัน

เมื่อกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลง มีรูปแบบหรือลักษณะของการเปลี่ยนแปลงมากมายหลากหลายมิติ และหลากหลายรูปแบบที่ส่งผลต่อองค์กรได้ทั้งสิ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงสังคม การเมือง เศรษฐกิจ ภูมิอากาศ การข้ามผ่านวัฒนธรรม องค์ความรู้ การล่าอาณานิคม สงครามตามแบบ สงครามนอกรูปแบบ การเข้ามาของเทคโนโลยี การระบาดของโรค การเกิดโรคอุบัติใหม่ ศาสนา หรือแม้แต่แฟชั่นที่ไม่สามารถคาดการณ์ได้ ซึ่งมีผลทำให้เกิดความยากลำบากในการประเมินหรือคาดคะเนภาพรวมแห่งผลลัพธ์ของสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ การเปลี่ยนแปลงอาจมีผลทำให้เกิดเหตุการณ์วิกฤต เหตุฉุกเฉิน อุบัติเหตุ หรือภัยพิบัติต่าง ๆ เกิดขึ้นแบบไม่ทันตั้งตัว และไม่มีตัวชี้บ่งชี้ที่ชัดเจนว่าจะเกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่ยากต่อการทำนาย อาจเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันไม่ทันตั้งตัวยากต่อการที่จะอธิบาย บางครั้งอาจมองว่าเป็นอนาคตที่ไม่สามารถคาดเดาได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นบ้าง ถ้าหากขาดการวางแผนที่ดี ไม่มีความชัดเจน ความไม่แน่นอน (Uncertainty) จึงยากต่อการคาดการณ์ การขาดข้อมูลที่จำเป็นในการวางแผนเพื่อการตัดสินใจในเชิงกลยุทธ์ที่มากพอ รวมถึงอาจมีสถานการณ์อื่นที่บีบบังคับร่วมเข้ามา อาทิ ระยะเวลาในการตัดสินใจที่น้อยยิ่งทำให้เกิดการความยุ่งยากที่ส่งผลให้สถานการณ์มีความซับซ้อนเพิ่มขึ้น

การวิเคราะห์ การสังเคราะห์องค์การ รวมทั้งกระบวนการของการบริหารองค์การนั้น ควรเป็นการบริหารจัดการที่ผู้นำต้องทราบและเข้าใจในองค์ประกอบและปัจจัยต่าง ๆ ของการบริหารองค์การ ว่ามีสิ่งใดที่เป็นส่วนประกอบสำคัญบ้าง และสิ่งต่าง ๆ เหล่านั้น มีการเชื่อมโยงกันและกันในแต่ละเหตุการณ์ของการบริหารอย่างไร ซึ่งในแต่ละสถานการณ์ก็จะมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มากมายเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงทำให้เกิดเป็นความซับซ้อน (Complexity) ทำให้การบริหารองค์การในหลาย ๆ ครั้งเกิดความยุ่งยากต่อการตัดสินใจ ความซับซ้อนที่สูงรวมกับการมีปัจจัยต่าง ๆ ที่มากมายเข้ามาเกี่ยวข้องนั้นเป็นสิ่งที่ผู้นำต้องนำมาใช้ประกอบการตัดสินใจ เพื่อการจัดความคลุมเครือ (Ambiguity) อันเป็นผลมาจากการที่ผู้นำมีข้อมูลที่ไม่ชัดเจน หรือมีข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่ไม่ครอบคลุม ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการตีความรวมถึงการแปลผลที่อาจจะเกิดความผิดพลาด ซึ่งความคลุมเครือ จะเต็มไปด้วยความไม่แน่นอน ยากที่จะคาดเดาผลลัพธ์ได้ เช่น ความไม่ชัดเจนของการสื่อสาร การตีความความต้องการของการบริหารที่ไม่แตกชัด ทำให้เกิดความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน เกิดความไม่ชัดเจนว่าจะบริหารองค์การไปในทิศทางใด หลายองค์การจึงเลือกใช้รูปแบบการบริหารแบบเดิม ๆ ที่เคยปฏิบัติมา ซึ่งเป็นทางเลือกที่ใช้ความรู้สึกมากกว่าเหตุและผลในเชิงบริหาร

Jamais Cascio นักอนาคตวิทยาและนักพฤติกรรมศาสตร์ชาวอเมริกัน ได้อธิบายและพยากรณ์โลกในยุคใหม่ว่ามีหลากหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการบริหารองค์การที่แตกสลายได้ง่าย และก่อให้เกิดผลกระทบในวงกว้างซึ่งเปราะบาง (Brittle : B) ที่มีผลต่อความมั่นคงขององค์กรต่าง ๆ รวมทั้งสภาพจิตใจของบุคลากร ที่ต้องอยู่ในโลกแห่งความซับซ้อนที่มีความสับสน (Grabmeier, S. 2020) เป็นโลกที่เปราะบาง ไม่ยั่งยืน ถูกทำลายล้าง (Disrupt) ได้ง่าย ไม่เว้นแม้แต่ความสำเร็จต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นมาแล้วก็ตาม

ดังนั้นผู้นำในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงจึงควรเป็นผู้นำที่มีแนวทางในการป้องกัน การแก้ไขความเปราะบางนี้โดยการเพิ่มทักษะต่าง ๆ ที่สำคัญขององค์กรให้กับบุคลากรในองค์กรทั้งที่เป็นทักษะจำเป็นอย่างงาน (Hard Skill) ทักษะด้านอารมณ์ (Soft Skill) และในปัจจุบันควรเพิ่มในทักษะทางด้านดิจิทัล (Digital Skill) รวมทั้งเทคโนโลยีที่จำเป็นเพิ่มเข้าไป เพื่อให้บุคลากรในองค์กรมีศักยภาพ ปรับตัวให้เท่าทันเทคโนโลยี ด้วยการพัฒนาระบบขององค์กรให้ทันสมัย ซึ่งจะช่วยให้องค์กรมีความแข็งแกร่งมากยิ่งขึ้น อีกทั้งการทำงานมีผลทำให้บุคลากรในองค์กรเกิดความวิตกกังวล (Anxious : A) ทั้งในด้านการทำงานและการใช้ชีวิตส่วนตัว ความวิตกกังวลนี้ส่งผลต่อสุขภาพจิตของบุคลากรทำให้เกิดความเครียดและความทุกข์ใจ ที่อาจทำให้บุคลากรมีภาวะหมดพลังในการทำงาน (Burn out) ผู้นำจึงควรมีวิธีการสร้างความเชื่อมั่น มีการดูแลเอาใจใส่ โดยสร้างกรอบความคิดของการทำงาน (Mindset) ให้ทุกคนในองค์กรมีสติพร้อมรับความเปลี่ยนแปลงทั้งในปัจจุบันและอนาคตที่ไม่สามารถที่จะทำนายได้ว่าจะเกิดการเปลี่ยนแปลงแบบตรงไปตรงมาเป็นเส้นตรง (Nonlinear : N) ตามที่คาดการณ์ได้ เพราะปัจจัยต่าง ๆ ในเชิงบริหาร ไม่ได้เป็นความสัมพันธ์ที่เป็นเส้นตรงในทุกเหตุการณ์ มีหลายเหตุการณ์เกิดขึ้นแบบไม่คาดคิด ขาดตรรกะ และไม่เป็นเหตุเป็นผลกันอย่างชัดเจน

ผู้นำจึงควรปฏิรูป กลวิธีหรือรูปแบบการทำงานให้มีความยืดหยุ่น ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น เพื่อไม่ให้บุคลากรเคยชินกับรูปแบบการทำงานแบบเดิม ๆ ที่มากและนานเกินไป จนมีผลทำให้บุคลากรไม่สามารถปรับเปลี่ยนตนเองได้เท่าทันความเปลี่ยนแปลง สิ่งสำคัญอีกประเด็นหนึ่งคือ องค์กรควรพัฒนาทีมงานให้ทันการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เพราะเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้นหลายเหตุการณ์ยากต่อความเข้าใจ เข้าใจไม่ได้ มีความกำกวม (Incomprehensible : I) หรือภาวะการณ์ต่าง ๆ ที่ทุกอย่างไม่ได้มีความเชื่อมโยงเป็นเหตุเป็นผล อีกทั้งกระแสของข้อมูลข่าวสารไม่ว่าจะเป็นข้อมูลจริงหรือเท็จ ซึ่งมีปริมาณที่มากและซับซ้อน จะทำให้การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่ยากต่อการสรุป ผู้นำองค์กรจึงจำเป็นต้องสร้างองค์ความรู้ใหม่ ๆ เพื่อค้นหาคำตอบสำหรับการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การใช้เทคโนโลยีปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence) การนำระบบฐานข้อมูลขนาดใหญ่ (Big Data) เข้ามาช่วยในการทำงาน บางครั้งการวางแผนระยะยาวอย่างละเอียดอาจไม่สมเหตุสมผลอีกต่อไป ซึ่งสิ่งที่กล่าวมานี้มีชื่อที่เรียกกันว่า “BANI World”

ในการบริหารองค์กรนั้นยังมีปัจจัยต่าง ๆ เช่น ปัจจัยภายนอกองค์กรที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจต่อการบริหารองค์กรในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งโอกาสขององค์กรที่อาจจะได้รับ และวิกฤตที่อาจส่งผลต่อการบริหารองค์กร อาทิ อิทธิพลของสังคม วัฒนธรรม กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับ เทคโนโลยี สภาวะแวดล้อม รวมทั้งการแข่งขันกับองค์กรอื่น การมีเครือข่ายในการบริหารองค์กร และปัจจัยภายในขององค์กรที่มีทั้งจุดแข็ง จุดอ่อน เช่น ความรู้ ความสามารถ กำลังคน เครื่องมือ เทคโนโลยี เป็นต้น โดยเฉพาะในปัจจุบันซึ่งเป็นยุคของการเปลี่ยนแปลงที่มีผลมาจากสถานการณ์ความขัดแย้งทั้งทางด้านสังคม วัฒนธรรม การเมือง เศรษฐกิจทั้งภายในและนอกประเทศ จากที่กล่าวมาถือว่าเป็นประเด็นสำคัญสำหรับผู้บริหารที่ต้องเข้าใจและเตรียมพร้อมรับมือตามสถานการณ์โดยการสร้างความศรัทธาให้เกิดขึ้นในองค์กร เพื่อให้ผู้นำสามารถกำหนดวิสัยทัศน์และพันธกิจองค์กรให้ได้ อันเป็นแนวทางในการทำงานผู้นำศรัทธาในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง

แนวโน้มแห่งการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก ทั้งทางด้านโครงสร้างประชากร โครงสร้างทางสังคม ความทันสมัยของเทคโนโลยี หรือแม้แต่กระทั่งการเปลี่ยนชั่วอำนาจทางเศรษฐกิจของโลกจากกลุ่ม G7 (The Group of Seven) ที่ประกอบด้วย แคนาดา ฝรั่งเศส เยอรมนี อิตาลี ญี่ปุ่น สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา เป็นกลุ่ม E7 (Emerging Market : EM) คือกลุ่มประเทศตลาดเกิดใหม่ ประกอบด้วยจีน อินเดีย บราซิล รัสเซีย อินโดนีเซีย เม็กซิโก และตุรกี นั้นส่งผลกระทบต่อกระบวนการทางความคิดของผู้นำในองค์กรต่าง ๆ ไปด้วย หากผู้นำไม่มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการบริหารให้เท่าทัน โดยการวิเคราะห์ สังเคราะห์องค์กรสู่การวางแผนเพื่อบริหารที่เหมาะสมจะทำให้องค์กรขาดการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตที่เต็มไปด้วยความอ่อนไหว และมีเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ดังนั้นผู้นำควรเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในหลักการบริหารองค์กร หลักการบริหารบุคลากร รวมทั้งรูปแบบการดำเนินชีวิตและทัศนคติของบุคลากรในองค์กรให้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงด้วย โดยการเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการทำงานจากการทำงานแผนเดิม ๆ ไปสู่การทำงานที่ทำให้เกิดการเรียนรู้ของบุคลากร ที่เรียกว่า “การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์” หรือ “Paradigm Shift” (ก้องเกียรติ บุรณศรี และคณะ, 2552) โดยในการบริหารบุคลากรของผู้นำภายใต้เหตุการณ์ที่ไม่แน่นอน มีการเปลี่ยนแปลง มีข้อจำกัดของเวลาและทรัพยากรนั้น สิ่ง ผู้นำควรสร้างและให้ความสำคัญควรเริ่มต้นจาก การตระหนักถึงความสามารถของบุคลากร ผู้นำควรมีการวางแผน มีความคิดและวิธีการนำที่เป็นแนวทางที่เหมาะสมกับองค์กร มีการปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้มีความทันสมัย ทันการเปลี่ยนแปลง เพื่อสร้างความมั่นใจบุคลากรในองค์กรให้เกิดร่วมมือร่วมใจกัน ตั้งแต่ระดับบน จนถึงระดับล่าง ผู้นำที่ดีต้องได้รับการยอมรับจากทุกคนในองค์กร ถือเป็นจุดสำคัญในการดำรงอยู่ขององค์กรภายใต้สภาวะการณ์ที่เกิดขึ้นในทุกสังคม การมีผู้นำที่ดีจะสามารถนำพาองค์กรไปสู่ความสำเร็จได้ โดยเฉพาะผู้นำขององค์กรที่เป็นทั้งผู้นำทางด้านการบริหาร การจัดการ และผู้นำแห่งศรัทธาบาร์มี (Nitisak, 2015) ซึ่งผู้นำศรัทธาในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงควรมีลักษณะดังนี้

1. ผู้นำควรเป็นนักกลยุทธ์ มีทักษะในการบริหารกลยุทธ์และการนำองค์กร โดยเป็นผู้นำในการสร้างวิสัยทัศน์ขององค์กรที่มีจินตนาการและมีมุมมองที่สร้างสรรค์ (Alexander, 2005) เพื่อสร้างสรรค์บรรยากาศที่มีประสิทธิภาพในการทำงาน (Spitzer, 1999) ผู้นำนักกลยุทธ์ควรมีบุคลิกเป็นคนสร้างแรงบันดาลใจ โน้มน้าวให้บุคลากรในองค์กรมีแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน (Bass & Avolio, 1991) สามารถจัดหาพื้นที่และสถานที่ที่สามารถแบ่งปันความคิดอันสร้างสรรค์ของทุกคนในองค์กร (Braun, 1991) เพื่อสร้างการยอมรับในความคิดเห็น และการยอมรับในวิสัยทัศน์ขององค์กรส่วนรวมกัน

กล่าวโดยสรุปได้ว่าผู้นำศรัทธาในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงควรเป็นนักวางกลยุทธ์ และนักวางแผนที่ดีในการกำหนดแนวทางการบริหารองค์กรโดยการกำหนดยุทธศาสตร์ให้สอดคล้องกับวิสัยทัศน์ขององค์กร ทั้งนี้เนื่องจากการวางกลยุทธ์ขององค์กรนั้น ควรเป็นภาพแห่งอนาคตที่ทุกคนในองค์กรควรมีภาพในอุดมคติเดียวกันที่สามารถนำไปสู่พันธกิจของหน่วยงานในระดับรอง ซึ่งเป็นแนวทางการปฏิบัติงานที่ช่วยทำให้บุคลากรในองค์กรลดความวิตกกังวล เกิดความเชื่อมั่นในตัวผู้นำ ทั้งนี้ผู้นำต้องมีความสามารถในการวิเคราะห์สภาพแวดล้อมขององค์กร ทั้งภายในและภายนอกองค์กร โดยการวิเคราะห์สภาพสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคม อย่างรอบคอบ มีสติสัมปชัญญะ มีทักษะทางด้านอารมณ์ ทักษะด้านความรู้ ความสามารถ ทักษะการแบ่งปัน รวมทั้งทักษะการอยู่ร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่การสร้าง ความเข้าใจตนเองและผู้อื่น มีการยอมรับความคิดเห็นต่างของบุคลากรอื่น ๆ ในองค์กร โดยผู้นำต้องยึดหลักการเปิดกว้างทางความคิดเพื่อให้ได้ข้อมูลจากบุคลากรที่ถูกต้อง เหมาะสม รวดเร็ว และคาดการณ์ได้ การทำงานเป็นทีมเป็นการตัดสินใจส่วนรวมของทีมที่สามารถจัดการความขัดแย้งได้อย่างมีประสิทธิภาพที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงและลดความขัดแย้งในภายในองค์กรในยุคสังคมแห่งการเปลี่ยนแปลงได้อย่างชัดเจน

2. ผู้นำศรัทธาขององค์กรในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงนั้นควรเป็นผู้นำที่มีความสามารถในการสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ โดยการบูรณาการทำงานเป็นทีม เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างผู้ปฏิบัติงานทุกคนในทีมตามบทบาทหน้าที่ของตนเองที่จะต้องปฏิบัติตามกระบวนการของการทำงานให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี การทำงานเป็นทีมนั้นเป็นการปฏิบัติตนของผู้บริหารและทีมงาน (Barringer & Ireland, 2012) ที่จะช่วยเหลือกันและกัน และเข้าถึงทุกคนในทีมงาน (Derue, Nahrgang, Wellman, & Humphrey, 2001) การทำงานเป็นทีมเป็นการแบ่งปันความสุขที่เกิดขึ้นในองค์กรที่จะทำให้เกิดความพึงพอใจของผู้ร่วมงาน (Kanihan, 2011) สิ่งตามมาคือการสร้างระบบความเชื่อมั่นในการทำงานเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน (Marquardt, 2002) การทำงานเป็นทีมเป็นการเรียนรู้ร่วมกันและการใช้พลังอำนาจร่วมกัน (Mead & Andrews, 2011) ผลที่ตามมาทำให้เกิดการสร้างความสัมพันธ์อันดีภายในองค์กรในระยะยาว ซึ่งการทำงานเป็นทีมจะมีการใช้เทคนิคเพื่อสร้างความสัมพันธ์ในการทำงานขององค์กรโดยมีแนวทางที่สำคัญ คือ

2.1 ผู้นำต้องให้ความสำคัญกับบุคลากรทุกคน ต้องเข้าใจบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานของบุคลากรแต่ละคนในทีมงาน

2.2 ในการปฏิบัติงานผู้นำแห่งศรัทธาต้องมีการตั้งเป้าหมายและกำหนดแนวทางการปฏิบัติงานให้มีความชัดเจน จะช่วยให้การทำงานเป็นทีมมีประสิทธิภาพ เป็นไปตามกรอบองค์การอย่างมีทิศทาง

2.3 การทำงานเป็นทีมต้องมีการสื่อสารกันอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง ด้วยการพูดคุยบอกเล่าเรื่องราวการทำงาน แลกเปลี่ยนวิธีการทำงาน มีการสื่อสารความคิดของกันและกัน ซึ่งช่วยให้การทำงานสะดวก เป็นการสร้างความเคารพกันของทีมงาน

2.4 ผู้นำควรมีการปฏิบัติงานที่กระตุ้นให้บุคลากรเกิดการตัดสินใจร่วมกัน โดยการเปิดโอกาสให้ทีมงานแสดงความเห็น และตัดสินใจหาแนวทางในการทำงาน และควรให้ทีมได้อธิบายถึงสาเหตุที่เลือกตัดสินใจกับทีมงานด้วย

2.5 การสร้างความไว้วางใจเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันด้วยการให้กำลังใจเพื่อนร่วมงาน สนับสนุนการปฏิบัติงาน โดยมีความเชื่อในความสามารถของทุกคนในทีมซึ่งเป็นส่วนในการสร้างบรรยากาศการทำงานที่ดี

2.6 สนับสนุนการทำงานเป็นทีมโดยการกระทำกิจกรรมอื่น ๆ นอกเหนือจากการทำงานร่วมกันซึ่งนับได้ว่าเป็นกลยุทธ์ที่ดีในการทำงานเป็นทีม เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน ท่องเที่ยวด้วยกันทำให้บุคลากรมีความสุข

2.7 ผู้นำควรต้องมีความเคารพความแตกต่างของบุคลากรในทีม ทั้งในเรื่องของความคิด ความเป็นตัวตน เพศ อายุ สภาพร่างกาย โดยปกติแล้วการทำงานเป็นทีมจะมีชุดแห่งความคิดของคนในทีมที่มีความหลากหลายจากความแตกต่าง การเคารพกันและกันจะช่วยให้งานออกมาครอบคลุมและรอบคอบมากขึ้น

2.8 ผู้นำควรพร้อมแก้ไขและปรับปรุงการทำงานโดยนำปัจจัยต่าง ๆ ของทีมมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ร่วมกับทีมงานเพื่อค้นหาแนวทางการทำงาน การแก้ไขปัญหาร่วมมือกันเพื่อการทำงานด้วยความสมัครใจ วิธีนี้อาจจะใช้เวลาที่มากขึ้น แต่จะมีผลของการทำงานที่ยั่งยืนและเป็นผลที่ดีในระยะยาว

3. ผู้นำควรเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ ในการบริหารและการนำองค์กรโดยเฉพาะผู้นำในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงนี้ (Dubrin, 2013) ควรเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจโดยเฉพาะความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการบริหาร องค์กรของตนเองซึ่งผู้นำควรจะเป็นผู้ที่มีความสามารถในการนำความรู้มาประยุกต์ใช้ มีระบบการคิดที่สามารถ ชี้ให้เห็นโอกาสที่อาจจะเกิดขึ้นกับองค์กร เป็นผู้ที่พร้อมในการรับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่น ๆ สามารถสร้าง แรงบันดาลใจในการทำงาน (Kanihan, 2011) ผู้นำควรมีความสามารถและเทคนิคในการสื่อสาร จุดสำคัญ คือ การให้ความสนใจในตัวบุคลากร ทั้งทางด้านความรู้สึกรู้สึก ความคิดเห็น ควรเป็นผู้เชื่อมประสานและสร้างความรัก ความสามัคคีของบุคลากรในองค์กร (Deutsch, 2009) ด้วยการสื่อสารในรูปแบบต่าง ๆ ที่อาจเริ่มต้นด้วยการ มีน้ำเสียงและท่าทางที่เป็นมิตร (Cummings and Christopher, 2009) สามารถกล่าวได้ว่าผู้นำควรเป็น ผู้ที่มีความสามารถในการใช้ศาสตร์และศิลป์ เพื่อเพิ่มและพัฒนาประสิทธิภาพการทำงานขององค์กร ทีมงาน ไปสู่การพัฒนาอยู่เสมอ

กล่าวโดยสรุปถึงความรู้ความสามารถของผู้นำศรัทธาขององค์กรในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงได้ว่า ควรเป็น ผู้ที่มีความรู้ในตำแหน่งงานของตนเป็นอย่างดี มีความสามารถในงานที่ทำ ผู้นำควรศึกษาความสำเร็จขององค์กร ตนเองทั้งในอดีต และปัจจุบัน รวมถึงเรียนรู้ประสบการณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคลากรรอบข้าง สิ่งเหล่านี้คือความสามารถ ของผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ การมองการณ์ไกล สามารถคาดคะเนเหตุการณ์พร้อมรับการเปลี่ยนแปลงได้ดี ถูกต้อง ทันเวลา และเหมาะสมสอดคล้องกับทรัพยากรที่มีอยู่ขององค์กรได้ดีกว่าผู้อื่น ผู้นำควรนำเอาความรู้หลักขององค์กร มาเตรียมการเพื่อการวางแผนสำหรับการดำเนินงานได้อย่างชาญฉลาด และแยบยล ทั้งหมดนี้ไม่ใช่ความบังเอิญ ที่เกิด แต่เป็นทักษะทางการบริหารอันลุ่มลึกของผู้นำในการทำความเข้าใจองค์กรพร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลง ล่วงหน้าที่จะเกิดขึ้น ผู้นำควรเป็นผู้ที่มีทักษะการสื่อสารที่ดี มีมุมมองที่เห็นความสามารถของบุคลากรแต่ละ คนในองค์กร มีความสามารถในการสื่อสารด้วยความสร้างสรรค์ มีทักษะการเป็นนักพูดและนักฟังที่ดี มีความสามารถในการใช้ช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อใช้ในการถ่ายทอดนโยบาย พันธกิจ ได้อย่าง สร้างสรรค์ มีเทคนิค สามารถเลือกและใช้เครื่องมือเพื่อการพัฒนาที่เหมาะสมกับองค์กรโดยมีทิศทางชัดเจน มุ่งเน้นความสำเร็จขององค์กรเป็นสำคัญ

4. ผู้นำศรัทธาขององค์กรต้องมีหลักธรรมประจำตัวที่เริ่มต้นจาก (Jones & George, 2011) การปฏิบัติ ตนเองด้วยความอ่อนน้อมถ่อมตน ไม่อวดอ้าง เย่อหยิ่ง ยกตนเองข่มบุคคลอื่น ๆ โดยเฉพาะผู้ร่วมงาน ทั้งนี้ผู้นำ ในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงควรจะต้องเป็นผู้ที่มีคุณธรรม จริยธรรมที่ดีงาม ตามจรรยาบรรณขององค์กร หรือ วิชาชีพ มีความรับผิดชอบในผลลัพธ์การปฏิบัติงานที่เกิดจากการกระทำของตน (Sosik & Jung, 2010) ทำงาน ด้วยความรัก ความถูกต้อง ยุติธรรม มีทัศนคติเชิงบวก (Deutsch, 2009) บนพื้นฐานความจริงใจ (Braun, 1991) มุ่งสร้างความพึงพอใจต่อคนส่วนใหญ่ยึดหลักธรรมมาภิบาล

กล่าวโดยสรุปได้ว่าผู้นำศรัทธาในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงควรเป็นผู้ที่มีหลักธรรมประจำตัว มีอ่อนน้อม ถ่อมตน ไม่แสดงว่าตนเองว่าเก่งหรือแสดงภูมิความรู้ ความสามารถ หรือกระทำตนที่ชี้ให้บุคคลอื่นเข้าใจว่าตนเองเหมาะสมกับงาน หรือตำแหน่งนั้น การกระทำของผู้นำควรเกิดจากการมีจิตสำนึกทางด้านศีลธรรม จริยธรรม การทำงานภายใต้จรรยาบรรณของแต่ละวิชาชีพ ผู้นำควรมีมุมมองที่รอบด้าน พิจารณาให้เห็นถึงผลกระทบ ที่เกิดจากการกระทำของตนเองที่อาจมีต่อผู้รอบข้าง ควรปฏิบัติงานด้วยความรัก ความตั้งใจ ความจริงใจ มีความรับผิดชอบกับองค์กรด้วยหลักธรรมาภิบาล รวมทั้งผู้นำควรมีสภาพจิตใจที่เปี่ยมไปด้วยหลักธรรม สร้างสรรค์สิ่งที่ดีงาม ตามหลักความเชื่อ หรือหลักธรรมของศาสนา ซึ่งผู้นำจะเป็นผู้ที่นำบุคลากรอื่นให้สามารถ ปฏิบัติงานได้บรรลุเป้าหมายขององค์กรโดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง

5. ผู้นำศรัทธาขององค์กรในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงนั้น ควรเป็นนักปฏิบัติที่ต้นนับตั้งแต่เริ่มต้น การปฏิบัติงานจนสิ้นสุดการปฏิบัติงานให้บรรลุพันธกิจ ทั้งนี้ผู้นำควรมีความเข้าใจวัฒนธรรมองค์กร (Allio, 2013) เป็นนักปฏิบัติที่ดี ผู้นำควรมีทักษะที่เกี่ยวข้อง (ดราวารรณ กล่อมเกลี้ยง, 2546) กับการปฏิบัติงานที่สำคัญ ในเบื้องต้น 3 ทักษะ คือ 1) ความฉลาดทางสติปัญญา (Intelligence Quotient: IQ) เป็นความสามารถ ทางปัญญา ความสามารถในการคิด การวิเคราะห์ การคำนวณ การใช้หลักของเหตุและผล 2) ความฉลาด ทางอารมณ์ (Emotional Quotient : EQ) เป็นความสามารถของผู้นำในการรับรู้เพื่อทำความเข้าใจอารมณ์ ตนเองและผู้อื่น มีความสามารถควบคุมอารมณ์และยับยั้งอารมณ์ของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การแสดงออกต่อสังคม ภายนอกได้อย่างเหมาะสม ผู้นำควรรู้จักและเข้าใจวิธีการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น มีการจัดการอารมณ์ และสภาพ จิตใจของตนเองและมีมุมมองทางบวกต่อบุคลากรอื่น ๆ ในองค์กร และ 3) ความฉลาดทางสังคม (Social Quotient : SQ) เป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้นำสามารถใช้ชีวิตการทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ เพราะในการปฏิบัติงานต้องมีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีน้ำใจเอื้ออาทรต่อเพื่อนร่วมสังคมด้วยกัน สิ่งสำคัญผู้นำต้องไม่มีความคิดว่าตนเอง นั้นอยู่เหนือกว่าคนอื่น มีความสำคัญมากกว่าบุคคลอื่น ผู้นำที่เป็นนักปฏิบัติควรจะต้องยอมรับฟังความคิดเห็น หรือแนวทาง วิธีการปฏิบัติของผู้อื่นด้วย สิ่งสำคัญอีกสิ่งหนึ่งคือ ผู้นำต้องไม่เบียดเบียนผู้ร่วมงานอื่น ๆ ในทุก ๆ ด้าน ทั้งเวลาและผลงาน และในสถานการณ์ปัจจุบันนี้ได้มีการเพิ่มเติมทักษะสำคัญของผู้นำ (จิตภา เร่งมีศรีสุข และคณะ, 2562) อีก 2 ทักษะคือ ความฉลาดในการแก้ไขปัญหา (Advisory Quotient : AQ) ซึ่งเป็น ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้นำด้วยการใช้ทักษะทางปัญญาของผู้นำด้วยการเรียนรู้จากการปฏิบัติ แล้ว นำไปสู่การลงมือเพื่อแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ขององค์กร และความฉลาดทางศีลธรรมจริยธรรม (Merit Quotient : MQ) ซึ่งเป็นความประพฤติ การปฏิบัติที่ดีของผู้นำ ที่ต้องรู้ผิด รู้ชอบ มีความรับผิดชอบในการปฏิบัติงานและการ ใช้ชีวิต ผู้นำควรมีความซื่อสัตย์ ต้องเป็นผู้ที่มีจริยธรรม และคุณธรรม ที่เป็นแนวความคิดที่ดีตามที่สังคมต้องการ ที่เป็นตัวแบบในการบังคับดูแลให้ผู้ที่บังคับบัญชา มีความประพฤติดี มีความดีงามอย่างแท้จริงอันมาจากจิตใจที่ดี ที่เกิดจากการปลูกฝังจากการปฏิบัติจริง

กล่าวโดยสรุปได้ว่าผู้นำศรัทธาในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลงควรเป็นนักปฏิบัติที่มีความเข้าใจในปัญหาองค์กร รู้ลึกถึงวิธีปฏิบัติที่แท้จริงขององค์กร โดยผู้นำนั้นควรจะต้องตรงลงไปศึกษาเพื่อทำความเข้าใจปัญหาด้วยตนเอง ควรทราบถึงลักษณะสภาพแวดล้อม ลักษณะการทำงาน ลักษณะของบุคลากรทุกกลุ่มที่ปฏิบัติทำงาน ควรทราบผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างรอบด้านตามที่องค์กรเผชิญอยู่ ผู้นำควรมีความสามารถในการเชื่อมความสัมพันธ์กับบุคลากรอื่น ๆ ในองค์กร เพื่อสร้างสัมพันธภาพ สร้างความมั่นใจในการขับเคลื่อนการทำงานของทุกคนที่จะส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจให้กับบุคลากรผู้ปฏิบัติ ดังนั้นผู้นำนักปฏิบัติควรมีวิธีการสอนงาน (Barringer & Ireland, 2012) การเป็นพี่เลี้ยง (Coach) ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ดีได้ในการทำงาน ผู้นำควรให้คำปรึกษาได้ทั้งเรื่องงานและเรื่องส่วนตัว เมื่อมีบุคลากรมาขอคำปรึกษา ซึ่งจะยิ่งทำให้เกิดการยอมรับผู้นำมากขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว ผู้นำต้องให้โอกาสบุคลากรอื่น ๆ ได้แสดงความคิด แสดงความสามารถ ซึ่งจะนำไปสู่การมีความรับผิดชอบร่วมกันในการปฏิบัติงาน มีความเป็นหนึ่งเดียวขององค์กรซึ่งเป็นการสร้างความภาคภูมิใจในตนเองของบุคลากรด้วย (Sidani, 2007) สิ่งนี้เป็นสิ่งสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงาน ที่มาจากภายในองค์กรที่เป็น การชื่นชม การเสริมแรงบันดาลใจที่ทำให้เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ทำงาน รวมทั้งเรียนรู้จากความผิดพลาดจากผู้อื่นมาปรับใช้เพื่อไม่ให้เกิดขึ้นกับตนเอง มีการสร้างสรรค์ผลงานที่ดี มีการจัดกระบวนการที่เป็นหลักสำคัญในการทำงานได้อย่างต่อเนื่องและครบถ้วน ทั้งนี้ควรออกแบบระเบียบต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับการพัฒนา (Sheard & KaKabadse, 2004) ซึ่งเป็นความท้าทายในการสร้างบรรยากาศการทำงานขององค์กรเพื่อดึงศักยภาพของบุคลากรอื่น ๆ ให้มีความคิดในการปฏิบัติงานที่ให้ความสำคัญกับผลลัพธ์ขององค์กรอย่างรอบคอบ บนพื้นฐานการปฏิบัติงานที่เป็นเหตุผล เป็นการรักษาความสัมพันธ์ที่ดีในระยะยาว

สุดท้ายนี้ขอสรุปและปิดบทความ “ผู้นำศรัทธาในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง” ด้วยพุทธภาษิต (พระพรหมคุณาภรณ์ (ป. อ. ปยุตโต) ที่แสดงความไว้วางใจว่า

“เมื่อฝูงโคว่ายข้ามน้ำ ถ้าโคจำฝูงไปคด
โคหมดทั้งฝูงนั้นก็ไปคดตามกัน เพราะมีผู้นำที่ไปคดฉันใด
ในหมู่มนุษย์ก็ฉนั้น บุคคลผู้ใดได้รับสมมุติให้เป็นใหญ่
หากบุคคลผู้นั้นประพฤติไม่เป็นธรรม
หมู่ประชาชนนอกนั้นก็ประพฤติชั่วเสียหาย
แวันแคว้นทั้งหมด ก็จักยากเข็ญ
หากผู้ปกครองเป็นผู้ไรธรรม”

“เมื่อฝูงโคว่ายข้ามน้ำ ถ้าโคจ่าฝูงไปตรง
โคหมดทั้งฝูงนั้นก็ไปตรงตามกัน เพราะมีผู้นำที่ไปตรงฉันใด
ในหมู่มนุษย์ก็ฉันนั้น บุคคลผู้ใดได้รับสมมุติให้เป็นใหญ่
หากบุคคลผู้นั้นประพฤติชอบธรรม
หมู่ประชาชนนอกนั้น ก็จะพลอยดำเนินตาม
ทั้งแว่นแคว้นก็จะอยู่เป็นสุข หากผู้ปกครองตั้งอยู่ในธรรม”

สรุปได้ว่า “ผู้นำศรัทธาในยุคแห่งการเปลี่ยนแปลง” ควรเป็นผู้ที่มีทักษะในเชิงการบริหารกลยุทธ์ (Strategy : S) มีความสามารถในการสร้างทีมงานที่มีประสิทธิภาพ (Team : T) มีความสามารถในการบริหารองค์กร (Administration : A) เป็นผู้มีคุณธรรมจริยธรรมทั้งดงาม (Moral : M) และเป็นนักปฏิบัติที่ดี (Practitioner : P) ที่สามารถเรียกได้ว่า “STAMP”

เอกสารอ้างอิง

- ก้องเกียรติ บุณยศรี อดิลา พงษ์ยี่หล้า และจรัญญา ปานเจริญ. (2552). ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างความเป็นผู้ประกอบการขององค์กร สภาพแวดล้อมทางธุรกิจและผลการดำเนินงานของสถานประกอบการอุตสาหกรรมการผลิต . BU Academic Review,9,2 (กรกฎาคม-ธันวาคม)
- จิตาภา เร่งมีศรีสุข, นันทยา คงประพันธ์, ชนิดาภา กระแจะจันทร์ และ ชาลีณี สำราญอินทร์. (2562). รูปแบบการพัฒนาทักษะทางสังคมของบัณฑิตนักปฏิบัติ ด้านบริการฐานความรู้ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลสุวรรณภูมิ. วารสารมหาจุฬานาครทรรศปีที่ 6 ฉบับที่ 10 (ธันวาคม 2562) 4914-4929.
- ดาราวรรณ กล่อมเกลี้ยง. (2546). การสร้างแบบวัดทักษะทางสังคมสำหรับนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนต้น. ใน วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการวัดผล การศึกษา. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป. อ. ปยุตโต). 2546. ภาวะผู้นำ. มปท.

- Barringer,B.R.,& Ireland,R.D. (2012). **Entrepreneurship; Successfully Launching New Ventures.** Harlow :Pearson
- Braun,B.M. (1991). **Leadership and performance beyond expectations.** New York: The Free Press.
- Derue, D.S., Nahgang, J.D., Wellman, N., & Humphery, S.E. (2001). **Trait behavioral theory of leadership: an integration and meta-analytic test of their relative validity.** *Journal of Personnel Psychology*, 64(1),7-52
- Cummings , T . G. , & Christopher , G. W. (2009). **Organization development & change** (9th ed.) Australia:South-Western.
- Deutsch, L. (2009). Are you a trusted leader?. **Industrial and Commercial Training** ,41(7),377-381
- Dubrin,A.J.(2013) . **Principles of leadership** (7th ed.) . Australia:South-Western,Cengage Learning
- Jones, G.R., & George, J.M.(2011). **Essentials of contemporary management.** New York.
- Grabmeier, S. (2020). **BANI versus VUCA: a new acronym to describe the world.**
<https://stephangrabmeier.de/bani-versus-vuca/>
- Kanihan, S.F. (2011). **Communication managers in the dominant coalition.**
Journal of Communication Management, 17(2), 140-156
- Marquardt, M.J. (2002). **Building the learning Organization: A systems approach to quantum improvement and global success.** New York: McGraw-Hill
- Mead, R., & Andrews, T .G. (2011). **International Management** . Chippenham: CPI Antony Rowe
- Nitisak Chuamwarasart and Suchonnee Metiyothin. (2015). **How to produce the Leader of Faith.** International Postgraduate Student Colloquium 2015. 18 July 2015, Bangsaen, Chonburi, Thailand
- Sheard, A.G., Kakabadse, A.P.(2004). **A process perspective on leadership and team development.** *Journal of Management Development*, 16(1),4-19
- Sidani, Y.M. (2007). **Perceptions of leader transformational ability.** *Journal of Management Development*, 26(8), 710-722.
- Sosik,J.J., & Jung, D.I. (2010). **Full range of Leadership development.**
New York: Psychology Press.

การพัฒนาแบบการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ในจังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต
Development Model for Enforcing Environmental Health Laws of Local Government
Organizations in the Southern Border Provinces in the Future.

ริซกี สารี¹ วิชิต เรืองแป้น² และเมธิยา มวดฉิม³

Riski Sara^{*1}, Vichit Rangpan², and Maytiya Muadchim³

สาขาการจัดการทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร
มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา^{1,2}, สาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีและการเกษตร
มหาวิทยาลัยราชภัฏยะลา³

Program in Management of Natural Resources and Environment,
Faculty of Science Technology and Agriculture, Yala Rajabhat University^{1,2}
Program in Public Health, Faculty of Science Technology and Agriculture,
Yala Rajabhat University³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงอนาคตนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากนั้นนำผลมาทำการตรวจสอบโดยการสัมภาษณ์อ้างอิงผู้ทรงคุณวุฒิ (Connoisseurship) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน ค่าฐานนิยม และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ผลการวิจัยพบว่า

รูปแบบการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมี 5 ประเด็น ดังนี้ 1) การบังคับใช้กฎหมายอย่างเหมาะสม 2) การพัฒนาบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วน 3) การพัฒนาศักยภาพเจ้าพนักงานสาธารณสุขเจ้าพนักงานท้องถิ่น 4) ผู้นำและภาคีเครือข่ายสนับสนุนการขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 5) การมีส่วนร่วมของประชาชน

ดังนั้นควรจะมีหน่วยงานที่ควบคุมกำกับและประสานงานการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและควรนำข้อมูลตามบริบทแต่ละท้องถิ่นมากำหนดนโยบายสาธารณะและกฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

คำสำคัญ : รูปแบบการบังคับใช้กฎหมาย อนามัยสิ่งแวดล้อม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

* ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sararizkee@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 0813882683)

Abstract

This future research aimed to develop the model for enforcing environmental health laws of local government organizations in three southern border provinces. Participants were the environmental health experts in the southern border provinces which were the representatives of local administrative organizations, Ministry of Public Health and Ministry of Natural Resources and Environment. Data were collected by in-depth interviews using in-depth interview guideline and then were verified by organizing the Connoisseurshi. Data were analyzed by content analysis and also median, mode and interquartile range.

The results revealed that the environmental health laws enforcement model could be divided into 5 issues: 1) the appropriateness of law enforcement; 2) the development of environmental health provision of local administrative organizations; 3) the development of capability of local health personnel; 4) the support of community leaders and networks for enforcing the environmental health laws; and 5) public participation.

It could be recommended that there should be the relevant agency playing to control and cooperate the enforcement of the environmental health laws of the related local organizations. In addition, the local or context information should be considered to use for making public policy and environmental health laws.

Keyword : Enforcing Laws Model, Environmental Health, Local Government Organizations

บทนำ

มนุษย์มีการใช้ทรัพยากรธรรมชาติโดยไม่คำนึงถึงความสมดุลของระบบนิเวศจนสิ่งแวดล้อมเกิดความเสื่อมโทรม เกิดความเสี่ยงต่อการสูญเสียความหลากหลายทางชีวภาพ มีมลพิษสะสมกระจายสู่สิ่งแวดล้อมเป็นจำนวนมาก ทำให้สถานการณ์และแนวโน้มความเสื่อมโทรมของสิ่งแวดล้อมนั้นยิ่งทวีความรุนแรงมากขึ้น (Health Impact Assessment Division, 2015) ปัญหาที่เกิดขึ้นล้วนเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อโลกโดยรวม (Global Commons) สหประชาชาติเล็งเห็นความสำคัญ จึงบรรจุความยั่งยืนด้านสิ่งแวดล้อมในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals: SDGs) เป็นวาระสำคัญ (Agenda) ระดับโลก (Chuwattananurak, 2019) ในส่วนของสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของบริบทโลกที่กำลังมาข้างหน้า ยังมีการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน และการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 ซึ่งส่งผลทำให้ประชาชนเจ็บป่วยและเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก และทำให้การรองรับสถานการณ์โรคและภาวะฉุกเฉินสุขภาพเปลี่ยนไปจากเดิม รวมถึงปัญหาด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ตามมา เช่น ปัญหาด้านสุขาภิบาลอาหารและน้ำ ปัญหาขยะมูลฝอย ปัญหาเหตุรำคาญ ปัญหามลพิษทางอากาศทางเสียง และสารเคมีตกค้างในน้ำหรือในดิน เป็นต้น ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อม ทำให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระดับประเทศ ภูมิภาค และท้องถิ่นจำเป็นต้องมีการดำเนินงานต่าง ๆ เพื่อรองรับกับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น มีการดำเนินงานด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมถึงการใช้กฎหมายสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงเป็นเครื่องมือสำคัญในการคุ้มครองสุขภาพประชาชนในแต่ละพื้นที่ (Bureau of Environmental Health, 2020)

ในขณะที่พื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีโครงการเมืองต้นแบบสามเหลี่ยมเศรษฐกิจ มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน เพื่อเป็นต้นแบบเมืองพัฒนาเศรษฐกิจจังหวัดชายแดนภาคใต้ในระยะยาว (Development Roadmap) ที่เชื่อมโยงพื้นที่ถึงกันในลักษณะเครือข่าย ประกอบด้วย อำเภอสุไหงโกลิก จังหวัดนราธิวาส เพื่อพัฒนาเป็น ศูนย์กลางการค้าชายแดนระหว่างประเทศ (International Border Trade City) อำเภอเบตง จังหวัดยะลา เพื่อพัฒนาเป็นเมืองต้นแบบการพึ่งพาตนเองอย่างยั่งยืน (Sustainable Self-Reliance City) และอำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี เพื่อพัฒนาเป็นเกษตรอุตสาหกรรมก้าวหน้าผสมผสาน (Agricultural Industrial City) เนื่องจาก มีศักยภาพสูงต่อการลงทุนและการพัฒนาเศรษฐกิจพื้นที่หนึ่งของประเทศไทยมีทรัพยากรธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อมที่มีความอุดมสมบูรณ์ที่สุดแห่งหนึ่ง มีทุนมนุษย์ที่มีต้นทุนที่ดีทางศาสนาและวัฒนธรรม สามารถนำ อัตลักษณ์ที่มีไปเชื่อมโยงกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก เป็นประตูการค้าหลักของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ตอนล่าง (ASEAN) เช่น มาเลเซีย สิงคโปร์ อินโดนีเซีย บรูไน และฟิลิปปินส์ รวมทั้งประเทศโลกตะวันออกที่มี ศักยภาพ ทั้งที่เป็นประเทศมุสลิม รวมไปถึงจีน และญี่ปุ่น (Chinfak, Sawaskaew, Lalitsasiwimon, Wittayapanprachha & Rakjan, 2018) ส่งผลให้จังหวัดชายแดนภาคใต้มีแนวโน้มที่จะเกิดผลกระทบ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ซึ่งในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมจำเป็นต้องอาศัยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Government) ซึ่งเป็นหน่วยงานสำคัญในพื้นที่ที่มีบทบาทในการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมในพื้นที่ เพื่อการพัฒนาและแก้ไขปัญหาในชุมชน สามารถจัดบริการสาธารณะที่เหมาะสมต่อ ประชาชนทุกกลุ่มวัย ลดปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยคุกคามที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของ ประชาชนในพื้นที่ (Supateeratada, 2020) ผู้วิจัยจึงมีความจำเป็นในการวิจัยการพัฒนารูปแบบการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัย สิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยเลือกใช้เทคนิค EDR (Ethnographic Delphi Futures Research) มาพัฒนารูปแบบการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคตที่เหมาะสมต่อไป

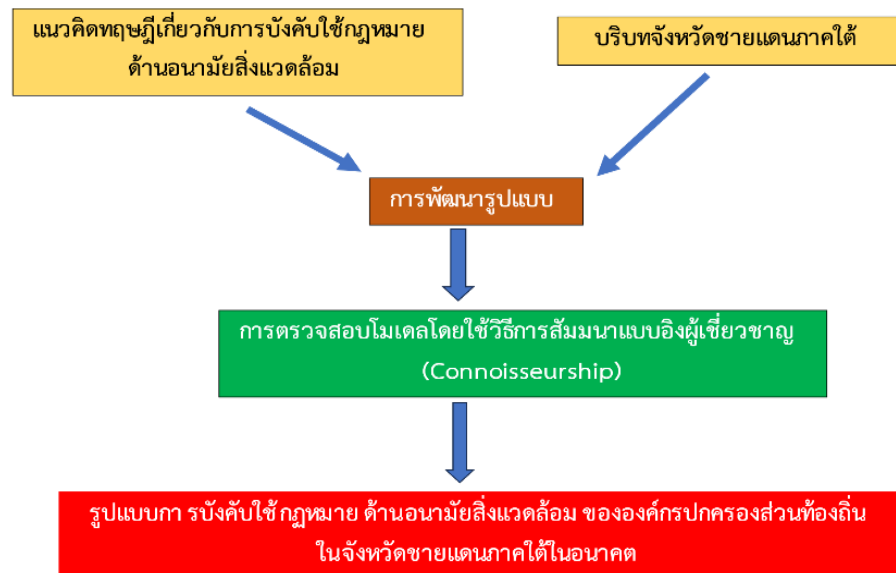
วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แนวคิดเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม แห่งชาติ พ.ศ. 2535 มีสาระสำคัญที่สิ่งแวดล้อมนั้นมีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอจากการใช้ประโยชน์โดยมนุษย์จาก ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ที่มีอยู่ในการดำรงชีวิตและเป็นรากฐานสำคัญของการพัฒนา ส่งผลให้ ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมลดน้อยลง (Sanprasert, 2557) แนวคิดเกี่ยวกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Government) ออกเป็น 2 รูปแบบ คือ รูปแบบทั่วไปและ รูปแบบพิเศษ ตลอดจนแนวคิดเกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น (Environmental Health Accreditation: EHA) เป็นกลไกและเครื่องมือให้องค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นเกิดการพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างเป็นระบบทั้งองค์กร เพื่อให้การดำเนินงานอนามัย สิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีคุณภาพและยั่งยืน ลดความเสี่ยงด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม

ช่วยส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิต และความเป็นอยู่ของชุมชนให้ดีขึ้นตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เป็นการยกระดับคุณภาพมาตรฐานการทำงานไปสู่ระดับมาตรฐานสากลที่เป็นองค์กรสมรรถนะสูง (High Performance Organization) ก่อให้เกิดประโยชน์สุขแก่ประชาชนสอดคล้องกับการพัฒนาคุณภาพการบริหารราชการของประเทศต่อไป



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงอนาคต (Futures Research) โดยใช้เทคนิค EDFR (Ethnographic Delphi Futures Research) ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างเทคนิคการวิจัยแบบ EFR (Ethnographic Futures Research) และ เดลฟาย (Delphi) เข้าด้วยกัน (Ladawan, 1999)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในจังหวัดชายแดนภาคใต้

กลุ่มตัวอย่าง ทำการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพื่อเก็บข้อมูลในประเด็นตามเครื่องมือที่สร้างขึ้นมา โดยกำหนดหลักเกณฑ์ ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม รวมถึงครู อาจารย์ อาสาสมัครสาธารณสุข และตัวแทนองค์กรภาคประชาชนในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เป็นผู้มีความรู้ ความสามารถและมีประสบการณ์ด้านการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมมากกว่า 5 ปี
3. อาจอาศัยการสอบถามจากผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในวงการณ์นั้น ๆ ให้เสนอรายชื่อบุคคล ซึ่งควรได้รับการ (Snowball Sampling) เลือกสรรให้เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามเกณฑ์ความน่าเชื่อถือของการวิจัย (Macmillan, 1989) ได้ผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อนจะมีน้อยมาก (Rakpolmeang, 1998) ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 24 คน มาเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เป็นแบบสัมภาษณ์ให้กลุ่มตัวอย่างในประเด็นการพัฒนารูปแบบการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ชุดที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างเป็นแบบประเมินแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ที่นำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และนำมาให้กลุ่มตัวอย่างประเมินให้น้ำหนักคะแนนความสำคัญของแต่ละประเด็น

ชุดที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีการวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าฐานนิยม (Mode) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter Quartile Range) และนำไปให้กลุ่มตัวอย่างยืนยันผลการวิเคราะห์

การเก็บรวบรวมข้อมูล

แนวทางการสัมภาษณ์ ใช้วิธีนัดหมายผู้เชี่ยวชาญด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมาสัมภาษณ์ด้วยตัวเอง โดยใช้กรอบการสัมภาษณ์ที่สร้างไว้เก็บข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาบริบททั่วไปของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และแนวคิดเกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อม แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แนวคิดเกี่ยวกับกฎหมาย นโยบาย และมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์เนื้อหา และศึกษาจากเอกสาร คู่มือ และงานวิจัยต่าง ๆ

ขั้นตอนที่ 2 ศึกษาวิธีการสร้างแบบสัมภาษณ์ทั้ง 3 ชุด จากกลุ่มตัวอย่าง 24 คน ในประเด็นการพัฒนารูปแบบการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ให้ครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ขั้นตอนที่ 3 ทำการตรวจสอบผลการวิจัยรวมทั้งความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ โดยการสัมภาษณ์อ้างอิงผู้ทรงคุณวุฒิ (Connoisseurship) จำนวน 14 ราย เพื่อรับรองผลการวิจัย รวมทั้งความเหมาะสมในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ทำการสัมภาษณ์ด้วยเครื่องมือชุดที่ 1 ที่สร้างไว้ เพื่อรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นจากกลุ่มตัวอย่างมาสรุปเป็นผลการศึกษาและทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) จากนั้นนำผลการวิเคราะห์และสังเคราะห์ มาหาความถี่

2. นำแบบประเมินที่สร้างขึ้นจากการหาความถี่ ปรับปรุงเป็นแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 2 และส่งกลับไปยังกลุ่มตัวอย่าง เพื่อประเมินให้น้ำหนักคะแนนความสำคัญของแต่ละประเด็น และทำการสัมภาษณ์เป็นรอบที่ 2

3. นำคำตอบที่ได้จากการตอบแบบประเมินของกลุ่มตัวอย่างในรอบที่ 2 มาวิเคราะห์ แต่ละข้อเพื่อสรุปเป็นแบบสัมภาษณ์ชุดที่ 3 ก่อนส่งกลับไปให้กลุ่มตัวอย่างตอบเพื่อพิจารณาคะแนนยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบใหม่ พร้อมแสดงเหตุผล จากนั้นนำคำตอบที่ได้จากการตอบแบบประเมินคุณลักษณะรูปแบบที่เหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างในรอบที่ 3 มาทำการวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าฐานนิยม (Mode) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter Quartile Range)

4. สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลหลังจากได้ฉันทามติในการสัมภาษณ์อ้างอิงผู้ทรงคุณวุฒิ (Connoisseurship) ครบทุกประเด็นแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลและสรุปผลการวิจัยเพื่อวาดภาพอนาคต (Models) ต่อไป

ผลการวิจัย

รูปแบบการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมมี 5 ประเด็น ดังนี้ 1) การบังคับใช้กฎหมายอย่างเหมาะสม 2) การพัฒนาบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วน 3) การพัฒนาศักยภาพเจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานท้องถิ่น 4) ผู้นำและภาคีเครือข่ายสนับสนุนการขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 5) การมีส่วนร่วมของประชาชน

ประเด็นการบังคับใช้กฎหมายสามารถใช้วิธีการประเมินประเมินใกล้เคียงแทนการบังคับใช้กฎหมายได้ ผู้นำส่วนใหญ่มีความรู้ด้านกฎหมายน้อยจึงควรผ่านกระบวนการอบรมความรู้ทางกฎหมายเพื่อให้การออกข้อบัญญัติท้องถิ่นมีความชัดเจนถูกต้องมากขึ้น ชุมชนเมืองบังคับใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นในการออกใบอนุญาตได้มากกว่าชุมชนชนบท ส่วนใหญ่ประชาชนรับรู้เรื่องข้อบัญญัติในประเด็นการออกใบอนุญาตแต่ยังไม่ปฏิบัติตามจนกว่าจะมีกรณีตัวอย่างที่โดนร้องเรียนหรือโดนบังคับใช้ทางกฎหมาย ควรมีการกำหนดเป็นนโยบายให้การประกอบกิจการเป็นไปตามข้อบัญญัติทางกฎหมาย ควรมีความตระหนักในการบังคับใช้กฎหมายหรืออาจจะใช้กระบวนการทางสังคมในการบังคับใช้กฎหมาย เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าพนักงานท้องถิ่นควรมีความจริงจังในการบังคับใช้กฎหมาย การบังคับใช้กฎหมายเพื่อการป้องกัน ระวัง ยับยั้ง ไม่ให้เกิดเหตุรำคาญหรือมลพิษในชุมชน ถ้าไม่มีข้อบัญญัติท้องถิ่นมารองรับก็ยังไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายหรือมีบทลงโทษได้กฎหมายได้ให้อำนาจหน้าที่ในการให้คำแนะนำและกำหนดบทลงโทษ ทุกท้องถิ่นควรมีการปรับข้อบัญญัติ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ถ่ายโอนไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดควรมีส่วนร่วมในการบังคับใช้ทางกฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม การออกข้อบัญญัติด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ควรให้ชุมชนหรือผู้นำชุมชนมีความเห็นที่สอดคล้องกัน ควรมีการบังคับใช้กฎหมายเมื่อมีการเฝ้าระวังกฎหมายหรือไม่ทำตามข้อบัญญัติ หากมีข้อบัญญัติท้องถิ่นแต่ไม่บังคับใช้อาจผิดมาตรา 157 ฐานละเลยการปฏิบัติหน้าที่ได้ ควรมีภาคีเครือข่ายร่วมตรวจสอบร่างข้อบัญญัติท้องถิ่น ควรมีช่องทางให้ตรวจสอบร่างข้อบัญญัติท้องถิ่น การออกข้อบัญญัติท้องถิ่นควรอ้างอิงตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ท้องถิ่นสามารถออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเกี่ยวกับการเลี้ยงสัตว์ ควรร่างข้อบัญญัติท้องถิ่นที่มีความครอบคลุมสถานการณ์ปัจจุบันและมีบทลงโทษที่รุนแรงมากขึ้น การร่างข้อบัญญัติท้องถิ่นควรมีอิสระในการแสดงความคิดเห็น ท้องถิ่นควรมีการออกระเบียบกฎหมายเก็บค่าธรรมเนียมและภาษีเฉพาะที่ชัดเจน ประเด็นการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อบัญญัติท้องถิ่น ควรมีการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์โดยการประกาศในหน่วยงาน ควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อบัญญัติท้องถิ่นโดยการติดประกาศที่มีสียด เสียงตามสายผ่านผู้นำชุมชนหรือสื่อสารผ่านเว็บไซต์และโซเชียลมีเดีย ควรมีการสื่อสารทำความเข้าใจ ข้อบัญญัติท้องถิ่นผ่านสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ถ้ามีระบบจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ดีก็จะส่งผลดีให้กับชุมชนทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งมากขึ้น ควรมีแพลตฟอร์มที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลากหลายและเข้าถึงง่าย ประเด็นการทบทวนความเหมาะสมของข้อบัญญัติท้องถิ่น ท้องถิ่นสามารถปรับปรุงทบทวน แก้ไขระเบียบข้อบัญญัติท้องถิ่นและกฎหมายให้ทันสมัยได้ ข้อบัญญัติท้องถิ่นควรระบุในให้ครอบคลุมกิจการที่เป็นอันตราย ควรมีข้อบัญญัติท้องถิ่นในการลงโทษการเลี้ยงสัตว์ปล่อยสัตว์บนถนนที่กระทบการสัญจร อาจทำให้ยานพาหนะเสียหายหรือเกิดอุบัติเหตุได้ ควรมีการทบทวนพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ข้อบัญญัติท้องถิ่นควรมีการปรับปรุงเป็นระยะ ๆ ตามพลวัตรของสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ ควรมีข้อบัญญัติท้องถิ่นเกี่ยวกับปัญหานกนางแอ่นเพื่อแก้ปัญหาด้านเสียงกลั่นหรือมูลนกที่อาจเป็นเหตุรำคาญได้ ควรมีการปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับอนามัยสิ่งแวดล้อมให้มีการบังคับใช้ได้จริงเพื่อนำมาใช้ในการแก้ไขปัญหา

ในชุมชน ควรมีการปรับปรุงร่างข้อบัญญัติท้องถิ่นให้สอดคล้องกับกฎหมายสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องในปัจจุบัน ควรมีการปรับปรุงข้อบัญญัติท้องถิ่นตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ประเด็นคู่มือประชาชนในการยื่นหนังสือรับรองการแจ้งหรือขอใบอนุญาตประกอบกิจการ ควรมีคู่มือที่เกี่ยวกับคู่มือประชาชนในการยื่นหนังสือรับรองการแจ้งหรือขอใบอนุญาตประกอบกิจการให้ความโน้มน้าวใจในเว็บหน่วยงานได้ ควรมีการติดป้ายหรือแผนผังว่าจะไปรับบริการยื่นหนังสือรับรองการแจ้งหรือขอใบอนุญาตประกอบกิจการที่จุดไหนอย่างไร ควรมีเจ้าหน้าที่คอยช่วยเหลือชี้แนะประชาสัมพันธ์หรือมีแผ่นพับในการยื่นหนังสือรับรองการแจ้งหรือขอใบอนุญาตประกอบกิจการให้ทำความเข้าใจได้ง่ายในแผ่นเดียว กรณีชาวบ้านที่อ่านหนังสือไม่ออกควรมีรูปภาพที่แสดงจุดรับบริการต่าง ๆ ควรมีจุดบริการร่วมแบบ One Stop Service ควรรวบรวมข้อมูลเป็นแผ่นพับหรือแผ่นภาพเป็นเรื่อง ๆ ให้ประชาชนเข้าใจง่าย ควรมีการกำหนดคุณสมบัติการขอใบอนุญาตประกอบกิจการให้เป็นของคนในพื้นที่ก่อนจะอนุญาตคนนอกพื้นที่ทำให้คนในพื้นที่มีแรงจูงใจในการขอใบอนุญาตเปิดกิจการ ควรสร้าง แผนภาพ (Flow Chart) ให้ชาวบ้านสามารถเดินตามป้ายไปยังสถานที่เป้าหมายได้ ควรมีคู่มือฉบับเร่งรัดแจกทุกครัวเรือนทุกกิจการ ควรมีแพลตฟอร์มในการยื่นหนังสือรับรองการแจ้งหรือขอใบอนุญาตประกอบกิจการที่ประชาชนสามารถเข้าถึงหลายช่องทาง ประเด็นการออกหนังสือรับรองการแจ้งหรือการออกใบอนุญาตประกอบกิจการ ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการตรวจประเมินมาตรฐานก่อนออกหนังสือรับรองการแจ้งหรือการออกใบอนุญาตประกอบกิจการ เป็นกระบวนการดักจับเตือนอันตรายหรือมลพิษหรือระงับเหตุก่อนที่จะออกสู่ชุมชน กระบวนการออกหนังสือรับรองการแจ้งหรือการออกใบอนุญาตประกอบกิจการควรมีความเป็นมิตรในการบริการ ควรมีการให้บริการเชิงรุกโดยมีการตรวจและดำเนินการออกใบอนุญาตประกอบกิจการให้ที่บ้านตามระยะเวลากำหนด ท้องถิ่นและอุตสาหกรรมจังหวัดควรมีกฎหมายเฉพาะหรือข้อบัญญัติท้องถิ่นรองรับการทำงานร่วมกันตามที่กฎหมายกำหนด การออกใบอนุญาตแก่สถานประกอบการควรมีการตรวจสอบตามมาตรการและข้อบัญญัติท้องถิ่น หากสถานประกอบการไม่ดำเนินการให้เป็นไปตามเกณฑ์สามารถทำการปิดกิจการได้ ทุกครั้งที่มีการต่อใบอนุญาตควรตรวจสอบความพร้อมของอาคารสถานประกอบการตามเกณฑ์ ควรมีระบบการตรวจสอบที่มีความตรงไปตรงมา ควรมีการชี้แนะเรื่องขยะมูลฝอยและมลพิษที่เกิดจากกิจการก่อนมีการออกใบอนุญาตควรมีการประชุมชุมชนรอบข้าง ควรมีการสร้างแพลตฟอร์มที่ประชาชนสามารถเข้าถึงและสามารถดำเนินการได้หลายช่องทาง ควรมีการดำเนินการด้านการเปรียบเทียบปรับและดำเนินคดีที่ชัดเจนในการปรับปรุงหรือการยุติกิจการบางพื้นที่ที่มีความเกรงใจทำให้ไม่สามารถบังคับใช้ข้อบัญญัติหรือใช้ได้ ในบางส่วน การบังคับใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นต้องประสานงานเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นอำนาจหน้าที่ของผู้ว่าราชการจังหวัด อัยการ ผู้บัญชาการตำรวจภูธรเป็นคณะทำงานเปรียบเทียบปรับระดับจังหวัดเว้นแต่มีการมอบอำนาจให้คณะทำงานเปรียบเทียบปรับระดับพื้นที่ปรับเองได้ ในการปรับปรุงหรือการยุติกิจการควรใช้การไกล่เกลี่ยโดยใช้หลักคุณธรรม นิติธรรมจนปัญหายุติ ประเด็นการพัฒนาศักยภาพเจ้าพนักงานสาธารณสุขเจ้าพนักงานท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมายควรมีการอบรมระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมาย บุคลากรมีจิตสาธารณะ จิตบริการความรับผิดชอบต่อสังคม และมีองค์ความรู้ เรื่องการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ยั่งยืนสุขภาพ สุขอนามัยและโภชนาการ รวมไปถึงการจัดการคุณภาพน้ำ คุณภาพอากาศ การเขียนคำแนะนำในการจัดการเหตุรำคาญหรือกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพที่สามารถแก้ไขได้ และบุคลากรมีความรู้เรื่องการใช้เทคโนโลยีและการสื่อสารที่ดี

จากผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เหมาะสม สามารถนำองค์ประกอบและความสัมพันธ์ที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัยในรูปโมเดลได้ ดังนี้



ภาพ 1 รูปแบบการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดชายแดนภาคใต้ในอนาคต

อภิปรายผล

จากโมเดล สามารถนำมาอภิปรายผลรูปแบบการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมใน 5 ประเด็น ดังนี้

1) ประเด็นการบังคับใช้กฎหมายอย่างเหมาะสม ท้องถิ่นสามารถปรับปรุง ทบทวนแก้ไข ระเบียบข้อบัญญัติท้องถิ่นให้ทันสมัยตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป มีการยกร่างข้อบัญญัติท้องถิ่นตามให้มีความชัดเจน ครอบคลุม บทลงโทษที่รุนแรงมากขึ้น อาจใช้การประเมินใกล้เคียง แทนการเปรียบเทียบปรับและดำเนินคดีโดยใช้หลักคุณธรรม นิธิธรรม จนปัญหายุติ ท้องถิ่นอาจจะใช้การบังคับใช้กฎหมายเพื่อการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุรำคาญหรือมลพิษในชุมชน สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Majareonsap, Poonsawd, Assawaponwiput & Rittaisong (2016) ที่พบว่า ปัจจัยความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมาย คือ การให้ความรู้ในเรื่องกฎหมายแก่ประชาชนที่เข้าใจง่าย พร้อมกับเปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็น และมีการขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายจากประชาชนด้วยตนเอง และสอดคล้องกับ Senasu (2023) ที่กล่าวว่า ควรจะมีการยกย่องพระราชบัญญัติการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฉบับใหม่ขึ้นมาเป็นการเฉพาะเพื่อกำหนดอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้มีความชัดเจนและมีความเป็นไปได้จริงในทางปฏิบัติ ร่างกฎหมายฉบับนี้จึงเสมือนเป็นกฎหมายกลางที่มีความเชื่อมโยงกับกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยจะระบุอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาพรวม คล้ายคลึงกับพระราชบัญญัติกำหนดแผน

และขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ที่กำหนดแผนและให้อำนาจองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินกิจกรรมบางอย่างได้ นอกจากนี้ การบังคับใช้กฎหมายของราชการส่วนกลางส่วนมากมีอำนาจครอบคลุมกิจกรรมของท้องถิ่นหลายอย่าง แต่ขณะเดียวกันราชการส่วนกลางก็ขาดกลไกและบุคลากรในการบังคับใช้กฎหมายนั้น ขณะที่พบว่า การบังคับใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นก็เป็นไปได้ยาก เนื่องจากอาจรทบต่อฐานคะแนนเสียงของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น ๆ

2) ประเด็นการพัฒนาบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีการกำหนดเป็นนโยบายด้านสิ่งแวดล้อมในการประกอบกิจการ มีแพลตฟอร์มที่ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้หลากหลายและเข้าถึงง่าย การออกหนังสือรับรองการแจ้งหรือการออกใบอนุญาตประกอบกิจการควรมีความเป็นมิตรในการบริการและมีการให้บริการเชิงรุก มีคู่มือประชาชนในการยื่นหนังสือรับรองการแจ้งหรือขอใบอนุญาตประกอบกิจการในรูปแบบพับ ป้ายแสดงขั้นตอนการบริการ หรือคิวอาร์โค้ดให้ดาวน์โหลดไฟล์ สอดคล้องกับการกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจจะยับยั้งจัดการกับผู้ก่อมลพิษในพื้นที่หรือยับยั้งการก่อสร้างโรงงานอุตสาหกรรมในพื้นที่ที่อาจก่อมลพิษ เพื่อแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างทันท่วงที เพราะเท่าที่ผ่านมาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำหน้าที่เพียง อนุมัติแบบแปลนการก่อสร้างโรงงานอุตสาหกรรมให้เป็นไปตามมาตรฐานโยธาเท่านั้น ซึ่งอำนาจในการอนุมัติเป็นของกรมโรงงานอุตสาหกรรม ประกอบกับพระราชบัญญัติการสาธารณสุขที่ให้ดำเนินการปรับกับผู้ก่อมลพิษว่าด้วยเหตุเดือดร้อนรำคาญก็มีค่าปรับที่น้อยมาก ซึ่งไม่มีผลต่อการหยุดก่อมลพิษแต่อย่างใด (Senasu, 2023)

3) ประเด็นการพัฒนาศักยภาพเจ้าพนักงานสาธารณสุขเจ้าพนักงานท้องถิ่น ควรมีการอบรมระเบียบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบังคับใช้กฎหมาย มีจิตสาธารณะจิตบริการความรับผิดชอบต่อสังคม และมีความรู้เรื่องการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารที่ทันสมัยในการดำเนินงาน สอดคล้องกับผลการวิจัยที่พบว่า ปัจจัยความสำเร็จของการอนุญาตธุรกิจประกอบกิจการของเทศบาล ได้แก่ องค์การและเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้และเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตนเอง มีจิตสาธารณะ มีความสามัคคีร่วมแรงร่วมใจในการทำงานเพื่อพัฒนาเทศบาลของตนจนเกิดเป็นภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง และหน่วยงานด้านกฎหมายควรมีการผลักดันนโยบายและการบังคับใช้กฎหมายจากส่วนกลางไปสู่ท้องถิ่น กระตุ้นให้แต่ละท้องถิ่นดำเนินงานไปในแนวทางเดียวกันและมีการประเมินซ้ำภายหลังการให้ความรู้ไปแล้วและเผยแพร่โครงการดังกล่าวลงสู่เทศบาลในจังหวัดต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาขับเคลื่อนไปพร้อมกัน (Majareonsap, Poonsawd, Assawaponwiput & Rittaisong, 2016) ส่วนแนวทางการเสริมสร้างขีดความสามารถขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local Capacity Building) โดยภาคีเครือข่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงเป็นบทบาทหน้าที่ที่สำคัญของหน่วยงานภาครัฐทุกระดับ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการกระตุ้นให้ภาคประชาชนมีความตื่นตัวในด้านสุขภาพอนามัยตลอดจนการพัฒนาทางด้านชุมชนสัมพันธ์เพื่อสร้างเสริมความเชื่อมั่นของประชาชนในการให้บริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Wongtanawas & Sudtipong, 2013) เนื่องจากเจ้าพนักงานท้องถิ่นมีอำนาจแต่งตั้งข้าราชการหรือพนักงานท้องถิ่นเพื่อให้ปฏิบัติหน้าที่ในเขตอำนาจของราชการส่วนท้องถิ่นนั้นเกี่ยวกับการเข้าไปในอาคารหรือสถานที่ใด ๆ ในเวลาระหว่างพระอาทิตย์ขึ้น และพระอาทิตย์ตก หรือในเวลาทำการเพื่อตรวจสอบหรือควบคุมให้เป็นไปตามข้อกำหนดของท้องถิ่นหรือตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง นอกจากนั้น ยังมีอำนาจในการสอบถามข้อเท็จจริงหรือเรียกหนังสือรับรองการแจ้งหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องจากเจ้าของหรือผู้ครอบครองอาคารหรือสถานที่นั้นบุคคลผู้ได้รับมอบหมายจากเจ้าพนักงานท้องถิ่นนั้นเป็นไปตามดุลพินิจของเจ้าพนักงานท้องถิ่นที่จะพิจารณามอบอำนาจให้แก่เจ้าหน้าที่ตามความเหมาะสมของงาน (Preatpinyo, 2014)

4) ประเด็นผู้นำและภาคีเครือข่าย มีผู้นำชุมชนสนับสนุนการขับเคลื่อนการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ผู้นำชุมชนควรผ่านกระบวนการอบรมความรู้ทางกฎหมายเพื่อให้การออกข้อบัญญัติท้องถิ่นมีความชัดเจนถูกต้องมากขึ้น การบังคับใช้ข้อบัญญัติท้องถิ่นต้องประสานงานเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ Majareonsap, Poonsawd, Assawaponwiput & Rittaisong (2016) พบว่า ปัจจัยความสำเร็จของการบังคับใช้กฎหมาย คือ ผู้บริหารมีผู้นำองค์กรที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกล มีประสิทธิภาพการบริหาร มุ่งมั่นพัฒนาตนเอง

5) ประเด็นการมีส่วนร่วมของประชาชน ประชาชนร่วมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ข้อบัญญัติท้องถิ่น มีอิสระในการแสดงความคิดเห็นในการร่างข้อบัญญัติท้องถิ่นร่วมด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมและร่วมดักจับเตือนอันตรายด้านมลพิษที่จะเกิดขึ้นในชุมชน สอดคล้องกับผลการวิจัยที่ควรมีการสนับสนุนและส่งเสริมให้ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียได้มีโอกาสแสดงทัศนะและเข้าร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน เพื่อให้เกิดความตระหนักรู้เรื่องการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งสามารถนำไปสู่การพัฒนาและการจัดการสิ่งแวดล้อมได้อย่างยั่งยืน (Jindamongkol, 2015) และในการบริหารกิจการสาธารณะในชุมชนท้องถิ่น เครือข่ายและกระบวนการในการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีจึงมาจากประชาชน กุญแจสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพ คือ แนวทางการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จำเป็นต้องผสมผสานระหว่างองค์ความรู้เชิงเทคนิคและการสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีกับชุมชน เพราะเมื่อประชาชนในพื้นที่มีความไว้วางใจในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแล้วย่อมจะทำให้กระบวนการเรียนรู้และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเป็นไปอย่างราบรื่นและมีประสิทธิภาพ (Wongtanawas & Sudtipong, 2013) รวมทั้งการเปิดโอกาสให้ประชาชนและองค์กรชุมชนท้องถิ่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งโดยตรงและโดยอ้อมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม นับตั้งแต่การริเริ่มวางแผนไปจนถึงการปฏิบัติการและการประเมินติดตามผลการดำเนินการ ซึ่งจะช่วยให้เกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของความเป็นเจ้าของร่วมกัน ไม่ใช่หน้าที่ของคนใดคนหนึ่ง (Senasu, 2023) นอกจากนี้ ประชาชนในพื้นที่ให้ความไว้วางใจสื่อบุคคลโดยเฉพาะผู้นำทางศาสนาในระดับมากและสนใจที่จะรับข่าวสารจากวิทยุและโทรทัศน์มากกว่าสื่อสิ่งพิมพ์จึงควรนำเสนอข่าวสารด้านสุขภาพผ่านสื่อที่ประชาชนนิยมใ้มากขึ้นทั้งในดานความถี่และขอบข่ายเนื้อหา กรณีเป็นสื่อสิ่งพิมพ์ควรใช้ภาษาไทยมากกว่าภาษามลายูอักษรยาวี แต่หากเป็นสื่อเสียงควรมีทั้งภาษามลายูถิ่นและภาษาไทยและควรส่งเสริมให้ผู้นำในชุมชนมีบทบาทในการทำหน้าที่นักสื่อสารสุขภาพ (Leadongsombat, 2008)

โดยสรุปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมตามข้อบัญญัติท้องถิ่นและกฎหมายที่เกี่ยวข้องอย่างเคร่งครัดและมุ่งมั่นโดยใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ในการช่วยพัฒนาระบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น การออกใบอนุญาตและการรับรอง การแจ้ง การตรวจประเมิน การจัดการสุขาภิบาลอาหาร การจัดการคุณภาพน้ำบริโภค การจัดการสิ่งปฏิกูล การจัดการขยะมูลฝอย การจัดการเหตุน้ำท่วม และการจัดการกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งการจัดการภาวะฉุกเฉินและภัยพิบัติ โดยอาศัยความรู้ด้านสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมและความร่วมมือจากผู้ประกอบการ ผู้นำชุมชน ประชาชน ภาคีเครือข่ายและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยหนุนเสริม โดยคำนึงถึงบริบทของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เป็นสังคม พหุวัฒนธรรม เช่น ภาษา ตราฮาลาล มาตรฐาน HAL-Q ธรรมนูญสุขภาพ (ฮุกมปากัต) ศาสนสถาน และผู้นำศาสนา อันจะส่งผลให้เกิดท้องถิ่นที่มีประสิทธิภาพและชุมชนเข้มแข็งอย่างยั่งยืนเพื่อมิให้เกิดมลพิษหรือเหตุรำคาญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในพื้นที่และนำไปสู่การจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืนต่อไป

การนำผลวิจัยไปใช้

1. ควรจะมีหน่วยงานที่ควบคุมกำกับและประสานงานการบังคับใช้กฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. ควรนำข้อมูลตามบริบทแต่ละท้องถิ่นมากำหนดนโยบายสาธารณะและกฎหมายด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม
3. มีการทบทวนนโยบายและประเมินผลทุก 5 ปี เพื่อการปรับปรุงนโยบายให้ทันกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป
4. ให้การศึกษาแก่ประชาชน สร้างพื้นที่ให้คนรุ่นใหม่ ให้มีจิตสำนึก มีความรู้ และมีทักษะให้มีความตระหนักเกี่ยวกับการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน รวมทั้งให้ความสำคัญในการจัดการสิ่งแวดล้อมโดยการเป็นเจ้าของชุมชนร่วมกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภูมิภาคอื่นๆ หรือวิจัยในภาพรวมทั้งประเทศ เพื่อหาแนวทางการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้มีความสอดคล้องกันตามบริบทพื้นที่และวางแผนการแก้ไขปัญหาอนามัยสิ่งแวดล้อมในอนาคต เพื่อการจัดการสิ่งแวดล้อมให้เกิดประโยชน์อย่างสมดุลและยั่งยืนต่อไป

References

- Bureau of Environmental Health. (2020). *Subdistrict Administrative Organization Manual for Environmental Health Management for the Livable Community*. Bangkok: Media and Multimedia Production Project, Technology Promotion Association (Thai-Japanese) Department of Health, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Chinfak, N. Sawaskaew, N. Lalitsasiwimon, W. Wittayapanprachha, C. and Rakjan, S. (2018). The Path to Betong a City of Multiculturalism. *The 9th National and International Hatyai Academic Conference on 20 July 2018*, (pp 1775-1783). Songkhla: Faculty of Business Administration, Hat Yai University. (in Thai)
- Chuwattananurak, W. (2019). Environmental Governance: Issues Actors and Challenges. *Journal Politic Science and Public Administration*. 10(1), 195-230. (in Thai)
- Health Impact Assessment Division. (2015). *The World is Moving Forward, Environmental Health Keeping Pace*. Bangkok: Department of Health, Ministry of Public Health. (in Thai)

- Jindamongkol K. (2015). *Environmental management of Mueang Nga Subdistrict Municipality Mueang Lamphun District, Lamphun Province with the Public Participation Process*. Master's Thesis Department of Public Administration Nation University Graduated Studied, Nation University. (in Thai)
- Ladawan, P. (1999). *Documents for Lectures on Future Research Techniques: Research to Guide Vision and Policy*. Chonburi: Burapa University. (in Thai)
- Leadongsombat, I. (2008). *The First Chapter of Health Communication to Promote Local Health in Pattani*. Pattani: Research Project on Local Health Communication Pattani Province. (in Thai)
- Majareonsap, W. Poonsawd, A. Assawaponwiput, W. and Rittaisong S. (2016). Study of Success in Enforcing the Law: A Case Study of Permits to Operate Food Distribution and Food Collection Establishments, In Municipalities that Received Outstanding Awards, Health Service Area 5, Suphanburi Province. *Journal of Health and Public Health Law*. 2(2), 209-224. (in Thai)
- Parliamentary Budget Office. (2022). *Analyze the Annual Budget Expenditures for the Fiscal Year. 2022: Local Government Organizations in the Parliamentary Budget Office*. Bangkok: Secretariat of the House of Representatives. (in Thai)
- Preatpinyo, C. (2014). *Local Government and Sanitation, Public Health and the Environment*. Nakhon Pathom: Faculty of Public Health Mahidol University. (in Thai)
- Rakpolmeang, C. (1998). *Delphi Research Techniques: Policy Analysis Techniques*. Bangkok: Chulalongkon University. (in Thai)
- Sanprasert, P. (2557). *Documents for Lectures on Conceptual Framework for System Quality Development Environmental Health Services: Environmental Health Accreditation (EHA)*. Bangkok: Bureau of Environmental Health (in Thai)
- Senasu, W. (2023). *Decentralization and Environmental Management of Local Government Organizations*. Bangkok: Penthai. (in Thai)
- Supateeratada, J. (2020). *Policy Recommendations for Allocating Budget Expenditures as Subsidies to Organizations Local Government According to Transfer Missions Case Study of Subdistrict Health Promoting Hospital*. Bangkok: Printing Office, Secretariat of the House of Representatives. (in Thai)
- Wongtanawas, S. and Sudtipong T. (2013) *Potential and Readiness of Local Government Organizations and the Public Sector in Health Management*. Bangkok: Health Systems Research Institute. (in Thai)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่าย
โรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอัญญบุรี จังหวัดปทุมธานี

Factors Associated With Oral Hygiene Care Behavior Among School-age
Children in The Healthy Teeth, Happy Life Network, Thunayaburi District,
Pathum Thani Province.

อรุณศรี พลวงษา

Arunsi Polwongsa

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

Nakhon Nayok Provincial Public Health Office

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอัญญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำนวน 306 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ประยุกต์จากแนวคิด PRECEDE framework เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ปัจจัยนำด้านความรู้และทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ค่า IOC มากกว่า 0.67 ทุกข้อ ได้ค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.808 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติค่าไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า

1. ปัจจัยนำด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 37.26 และทัศนคติอยู่ในระดับสูง ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมอยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง
 2. ความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05
- ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนารูปแบบโปรแกรมโดยให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ และการสร้างทัศนคติ สร้างปัจจัยเอื้อเรื่องการเข้าถึงอุปกรณ์แปรงฟัน และสถานที่แปรงฟัน และปัจจัยเสริมคือแรงสนับสนุนจากครอบครัว โรงเรียน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก, เด็กวัยเรียน, เครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: Puyarunsri@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 091-5522590)

Abstract

This descriptive research aimed to study factors associated with oral hygiene care behavior among school-age children in The Healthy Teeth, Happy Life Network, Thunyaburi District, Pathum Thani Province. The sample were 306 students of school children in The Healthy Teeth, Happy Life Network, Thunyaburi District, Pathum Thani Province. Data were collected by questionnaires applied from PRECEDE framework, about predisposing factors, including knowledge, attitudes, enabling factors, reinforcing factors, and oral health care behavior. The IOC values was greater than 0.67 for all items. The Cronbach's coefficient alpha was 0.808 and analyzed by descriptive statistics, Pearson Chi-Square and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. The results showed that

1 The predisposing factors, including knowledge with a mean score in the medium level (37.26%), and attitude with a mean score in the high level, while enabling factors and reinforcing factors had mean scores in the medium level. Additionally, oral hygiene care behavior had a mean score in the high level.

2. The knowledge, attitude, enabling factors and reinforcing factors were positively associated with oral hygiene care behavior among school-age children in a low level with statistical significance of 0.05

Therefore, relevant agencies should develop program formats with an emphasis on providing knowledge and building attitudes, creating enabling factors regarding access to toothbrushing equipment and a place of brush. Reinforcing factors include support from families, schools, and public health personnel to promote oral hygiene care behavior and use them as guidelines for future research.

Keyword : Oral Hygiene Care Behavior, School-age Children, The Healthy Teeth, Happy Life Network

บทนำ

ปัญหาทันตสุขภาพนับเป็นปัญหาสำคัญที่พบมากในเด็กวัยเรียน และการแก้ไขปัญหาดังกล่าวควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการสร้างความรอบรู้ทางด้านการดูแลสุขภาพช่องปากจนส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตัวเองซึ่งจะได้ผลดีกว่าการรักษา เพราะไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวด ไม่ยุ่งยาก ไม่เสียเวลา และเสียเงินในการรักษาและที่สำคัญที่สุดคือไม่สูญเสียฟัน (สำนักทันตสาธารณสุข , 2563)

จากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560 ในเด็กวัยเรียนกลุ่มอายุ 12 ปีพบว่า มีเด็กนักเรียนปราศจากโรคฟันผุร้อยละ 48.0 มีเด็กนักเรียนฟันผุที่ยังไม่รักษาร้อยละ 31.5 และจากการสุ่มสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากโดยทันตบุคลากร ในเด็กนักเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี เขตตำบลประจักษ์ศิลป อำเภอดุสิต จังหวัดปทุมธานี ปีการศึกษา 2562 จำนวน 564 คน และ ปีการศึกษา 2563 จำนวน 608 คนพบเด็กนักเรียนปราศจากฟันผุ (caries free) ร้อยละ 55.7 และ 56.6 ตามลำดับ เด็กไม่มีฟันผุ (cavity free) ร้อยละ 79.4 และ 81.1 ตามลำดับ มีเหงือกอักเสบร้อยละ 25.7 และ 23.5 ตามลำดับ ซึ่งหากพิจารณาเปรียบเทียบความชุกการเกิดโรคฟันผุในปีการศึกษา 2563 กับปี 2562 มีค่าใกล้เคียงกันกล่าวคือ โรคฟันผุยังเป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุข ระดับปัญหาค่อนข้างสูงคงที่ โรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบเป็นโรคที่ป้องกันได้ การปลูกฝังการแปรงฟันที่ถูกต้อง เป็นวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากที่ทำได้ง่ายและเป็นมาตรการที่ประหยัด แต่จากการสำรavnักเรียนกลุ่มอายุ 12 ปี เขตตำบลประจักษ์ศิลป อำเภอดุสิต จังหวัดปทุมธานี ในปีการศึกษา 2562 จำนวน 564 คนและ ปีการศึกษา 2563 จำนวน 608 คน พบว่านักเรียนแปรงฟันตามสูตร 222 คืออย่างน้อย

วันละ 2 ครั้งโดยเน้นช่วงก่อนนอนและหลังอาหาร แปรงฟันนานอย่างน้อย 2 นาที และหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง งดรับประทานอาหารเพียงร้อยละ 47.2 และ 43.4 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบพฤติกรรมบริโภคที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคฟันผุ คือ การดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน ลูกอม ขนมกรุบกรอบ ซึ่งจากการสำรวจในปีการศึกษา 2562 และปีการศึกษา 2563 พบว่ามีเด็กนักเรียนที่ไม่ดื่มน้ำอัดลมเพียงร้อยละ 23.9 และ 25.6 ตามลำดับ มีเด็กนักเรียนที่ไม่อมลูกอม หมากรั้ว เพียงร้อยละ 33.9 และ 28.2 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าปัญหาโรคฟันผุในเด็กวัยเรียนเป็นปัญหาทันตสาธารณสุขที่สำคัญ ซึ่งเกณฑ์เป้าหมายที่ตั้งไว้ในปีงบประมาณ 2564 ของประเทศที่ต้องการให้เด็กอายุ 12 ปีปราศจากฟันผุร้อยละ 71 และฟันดีไม่มีผุร้อยละ 82 โดยมีแนวทางในการคิดเกณฑ์เป้าหมายสำหรับเด็กอายุ 12 ปีต้องปราศจากฟันผุเพิ่มขึ้นอย่างน้อยร้อยละ 1 จากข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี (สำนักทันตสาธารณสุข, 2563) ซึ่งการที่จะดำเนินกิจกรรมให้ได้ผลลัพธ์สภาวะช่องปากในกลุ่มอายุ 12 ปีหรือเด็กนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ตามเกณฑ์เป้าหมายดังกล่าว เด็กควรได้รับการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมตั้งแต่ก่อนวัยเรียน เนื่องจากสาเหตุหลักของโรคฟันผุเกิดจากปฏิกิริยาร่วมกันระหว่างเชื้อโรค อาหาร และฟัน (สุกร ตันตินิรามย์, 2559) การให้เด็กรับประทานขนมหวานระหว่างมื้อแทนการทานผลไม้ระหว่างมื้อ (Percival, T., Edwards, J., Barclay, S., Sa, B., & Majumder, M. A. A., 2019) และความถี่ในการบริโภคของหวาน มีความสัมพันธ์กับค่าฟันผุ ถอน ในฟันน้ำนม ในเด็ก (Gao, J., Ruan, J., Zhao L., Zhou, H., Huang, R., & Tian, J., 2014). นอกจากนี้ยังมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากโดยผู้ปกครองของเด็กที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่เด็กเล็กก่อนวัยเรียนได้แก่ การให้เด็กหลับคาขวดนม (ประไพ ชุมทล้าย และ สิริมา โกวิทวนิชชา, 2560) ซึ่งจำนวนซี่ฟันที่ผุรุนแรงจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านการเคี้ยวอาหารและการทำความสะอาดช่องปาก (Krisdapong, S., Prasertsom P., Rattananangsim, K., & Sheiham, A., 2013)

การดำเนินงานส่งเสริมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือในการดูแลช่องปากเด็กจากผู้เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน โดยเฉพาะผู้ปกครอง ครูและ แกนนานักเรียน ซึ่งผู้ปกครองเป็นบุคคลสำคัญที่สุดต่อการดูแลสุขภาพในช่องปากของเด็กที่ใกล้ชิดที่บ้าน ส่วนครูและ แกนนานักเรียนเป็นบุคคลที่ช่วยสนับสนุนเด็กในวัยเรียนให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน พบว่าปัจจัยนำด้านความรู้และทัศนคติ มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (วินัย ทองฤทธิ์ และ กฤษณา วุฒิสินธุ์, 2563) นอกจากนี้ยังมีรายงานการศึกษาของครุฑิต สกุลแก้ว, อมรรัตน์ แก้วสุวรรณ, รุ่งอรุณ กุลบุตร, เจนฤทัย เจริญศรี และ จุฬาลักษณ์ บัวใหญ่รักษา (2563) ที่ทำการศึกษาความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาพบว่าด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 นอกจากนี้มีการศึกษาวิจัยของปาลิรัตน์ วงศ์ฤทธิ์ บุษราคัม สุภาพบุรุษ, และ เนตรชนก เจริญรัตน์ (2562) และ ปรียานุช นามพิกุล (2562) ที่พบปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนในเครือข่าย โรงเรียนเด็กไทยพันธุ์ อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี โดยใช้ทฤษฎี PRECEDE framework เพื่อประเมินสาเหตุหรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปาก โดยพิจารณาจากปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ทั้งนี้ เพื่อนำผลการศึกษาจากงานวิจัยใช้เป็นแนวทางในการวางแผนงานส่งเสริมสุขภาพช่องปาก เพื่อป้องกันการเกิดโรคฟันผุและโรคเหงือกอักเสบในเด็กวัยเรียนต่อไป

การดำเนินการเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยพันธุ์ เป็นเครือข่ายเรียนรู้ที่มีวัตถุประสงค์ให้เกิดการพัฒนา ร่วมกันของนักเรียนและบุคลากรในโรงเรียน ช่วยเหลือกันในเครือข่าย เกิดการพัฒนาและนำไปสู่เป้าหมายเดียวกันคือการพัฒนาการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยการสร้างเครือข่ายเริ่มต้นจากเป้าหมายของภาคีสมาชิก โดยที่สมาชิกจะมีความถนัดต่าง ๆ กัน แต่สามารถแสดงบทบาทตามศักยภาพ/ความถนัดของตนเอง เพื่อตอบสนองต่อเป้าหมายของเครือข่ายได้อย่างตรงต่อบริบท การพัฒนาเครือข่าย พบว่าโรงเรียนหลายแห่งมีศักยภาพสูงสามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพช่องปาก โดยการทำงานร่วมกัน ระหว่างบุคลากรสาธารณสุข ครู และนักเรียน ในปี 2550 สำนักทันตสาธารณสุข จึงสนับสนุนให้มีการรวมตัวของโรงเรียน ภายใต้ชื่อ เครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยพันธุ์ เพื่อให้เกิดการเสริมพลังในการทำงาน โดยเน้นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างกว้างขวาง (สำนักทันตสาธารณสุข, 2558a)

วัตถุประสงค์วิจัย

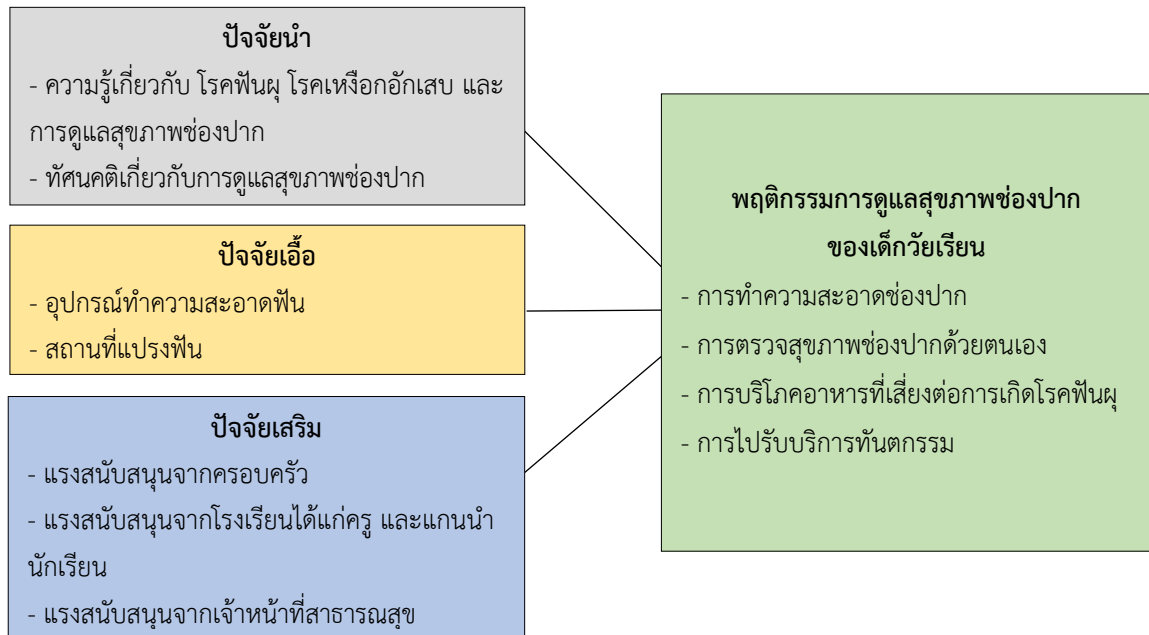
1. เพื่อศึกษาปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยพันธุ์ อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยพันธุ์ อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี

สมมติฐานวิจัย

ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยพันธุ์ อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีครั้งนี้ได้ประยุกต์จากแนวคิดทฤษฎี PRECEDE framework ของ Green and Kreuter (2005) ซึ่งกล่าวว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสมได้ ต้องอาศัยปัจจัยต่างๆ ปัจจัยภายนอกตัวบุคคลมาส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ปัจจัยเหล่านี้จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน ซึ่งสามารถแสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรที่ศึกษาได้ตามกรอบแนวคิดดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research Study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 จากโรงเรียนที่เป็นสมาชิกเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ปีการศึกษา 2566 จำนวน 4 โรงเรียนได้แก่ โรงเรียนธัญลัทธิศิลป์ โรงเรียนดวงกมล โรงเรียนทองพูลอุทิศ และโรงเรียนรังสฤษฎ์สองภาษา รวมจำนวนนักเรียนทั้งสิ้น 1,488 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 จากแต่ละโรงเรียนที่เป็นสมาชิกเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ปีการศึกษา 2566 จำนวน 306 คน ซึ่งได้จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970, 607-610) และคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงเรียนกลุ่มเป้าหมาย ตามสัดส่วนของจำนวนเด็กนักเรียนในแต่ละชั้นปี โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาชั้นปีที่ 4 – 6 ปีการศึกษา 2566 สังกัดเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดีอำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี นักเรียนมีอายุระหว่าง 9-13 ปี และผู้ปกครองยินยอมอนุญาตให้เข้าร่วมโครงการวิจัย และเกณฑ์คัดออกคือเด็กนักเรียนที่ผู้ปกครองไม่ยินยอมอนุญาตให้เข้าร่วมโครงการวิจัย และเด็กที่มีภาวะการเรียนรู้บกพร่อง (Learning Disability ,LD)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างโดยอ้างอิง จาก ตำราชุดเรียนรู้กลางเพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัยเรื่องสุขภาพช่องปากบูรณาการกับกลุ่มสาระการเรียนรู้ศิลปะ (สำนักทันตสาธารณสุข, 2558b) กลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา (สำนักทันตสาธารณสุข, 2558c) และตำราที่เผยแพร่โดยคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (สุดาตวง กฤษฎาพงษ์, 2560) โดยประยุกต์แนวคิดทฤษฎี PRECEDE framework แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ของกลุ่มตัวอย่าง อาชีพของผู้ปกครอง และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยนำ จำนวน 21 ข้อ ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ใช่

ไม่แน่ใจ และ ไม่ใช่ จำนวน 11 ข้อ เกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Bloom (1971) คือ ความรู้ระดับสูง คะแนนมากกว่า ร้อยละ 80 ความรู้ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง ร้อยละ 61-79 และความรู้ระดับต่ำ คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60

ตอนที่ 2 ทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากปัจจัยนำเกี่ยวกับทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กนักเรียน จำนวน 10 ข้อ มีมาตรวัด 3 ระดับจากเห็นด้วยให้ 3 คะแนนถึงไม่เห็นด้วยให้ 1 คะแนน

ข้อความทางบวก	(คะแนน)	ข้อความทางลบ	(คะแนน)
เห็นด้วย	3	เห็นด้วย	1
ไม่แน่ใจ	2	ไม่แน่ใจ	2
ไม่เห็นด้วย	1	ไม่เห็นด้วย	3

ส่วนที่ 3 ปัจจัยเอื้อ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเอื้อ จำนวน 5 ข้อ เกี่ยวกับความเข้าถึงอุปกรณ์ และสถานที่แปรงฟัน มีมาตรวัด 3 ระดับจากมากให้ 3 คะแนนถึงน้อยให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยเสริม แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสริม จำนวน 7 ข้อ เกี่ยวกับ แรงสนับสนุนจาก ครอบครัว (ผู้ปกครอง) โรงเรียน (ครู แกนนำนักเรียน) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีมาตรวัด 3 ระดับ

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียน จำนวน 12 ข้อ มีมาตรวัด 3 ระดับ จากปฏิบัติเป็นประจำให้ 3 คะแนนถึงไม่เคยปฏิบัติให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 2 ส่วนที่3 ส่วนที่4 และส่วนที่5 คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) ซึ่งมีมาตรวัด 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best (1977) แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 ระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 ระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ผู้มีความเชี่ยวชาญทางด้านทันตสาธารณสุข ด้านพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพช่องปาก และผู้ที่มีประสบการณ์ในการทำวิจัยด้านสาธารณสุขและทันตสาธารณสุข โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า แบบสอบถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) มากกว่า 0.67 และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปทดลองใช้ (Try out) กับนักเรียนระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ที่โรงเรียนดวงกมลเนื่องจากเป็นบริบทของนักเรียนที่สังกัดในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี แต่เป็นกลุ่มเด็กนักเรียนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น 0.808 โดยแบบสอบถามด้านปัจจัยนำเข้ามีค่า 0.772 แบบสอบถามด้านปัจจัยเอื้อมีค่า 0.782 และแบบสอบถามด้านปัจจัยเสริมมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.766

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำหนังสือราชการขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากนั้นทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ ในการเก็บข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือจากครู ผู้ปกครอง และ นักเรียนทั้งในกลุ่มทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) และกลุ่มตัวอย่างทำการรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม จำนวน 306 เก็บรวบรวมข้อมูล เดือนกันยายน พ.ศ.2566

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี เพื่ออธิบายคุณลักษณะทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คำนวณหาค่าทางสถิติโดยใช้การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum)

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรต้น ปัจจัยนำเข้า ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมการณ์ดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี ด้วยสถิติการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยกำหนดค่าความสัมพันธ์ (Wiersma & Jurs, 2009) ดังนี้

ค่า r มีค่าตั้งแต่ ± 0.01 ถึง ± 0.20 มีความสัมพันธ์กันต่ำมาก

ค่า r มีค่าตั้งแต่ ± 0.21 ถึง ± 0.40 มีความสัมพันธ์กันต่ำ

ค่า r มีค่าตั้งแต่ ± 0.41 ถึง ± 0.60 มีความสัมพันธ์กันปานกลาง

ค่า r มีค่าตั้งแต่ ± 0.61 ถึง ± 0.80 มีความสัมพันธ์กันสูง

ค่า r มีค่ามากกว่า $+0.81$ มีความสัมพันธ์กันสูงมาก

ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตั้งกตั้งเบื้องต้น (Assumption) เพื่อหาหลักการแจกแจงแบบโค้งปกติ (Normality) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่า ข้อมูลส่วนใหญ่อยู่ในแนวเส้นตรง แสดงว่าข้อมูลมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ และมีความสัมพันธ์เชิงเส้น

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัย โดยได้กำหนดการป้องกันผลกระทบด้านจริยธรรมที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถาม โดยการวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยด้านการแพทย์และสาธารณสุขในมนุษย์ จังหวัดปทุมธานี หนังสือรับรองจริยธรรมเลขที่ PPHO-REC 2566/27

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ อาชีพของผู้ปกครอง และระดับการศึกษาของผู้ปกครองของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยพันธุ์ อำเภอลำลูกเกด จังหวัดปทุมธานี (N=306)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	136	44.44
หญิง	170	55.56
อายุ		
≤10 ปี	119	38.89
11 ปี	99	32.35
≥12 ปี	88	28.76
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	10.90 (0.870)	
มัธยฐาน (ค่าสูงสุด-ต่ำสุด)	11.00 (13 – 9)	
อาชีพของผู้ปกครอง		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	87	28.43
ลูกจ้างประจำ/ข้าราชการ/ข้าราชการบำนาญ	54	17.65
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	16	5.23
รับจ้างทั่วไป	88	28.76
เกษตรกร/ทำสวน	5	1.63
อื่นๆ เช่นงานโรงงาน ขับแท็กซี่	56	18.30
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง		
ประถมศึกษา	42	13.72
มัธยมศึกษาตอนต้น	48	15.69
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	75	24.51
อนุปริญญา/ปวส.	18	5.88
ปริญญาตรี	92	30.07
สูงกว่าปริญญาตรี	31	10.13

จากตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.56 อายุเฉลี่ย 10.90 ปีอายุน้อยที่สุด 9 ปีและอายุมากที่สุด 13 ปี อาชีพของผู้ปกครอง ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 28.76 ผู้ปกครองส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 30.07

2. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยนำ ด้านระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี (N=306)

ปัจจัยนำด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก		
ระดับความรู้ต่ำ (คะแนนร้อยละ 0-59)	87	28.43
ระดับความรู้ปานกลาง (คะแนนร้อยละ 60-79)	114	37.26
ระดับความรู้สูง (คะแนนร้อยละ 80-100)	105	34.31

จากตารางที่ 2 ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง จำนวน 114 คน คิดเป็นร้อยละ 37.26 รองลงมาคือมีความรู้ในระดับสูง จำนวน 105 คน คิดเป็นร้อยละ 34.31 และน้อยสุดมีความรู้ในระดับต่ำ จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 28.43

ตาราง 3 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยนำ ด้านทัศนคติเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี (N=306)

ปัจจัยนำด้านทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก		
ระดับทัศนคติต่ำ	2	0.70
ระดับทัศนคติปานกลาง	131	42.80
ระดับทัศนคติสูง	173	56.50

จากตารางที่ 3 ปัจจัยนำด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง จำนวน 173 คน คิดเป็นร้อยละ 56.50 รองลงมาคือมีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 131 คน คิดเป็นร้อยละ 42.80 และน้อยสุดมีทัศนคติอยู่ในระดับต่ำ จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 0.70

ตาราง 4 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี (N=306)

ปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับปัจจัยเอื้อในการดูแลสุขภาพช่องปาก		
ระดับต่ำ	33	10.80
ระดับปานกลาง	165	53.90
ระดับสูง	108	35.30

จากตารางที่ 4 ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยเอื้อต่อการมีพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 53.90

ตาราง 5 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยเสริมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี (N=306)

ปัจจัยเสริมในการดูแลสุขภาพช่องปาก	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับปัจจัยเสริมในการดูแลสุขภาพช่องปาก		
ระดับต่ำ	17	5.60
ระดับปานกลาง	183	59.80
ระดับสูง	106	34.60

จากตารางที่ 5 ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยเสริมต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 59.80

ตาราง 6 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี (N=306)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	ระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก			M	SD	แปลผล
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ			
	N (%)	N (%)	N (%)			
ภาพรวมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	193 (63.00)	107 (35.00)	6 (2.00)	2.42	0.289	ระดับสูง

จากตารางที่ 6 พบว่า เด็กวัยเรียนในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 63.00 รองลงมาคือ มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 35.00 และน้อยที่สุดมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 2.00 และภาพรวมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี อยู่ในระดับสูง ($M = 2.20$ $SD = 0.418$)

ตาราง 7 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอดงเจริญ จังหวัดปทุมธานี จำแนกรายข้อ (N=306)

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก	M	SD	แปลผล
1. นักเรียนแปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้า	2.84	.385	ระดับสูง
2. นักเรียนแปรงฟันก่อนเข้านอน	2.68	.552	ระดับสูง
3. เมื่อนักเรียนพบว่ายังแปรงฟันไม่สะอาดนักเรียนจะต้องแปรงฟันซ้ำ	2.46	.606	ระดับสูง
4. นักเรียนแปรงฟันหลังอาหารกลางวัน	2.31	.673	ระดับปานกลาง
5. นักเรียนใช้เวลาในการแปรงฟันแต่ละครั้ง ประมาณ 2-3 นาที	2.58	.574	ระดับสูง
6. นักเรียนใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ในการแปรงฟัน	2.64	.567	ระดับสูง
7. นักเรียนมักจะตรวจฟันด้วยตนเอง โดยการอ้าปากที่หน้ากระจก	2.41	.642	ระดับสูง
8. นักเรียนใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟัน	1.82	.796	ระดับปานกลาง
9. นักเรียนงดกินขนม/เครื่องดื่มรสหวานหลังจากแปรงฟันก่อนนอน	2.00	.724	ระดับปานกลาง

พฤติกรรมกาการดูแลสุขภาพช่องปาก	M	SD	แปลผล
10. หลังจากแปรงฟันก่อนนอนแล้ว นักเรียนจะไม่กินอะไรอีกเลย นอกจากน้ำเปล่า	2.58	.574	ระดับสูง
11. เมื่อแปรงฟันหลังการรับประทานอาหารมื้อเช้า นักเรียนจะด รับประทานอาหารอย่างน้อย 2 ชั่วโมง เพื่อป้องกันโรคฟันผุ	2.13	.718	ระดับปานกลาง
12. นักเรียนใช้แปรงสีฟันขนนุ่มแปรงฟันให้สะอาดทุกซี่ รวมถึงแปรง ซี่ๆปิดบริเวณคอฟันให้ทั่วทุกซี่ เพื่อขจัดแผ่นคราบแบคทีเรียออก เพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบและฟันผุ	2.71	.533	ระดับสูง

จากตารางที่ 7 เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกาการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียน
เด็กไทยฟันดี อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี จำแนกรายข้อ พบว่า นักเรียนแปรงฟันหลังตื่นนอนตอนเช้า
นักเรียนใช้แปรงสีฟันขนนุ่มแปรงฟันให้สะอาดทุกซี่ รวมถึงแปรงซี่ๆปิดบริเวณคอฟันให้ทั่วทุกซี่ เพื่อขจัดแผ่น
คราบแบคทีเรียออก เพื่อป้องกันโรคเหงือกอักเสบและฟันผุ และนักเรียนแปรงฟันก่อนเข้านอน เป็นพฤติกรรม
ที่นักเรียนปฏิบัติมากที่สุด ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมที่นักเรียนปฏิบัติน้อยที่สุด ได้แก่ การใช้ไหมขัดฟัน
ทำความสะอาดซอกฟัน และการงดกินขนมหรือเครื่องดื่มรสหวานหลังจากแปรงฟันก่อนนอน ตามลำดับ

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกาการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียน
เด็กไทยฟันดี อำเภอ ธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมกาการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน
ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี (N=306)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมกาการดูแลสุขภาพช่องปาก		χ^2	p-value
	ระดับต่ำ-ปานกลาง	ระดับสูง		
	N (%)	N (%)		
เพศ			0.505	0.477
ชาย	41 (13.40)	95 (31.05)		
หญิง	45 (14.71)	125 (40.84)		
อาชีพของผู้ปกครอง			5.741	0.332
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	20 (6.53)	67 (21.89)		
ลูกจ้างประจำ/ข้าราชการ	19 (6.21)	35 (11.44)		
แม่บ้าน/พ่อบ้าน	6 (1.96)	10 (3.27)		
รับจ้างทั่วไป	23 (7.52)	65 (21.24)		
เกษตรกร/ทำสวน	0 (0.00)	5 (1.63)		
อื่นๆ เช่น งานโรงงาน ขับแท็กซี่	18 (5.88)	38 (12.42)		
ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง			12.072	0.034
ประถมศึกษา	15 (4.90)	27 (8.82)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	19 (6.21)	29 (9.48)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	13 (4.25)	62 (20.26)		

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปาก		χ^2	p-value
	ระดับต่ำ-ปานกลาง	ระดับสูง		
	N (%)	N (%)		
อนุปริญญา/ปวส.	4 (1.31)	14 (4.57)		
ปริญญาตรี	30 (9.80)	62 (20.26)		
สูงกว่าปริญญาตรี	5 (1.63)	26 (8.50)		

จากตารางที่ 8 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอดุสิต จังหวัดปทุมธานี พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอดุสิต จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเพศ และอาชีพของผู้ปกครองพบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอดุสิต จังหวัดปทุมธานี (p-value=0.477 และ 0.332)

ตารางที่ 9 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอดุสิต จังหวัดปทุมธานี (N=306)

ปัจจัย	พฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยนำ			
ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปาก	0.240**	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ
ด้านทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปาก	0.250**	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ
ปัจจัยเอื้อ	0.319**	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ
ปัจจัยเสริม	0.356**	0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำ

* p ≤ 0.05 ** p ≤ 0.01

จากตารางที่ 9 ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม กับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอดุสิต จังหวัดปทุมธานี พบว่า ความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอดุสิต จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 (r =0.240, p<0.001) (r=0.250, p<0.001) (r=0.319, p<0.001) และ (r=0.356, p<0.001)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ พบว่า ปัจจัยนำด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.26 ซึ่งความรู้เป็นแนวทางหนึ่งที่ได้จะนำความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องไปปฏิบัติได้ โดยความรู้มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วินัย ทองฤทธิ์ (2563) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียนในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วินัย ทองฤทธิ์ (2563) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของครรชิต สกุลแก้ว และคณะ (2563) ที่พบว่าด้านทัศนคติมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก กล่าวได้ว่าเมื่อนักเรียนมีความรู้และทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพช่องปากย่อมส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองได้อย่างเหมาะสม และอาจเนื่องจากความรู้มีความสำคัญต่อการเกิดทัศนคติที่ดีและถูกต้องในเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากภายหลังการรับรู้

ปัจจัยเอื้อเกี่ยวกับการเข้าถึงสถานที่แปรงฟัน และการเข้าถึงอุปกรณ์แปรงฟัน มีผลต่อการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐกฤตา ผลอ้อ (2560) พบว่า การพัฒนาจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนให้ปลอดน้ำอัดลม เครื่องดื่ม ไอศกรีมหวาน ส่งผลให้เด็กนักเรียนมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารว่างไม่เกิน 2 ครั้งต่อวัน เพิ่มขึ้นร้อยละ 32.90 ดังนั้น การจัดสภาพแวดล้อมในโรงเรียนที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพช่องปากจะนำมาซึ่งการมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมของเด็กวัยเรียน

ปัจจัยเสริมเกี่ยวกับแรงสนับสนุนจากครอบครัว โรงเรียน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีผลกับการดูแลสุขภาพของเด็กวัยเรียนอยู่ในระดับปานกลาง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปาลิรัตน์ วงศ์ฤทธิ์และคณะ (2562) และ ปรียานุช นามพิกุล (2562) ที่พบว่าปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ไปในทิศทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับที่ 0.05

การศึกษาครั้งนี้ตอบสมมติฐานที่ว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์ทางบวก กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภอธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี ดังนั้นในการวางแผนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลง โดยเฉพาะในประเด็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก ควรคำนึงถึงปัจจัยนำได้แก่ความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยเอื้อ ด้านการเข้าถึงอุปกรณ์ทำความสะอาดฟัน และ สถานที่แปรงฟัน มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนโดยพบว่านักเรียนที่ไม่มีแปรงสีฟัน หรือโรงเรียนมีพื้นที่สำหรับการแปรงฟันน้อย เด็กนักเรียนก็จะให้ความสำคัญกับการแปรงฟันน้อยลง ปัจจัยเสริมจากครอบครัวและโรงเรียนเป็นส่วนสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นให้นักเรียนเห็นความสำคัญในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ ซึ่งปัจจัยเสริม เป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลง มีรายงานการศึกษาที่พบว่าโรงเรียนที่มีการจัดกิจกรรมการป้องกันโรคฟันผุในเด็ก มีความสัมพันธ์กับการลดการเกิด

โรคฟันผุในเด็ก (Ruff, Niederman, 2018) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐกฤตา ผลอ้อ (2560) ที่ทำการศึกษารื่องการพัฒนากการส่งเสริมทันตสุขภาพในลักษณะเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ตำบลทรายมูล-หนองกุง โดยชุมชนมีส่วนร่วม อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่นที่พบว่าก่อนดำเนินการพัฒนากการส่งเสริมทันตสุขภาพ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 แปรงฟันก่อนนอนร้อยละ 24.7และหลังดำเนินการพัฒนากการส่งเสริมทันตสุขภาพ เด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 แปรงฟันก่อนนอนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 85.12

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากการศึกษาพบว่าปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ผู้วิจัยจึงเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพช่องปากให้แก่เด็กนักเรียนในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภोधัญบุรี โดยทันตบุคลากร และจัดกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่ครูอนามัยโรงเรียนและครูประจำชั้นในเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี อำเภोधัญบุรี และขยายเครือข่ายไปยังโรงเรียนประถมศึกษาที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพช่องปากในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลประชาติปัตย์ ตำบลประชาติปัตย์ อำเภोधัญบุรี และ อำเภอโกล์เคียง ในจังหวัดปทุมธานี เพื่อให้ครูมีทักษะในการจัดอบรมแก่นำนักเรียน ให้ความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพช่องปาก ตลอดจนส่งเสริมและสนับสนุนให้ครูและผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการจัดหาอุปกรณ์ในการทำ ความสะอาดฟันให้มีความเพียงพอ

2. ผลจากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน ยังพบว่า นักเรียนมีการใช้ไหมขัดฟันทำความสะอาดซอกฟันในระดับต่ำ และมีพฤติกรรมรับประทานขนมหรือเครื่องดื่มรสหวานหลังจากแปรงฟันก่อนนอน ทั้งนี้ โรงเรียนควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างต่อเนื่อง แก่นำนักเรียนมีส่วนร่วมดูแลช่วยเหลือการทำกิจกรรมแปรงฟันหลังการรับประทานอาหาร การตรวจความสะอาดฟันหลังแปรงฟัน ผู้ปกครองและครอบครัวให้การสนับสนุนและส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของบุตรหลาน ให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่เหมาะสมและยั่งยืน

3. พัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนประถมศึกษา โดยบูรณาการไปในหลักสูตรการเรียนการสอนเพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ปกครองและแก่นำนักเรียนผ่านการอบรมเชิงปฏิบัติการ ด้วยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพควบคู่กับการดำเนินการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกและมีประสิทธิผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเด็กวัยเรียน ควรขยายผลการศึกษาโดยนำข้อมูลจากการศึกษานี้ไปพัฒนาต่อยอดโดยการศึกษาถึงผลของการพัฒนารูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กนักเรียนที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของเด็กวัยเรียน

References

- ครรรชิต สกกุลแก้ว, อมรรัตน์ แก้วสุวรรณ, รุ่งอรุณ กุลบุตร, เจนฤทัย เจริญศรี, และ จุฬาลักษณ์ บัวใหญ่รักษา (ม.ป.ป.). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษา โรงเรียนบ้านดงม่วง ตำบลโคกกลาง อำเภอนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี. สืบค้นเมื่อ 19 สิงหาคม 2566 จาก https://bkkthon.ac.th/home/user_files/department-24/files/2563/63_1.pdf
- ณัฐกฤตา ผลอ้อ. (2560). การพัฒนาการส่งเสริมทันตสุขภาพในลักษณะเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี ตำบลทรายมูล-หนองกง โดยชุมชนมีส่วนร่วม อ.น้ำพอง จ.ขอนแก่น. *วารสารทันตภิบาล*, 28(1), 114-131.
- ประไพ ชุมหคาลัย และ สิริมา โกวิทวณิชชา. (2560). ภาวะทันตสุขภาพในชุดฟันน้ำนม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคฟันผุนรุนแรงในเด็กที่เข้ารับบริการในสถานเลี้ยงเด็กกลางวันหรือศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. *วารสารกรมการแพทย์*, 42(4), 46-54.
- ปริญญช นามพิกุล. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนอนุบาลเขากา อำเภอกา จังหวัดหนองคาย.
- ปาสีรัตน์ วงศ์ฤทธิ์, บุษราคัม สุภาพบุรุษ, และ เนตรชนก เจริญรัตน์. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพช่องปากของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนท่าศาลา อำเภوتاศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต*, 7(3), 317-327.
- วินัย ทองฤทธิ์, และ กฤษณา วุฒิสินธ์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในเด็กนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 โรงเรียนเขตตำบลโพธิ์ อำเภอคำม่วง จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 5(1), 36-48.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558a). คู่มือประเมินเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยฟันดี.นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558b). ชุดเรียนรู้กลางเพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัยเรื่องสุขภาพช่องปากบูรณาการกับกลุ่มสาระการเรียนรู้ศิลปะ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558c). ชุดเรียนรู้กลางเพื่อเด็กไทยมีโภชนาการสมวัยเรื่องสุขภาพช่องปากบูรณาการกับกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563). แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564. สืบค้นเมื่อ 5 พฤษภาคม 2566 จาก<https://dental.anamai.moph.go.th>
- สุดาตวง กฤษฎาพงษ์. (2560a). แค 2 ข้อ..เพื่อฟันไม่ผุ. ใน *อติพงษ์ พฤษศรีสกุล และ สุดาตวง กฤษฎาพงษ์ (บ.ก.), ครบเครื่องเรื่องฟัน FUN*. (น. 82-83). กรุงเทพฯ: คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุดาตวง กฤษฎาพงษ์. (2560b). แปรงฟันอย่างไรให้ได้ประโยชน์สูงสุด. ใน *อติพงษ์ พฤษศรีสกุล และ สุดาตวง กฤษฎาพงษ์ (บ.ก.), ครบเครื่องเรื่องฟัน FUN*. (น. 121-123). กรุงเทพฯ: คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกร ตันตินิรมัย. (2559). สาเหตุ การรักษาและการป้องกันโรคฟันผุในเด็กปฐมวัย (ECC). *วารสารการศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 33(2), 167-175.

- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York: McGraw-Hill Book.
- Gao, J., Ruan, J., Zhao L., Zhou, H., Huang, R., & Tian, J. (2014). Oral health status and oral health knowledge, attitudes and behavior among rural children in Shaanxi, western China: a cross-sectional survey. *BMC Oral Health*, 14, 144-150.
- Green, L., & Kreuter, M. (2005). *Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach*. (4th ed.). New York: McGraw-Hill Book.
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational Psychological Measurement*, 30, 607-610.
- Krisdamong, S., Prasertsom P., Rattananangsim, K., & Sheiham, A. (2013). Impacts on Quality of Life Related to Dental Caries in a National Representative Sample of Thai 12- and 15-Year-Olds. *Caries Research*, 47(1), 9-17.
- Percival, T., Edwards, J., Barclay, S., Sa, B., & Majumder, M. A. A. (2019). Early Childhood Caries in 3-5 year old children in Trinidad and Tobago. *Dentistry journal*, 7(16), 1-12.
- Ruff, R. R., & Niederman, R. (2018). School-Based Caries Prevention, Tooth Decay, and the Community Environment. *JDR Clinical & Translational Research*, 3(2), 180-187.
- Wiersma, W., G. Jurs, S. (2009). *Research Method in Education: an Introduction (9th ed)*. Massachusetts: Pearson.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนในเขตพื้นที่
บ้านปากสระ ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

Factors Associated With behavior for self-protecting From Covid-19 In Baan Paksa
Area Nakhian Subdistrict, Mueang District Nakhon Si Thammarat

ธัญมัย ฉันทวี^{1*}, นารถฤดี จันทปสาร²

Tunyamai Chantawee^{1*}, Natrudee Jantapasarn²

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา^{1*,2}

Faculty of Public Health Chalermkarnjana University^{1*,2}

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนในเขตพื้นที่บ้านปากสระ ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนในเขตพื้นที่บ้านปากสระ ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 279 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพโดยมีดัชนีความสอดคล้อง 0.66-1.00 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.84 และมีค่าความเที่ยงโดยหาสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.85 วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่าสถิติต่าง ๆ ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 69.20 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัย ด้านอายุ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรส่งเสริมความรู้ความเข้าใจของประชาชน เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ต่อไป เพื่อให้ประชาชน เกิดการรับรู้ตระหนักและดูแลตัวเองได้ดีขึ้นต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกันตนเอง, โรคโควิด-19, ค่าสถิติ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: premsiri.mattana@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 082-1494194)

Abstract

The survey research aims to access behavior for self-protecting Coronavirus disease 2019 and the study was to determine factors influencing the preventive behavior of Coronavirus disease 2019 among people in Mueang District, Nakhon Si Thammarat Province with a sample group of 279 people. The questionnaire was used to be a tool for collecting the general information perception and preventative behaviors for the coronavirus disease-19. The data collected were analyzed by using the frequency, percentage, mean and standard deviation and chi-square test.

The results showed that the sample group have behavior for protecting from COVID-19 at a very good level 69.2 percentage and the factor related to behavior for protecting from COVID-19 include gender, education level, income, perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefit and perceived barriers with a statistical significance of 0.05. The factors of age, marital status, occupation and receiving information. There was no correlation with behavior for self-protecting from COVID-19.

Keywords: behavior for self-protecting, Coronavirus disease 2019, Statistics

บทนำ

โรคโควิด-19 คือ โรคติดต่อซึ่งเกิดจากไวรัสโคโรนาชนิดที่มีการค้นพบล่าสุด เป็นโรคอุบัติใหม่หรือไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ที่ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ ตั้งแต่โรคหัดธรรมดา จนถึงปอดอักเสบ ที่มีอาการรุนแรง เช่น โรคทางเดินหายใจตะวันออกกลาง (MERS) และโรคระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันร้ายแรง (SARS) เริ่มมีการระบาดตั้งแต่เดือนธันวาคม 2562 เป็นต้นมา โดยเริ่มที่มณฑลหูเป่ย์ สาธารณรัฐประชาชนจีน และแพร่ระบาดไปหลายประเทศทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ประกาศให้การระบาดของโรคโควิด-19 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (WHO, 2020) ปัจจุบันยังคงตรวจพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ และผู้เสียชีวิตทุกวัน ข้อมูล ณ วันที่ 30 สิงหาคม 2565 พบผู้ติดเชื้อทั่วโลกยืนยันทั้งหมด 606,549,461 คน มีผู้เสียชีวิตจำนวน 6,489,855 คน (ศูนย์ข้อมูล covid-19 ,2565)

สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด-19 ในประเทศไทย พบว่า มีผู้ป่วยติดโควิด-19 ยืนยัน 4,648,679 ราย หายป่วยแล้ว 4,600,945 ราย รักษาอยู่ 15,459 ราย และยอดผู้เสียชีวิตทั้งหมด 32,275 ราย ข้อมูล ณ วันที่ 30 สิงหาคม 2565 (กรมควบคุมโรคและสำนักงานการวิจัยแห่งชาติ, 2565) ซึ่งกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้สรุปปัจจัยที่ทำให้ประชาชนติดเชื้อ พบว่ามาจากการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันรายก่อนหน้านี้มากที่สุด ร้อยละ 44.3 รองลงมา คือจากสถานบันเทิง ร้อยละ 25.2 และการตรวจค้นหาผู้ป่วยเชิงรุก ร้อยละ 9.8 ตามลำดับ (กรมควบคุมโรค, 2565)

สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคในจังหวัดนครศรีธรรมราช พบผู้ป่วยยืนยันทั้งหมด 79,677 ราย เสียชีวิตสะสม 279 ราย หากประชาชนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง ไม่มีการดูแลตัวเอง อาจส่งผลต่อการแพร่ระบาดมากยิ่งขึ้น และมีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช ออกมาตรการยับยั้งและสกัดกั้นการติดเชื้อการระบาดของโรค เพื่อให้ประชาชนมีความปลอดภัย (ประเสริฐศักดิ์ โพธิ์ทอง, 2565) จากการสำรวจหมู่บ้านปากสระ พบว่า บริเวณนี้เป็นแหล่งท่องเที่ยว เป็นสถานที่รวมพลของประชาชน และเป็นเส้นทางผ่านทุกเส้นทางในการเดินทาง ทำให้เกิดความเสี่ยงของการแพร่ระบาดของโรค (Sriwilai, S., & Thongsri, R., 2021) ดังนั้นทางผู้วิจัย จึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนในเขตพื้นที่บ้านปากสระ ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยนำทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ ซึ่งเป็นแนวคิดที่พัฒนามาจากแนวคิดของ (Rosenstock, 1988) ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมป้องกันโรค มี 5 ประการ คือ ได้แก่ (1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค เป็นการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคแล้ว การรับรู้นี้อาจแสดงออกในแง่ของความเชื่อที่มีต่อการวินิจฉัยโรค การคาดการณ์ว่าตนเองมีโอกาสร้อยต่อการกลับเป็นโรคซ้ำอีก หรือเสี่ยงต่อการเป็นโรคอื่นได้ (2) การรับรู้ความรุนแรงของโรค กล่าวได้ว่า สามารถทำนายพฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยและการป้องกันโรคได้ เพราะบุคคลจะตระหนักถึงอันตราย ต่อร่างกายหรือกระทบกระเทือนฐานะทางสังคมของตน (3) การรับรู้ประโยชน์ที่ได้รับ/อุปสรรค ในการปฏิบัติ จะแสดงถึงความสัมพันธ์ในการปฏิบัติเกี่ยวกับการให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้ประโยชน์ที่จะได้รับ คือ การหายจากโรคหรือสามารถควบคุมโรคที่เป็นอยู่ได้ การรับรู้ถึงอุปสรรค ในการปฏิบัติตนเป็นการรับรู้เกี่ยวกับปัจจัย หรือกิจกรรมต่าง ๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติตัวของบุคคล แต่การจะให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ขึ้นอยู่กับความเชื่อของบุคคลนั้นว่า สิ่งปฏิบัตินั้นลดความรุนแรงของโรคได้จริง และจะได้รับประโยชน์คุ้มค่างกับเวลาที่เสียไปในการไปตรวจแต่ละครั้ง ตลอดจนคุ้มกับค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเจ็บปวด และความไม่สบายจากการรักษา (4) สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติ เป็นเหตุการณ์หรือสิ่งส่งเสริมให้บุคคลเกิดความพร้อมในการปฏิบัติตนในรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ สิ่งชักนำสู่การปฏิบัติที่เป็นแรงกระตุ้นภายในตัวบุคคล และเป็นพื้นฐานส่วนตัวของแต่ละบุคคล เป็นการรับรู้สถานะของร่างกายตนเอง ส่วนที่เป็นแรงกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การได้รับคำแนะนำจากคนอื่นหรือสื่อมวลชน การกระตุ้นเตือนจากแพทย์/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือการเจ็บป่วยของคนในครอบครัว สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขภาพ และ (5) ปัจจัยร่วม เป็นปัจจัยที่ไม่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะส่งผลไปถึงการรับรู้และการปฏิบัติ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยทางด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม กลุ่มเพื่อน กลุ่มอ้างอิง และ ปัจจัยโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค เป็นต้น (Rosenstock, 1988) โดยทั้งนี้ผลการวิจัยที่ได้ จะเป็นข้อมูลในการวิจัยเพื่อนำผลการวิจัยจากการสำรวจเป็นแนวทางในการรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคได้

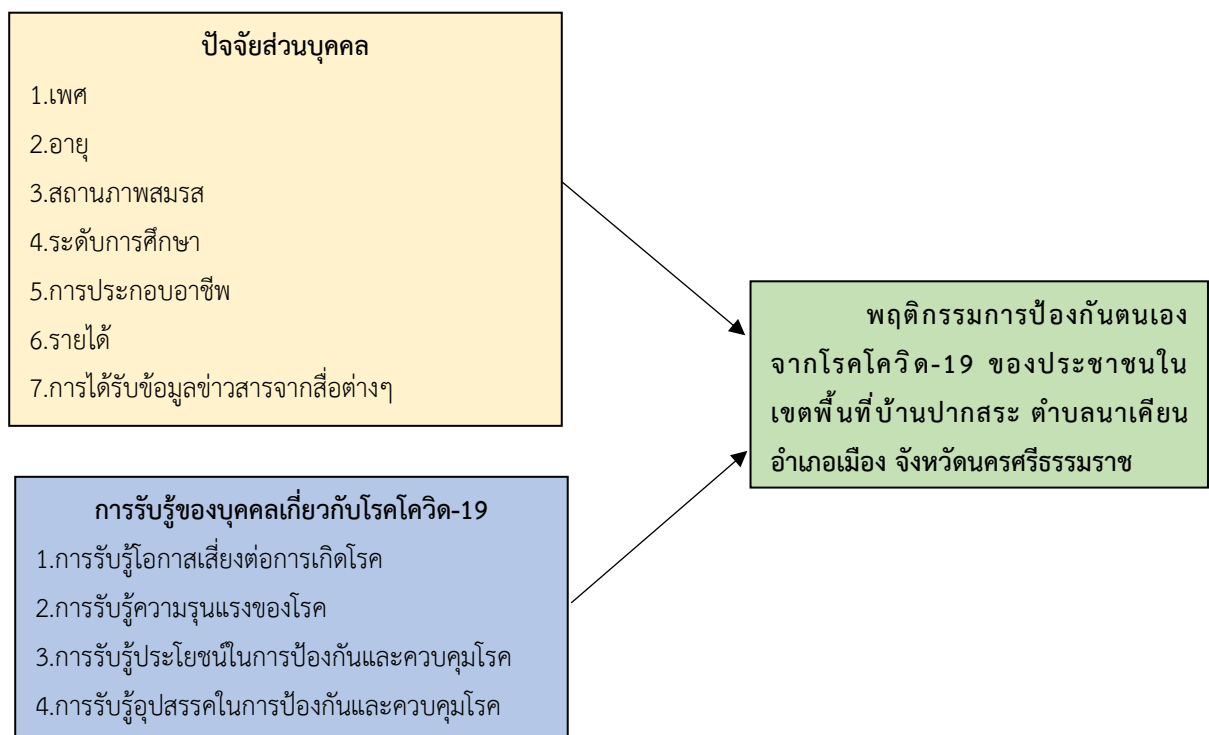
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนในเขตพื้นที่บ้านปากสระ ตำบลนาเคียน อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนในเขตพื้นที่บ้านปากสระ ตำบลนาเคียน อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษครั้งนี้ได้นำแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock (1988) มาประยุกต์ใช้ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนในเขตพื้นที่บ้านปากสระ ตำบลนาเคียน อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

วิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยในเขตพื้นที่บ้านปากสระ ตำบลนาเคียน อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี จำนวน 1,015 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งโหนด, 2565)

กลุ่มตัวอย่างคือ ประชาชนที่อาศัยในเขตพื้นที่บ้านปากสระ ตำบลนาเคียน อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรเครซีและมอร์แกน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 279 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) ส่วนพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 โดยประยุกต์จากมาตรการ D-M-H-T-T (กรมควบคุมโรค, 2565) ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นลักษณะข้อคำถามปลายเปิดและปลายปิด

ส่วนที่ 2 การรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค 5 ข้อ การรับรู้ความรุนแรงของโรค 5 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรค 5 ข้อ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประยุกต์มาจาก Department of Disease Control. (2020). โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ

3.67-5.00 หมายถึง การรับรู้ของบุคคล อยู่ในระดับดีมาก

2.34-3.66 หมายถึง การรับรู้ของบุคคล อยู่ในระดับดีปานกลาง

1.00-2.33 หมายถึง การรับรู้ของบุคคล อยู่ในระดับน้อย

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด -19 จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ประยุกต์มาจาก Department of Disease Control. (2020). โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ

3.67-5.00 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด -19 อยู่ในระดับดีมาก

2.34-3.66 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด -19 อยู่ในระดับดีปานกลาง

1.00-2.33 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด -19 อยู่ในระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยลงพื้นที่ตำบลบ้านปากสระ ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประสานงานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ขอความร่วมมือ ในการเก็บแบบสอบถาม กับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ จากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 279 คน โดยใช้เวลาเก็บข้อมูล 1 สัปดาห์ หลังจากเก็บข้อมูลเสร็จแล้วผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมดมาตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลมาวิเคราะห์และประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปคอมพิวเตอร์ ซึ่งจะมีการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1.วิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนในเขตพื้นที่บ้านปากสระ ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราชใช้สถิติอะไร

2.วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนในเขตพื้นที่บ้านปากสระ ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ใช้สถิติอะไร

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองพิจารณาโครงร่างวิจัยจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเฉลิมกาญจนา ในวันที่ 09 สิงหาคม 2565 หมายเลขโครงการ 0001/2565

ผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนในเขตพื้นที่บ้านปากสระ ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 จำนวน 279 คน

ระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเอง	จำนวน	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)
ระดับน้อย	20	7.1	1.6975	0.4253
ระดับปานกลาง	66	23.7	3.0724	0.3956
ระดับดีมาก	193	69.2	4.3909	0.3951

จากตารางที่ 1 พบว่าประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 279 คน ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 193 คน คิดเป็นร้อยละ 69.2 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนเท่ากับ 1.6975 คะแนน และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.4253

รองลงมา คือ มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 23.7 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนเท่ากับ 3.0724 คะแนน และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.3956

และมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 อยู่ในระดับน้อย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 7.1 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยมีค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนอยู่ที่ 4.3909 คะแนน และมีค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.3951

ตาราง 2 ผลการศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

ปัจจัย	พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19						χ^2	df	p-value
	ระดับน้อยมาก		ระดับปานกลาง		ระดับดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
1. เพศ							28.07	3	0.000*
ชาย	5	1.79	18	6.45	115	41.22			
หญิง	15	5.38	48	17.20	78	27.96			
2. อายุ							34.17	24	0.082
20-40 ปี	5	1.79	32	11.47	112	40.14			
41-60 ปี	7	2.51	22	7.89	80	28.67			
61 ปีขึ้นไป	3	1.08	6	2.15	12	4.30			

พฤติกรรมกำรป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19							x ²	df	p-value
ปัจจัย	ระดับน้อยมาก		ระดับปานกลาง		ระดับดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
3. สถานภาพสมรส							9.07	9	0.431
โสด	5	1.79	19	6.81	39	13.98			
สมรส	10	3.58	28	10.04	118	42.29			
หม้าย	2	0.72	11	3.94	19	6.81			
หย่าร้าง/ แยกกันอยู่	3	1.08	8	2.87	17	6.09			
4. ระดับการศึกษา							34.59	18	0.011*
ไม่ได้เรียน	1	0.36	6	2.15	32	11.47			
ประถมศึกษา	7	2.51	13	4.66	46	16.49			
มัธยมศึกษา	6	2.15	28	10.04	64	22.94			
ปวช.	2	0.72	1	0.36	9	3.23			
ปวส.	1	0.36	6	2.15	21	7.53			
อนุปริญญา	1	0.36	6	2.15	9	3.23			
ปริญญาตรี	2	0.72	6	2.15	12	4.30			
5. การประกอบอาชีพ							22.81	18	0.198
ไม่ได้ทำงาน	5	1.79	8	2.87	24	8.60			
เกษตรกร	1	0.36	10	3.58	27	9.68			
รับราชการ	4	1.43	7	2.51	26	9.32			
ค้าขาย	3	1.08	11	3.94	19	6.81			
รับจ้าง	6	2.15	23	8.24	90	32.26			
ธุรกิจส่วนตัว	0	0.00	7	2.51	7	2.51			
อื่นๆ	1	0.36	0	0.00	0	0.00			
6. รายได้ต่อเดือน							29.35	15	0.014*
ไม่มีรายได้	9	3.23	11	3.94	25	8.96			
< 5,000 บาท	3	1.08	13	4.66	17	6.09			
5,001-10,000 บาท	8	2.87	29	10.39	110	39.43			
> 10,000 บาท	0	0.00	13	4.66	41	14.70			
7. การได้รับข้อมูลข่าวสาร							12.06	21	0.938
Facebook	10	3.58	30	10.75	73	26.16			
เว็บ	1	0.36	1	0.36	3	1.08			
โทรทัศน์	7	2.51	20	7.17	82	29.39			
วิทยุ	2	0.72	13	4.66	29	10.39			

พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19							χ^2	df	p-value
ปัจจัย	ระดับน้อยมาก		ระดับปานกลาง		ระดับดี				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
หนังสือพิมพ์	0	0.00	0	0.00	1	0.36			
แพทย์/พยาบาล	0	0.00	0	0.00	3	1.08			
อื่นๆ	0	0.00	1	0.36	3	1.08			
8. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค							16.43	3	0.001*
ระดับปานกลาง	8	2.87	31	11.11	43	15.41			
ระดับมาก	12	4.30	35	12.54	150	53.76			
9. การรับรู้ความรุนแรงของโรค							28.484	9	0.001*
ระดับปานกลาง	5	1.79	11	3.94	13	4.66			
ระดับมาก	15	5.38	55	19.71	180	64.52			
10. การรับรู้ประโยชน์							16.389	12	0.011*
ระดับปานกลาง	8	2.87	29	10.39	46	16.49			
ระดับมาก	12	4.30	37	13.26	147	52.69			
11. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค							26.257	9	0.002*
ระดับปานกลาง	3	1.08	3	1.08	15	5.38			
ระดับมาก	17	6.09	63	22.58	178	63.80			

จากการศึกษาปัจจัยความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 (ตาราง 2) ของกลุ่มตัวอย่างประชากรที่มีอายุระหว่าง 20-60 ปี จำนวน 279 คน ในพื้นที่บ้านปากสระ ตำบลนาเคียน อำเภอมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า

1. เพศของผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ แบ่งเป็นเพศหญิงจำนวนทั้งสิ้น 138 คน มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 5 คน ระดับปานกลาง จำนวน 18 คน และระดับดี จำนวน 115 คน คิดเป็นร้อยละ 1.79 6.45 และ 41.22 ตามลำดับ และเพศชายจำนวนทั้งสิ้น 141 คน มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 15 คน ระดับปานกลาง จำนวน 48 คน และระดับดี จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 5.38 17.20 และ 27.96 ตามลำดับ โดยมีค่า χ^2 เท่ากับ 28.07 ค่า df เท่ากับ 3 และค่า p-value เท่ากับ 0.000

2. อายุของผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ แบ่งเป็นอายุ 20-40 ปีจำนวนทั้งสิ้น 149 คน มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 5 คน ระดับปานกลาง จำนวน 32 คน และระดับดี จำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 1.79 11.47 และ 40.14 ตามลำดับ อายุ 40-60 ปีจำนวนทั้งสิ้น 109 คน มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 7 คน ระดับปานกลาง จำนวน 22 คน และระดับดี จำนวน 80 คน คิดเป็นร้อยละ 2.51 7.89 และ 28.67 ตามลำดับ และอายุ 61 ปีขึ้นไปจำนวนทั้งสิ้น 21 คน มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 3 คน ระดับปานกลาง จำนวน 6 คน และระดับดี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 1.08 2.15 และ 4.31 ตามลำดับ โดยมีค่า χ^2 เท่ากับ 34.17 ค่า df เท่ากับ 24 และค่า p-value เท่ากับ 0.082

3. สถานภาพการสมรสของผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี แบ่งเป็นสถานภาพโสดจำนวนทั้งสิ้น 63 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 5 คน ระดับปานกลาง จำนวน 19 คน และระดับดี จำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 1.79 6.81 และ 13.98 ตามลำดับ สถานภาพสมรสจำนวนทั้งสิ้น 156 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 10 คน ระดับปานกลาง จำนวน 28 คน และระดับดี จำนวน 118 คน คิดเป็นร้อยละ 3.58 10.04 และ 42.29 ตามลำดับ สถานภาพหม้ายจำนวนทั้งสิ้น 32 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 2 คน ระดับปานกลาง จำนวน 11 คน และระดับดี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 0.72 3.94 และ 6.81 ตามลำดับ และสถานภาพหย่าร้าง/แยกกันอยู่ จำนวนทั้งสิ้น 28 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 3 คน ระดับปานกลาง จำนวน 8 คน และระดับดี จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 1.08 2.87 และ 6.09 ตามลำดับ โดยมีค่า χ^2 เท่ากับ 9.07 ค่า df เท่ากับ 9 และค่า p-value เท่ากับ 0.431

4. ระดับการศึกษาของผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี แบ่งเป็นไม่ได้เรียนจำนวนทั้งสิ้น 39 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 1 คน ระดับปานกลาง จำนวน 6 คน และระดับดี จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 0.36 2.15 และ 11.47 ตามลำดับ ประถมศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 66 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 7 คน ระดับปานกลาง จำนวน 13 คน และระดับดี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 2.51 4.65 และ 16.49 ตามลำดับ มัธยมศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 98 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 6 คน ระดับปานกลาง จำนวน 28 คน และระดับดี จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 2.15 10.04 และ 22.94 ตามลำดับ ปวช.จำนวนทั้งสิ้น 12 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 2 คน ระดับปานกลาง จำนวน 1 คน และระดับดี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 0.72 0.36 และ 3.23 ตามลำดับ ปวส.จำนวนทั้งสิ้น 28 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 1 คน ระดับปานกลาง จำนวน 6 คน และระดับดี จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 0.36 2.15 และ 7.53 ตามลำดับ อนุปริญญาจำนวนทั้งสิ้น 16 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 1 คน ระดับปานกลาง จำนวน 6 คน และระดับดี จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 0.36 2.15 และ 3.23 ตามลำดับ และปริญญาจำนวนทั้งสิ้น 20 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 2 คน ระดับปานกลาง จำนวน 6 คน และระดับดี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 0.72 2.15 และ 4.30 ตามลำดับ โดยมีค่า χ^2 เท่ากับ 34.59 ค่า df เท่ากับ 18 และค่า p-value เท่ากับ 0.011

5. การประกอบอาชีพของผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี แบ่งเป็นไม่ได้ทำงานจำนวนทั้งสิ้น 37 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 5 คน ระดับปานกลาง จำนวน 8 คน และระดับดี จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 1.79 2.87 และ 8.60 ตามลำดับ เกษตรกรจำนวนทั้งสิ้น 38 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 1 คน ระดับปานกลาง จำนวน 10 คน และระดับดี จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 0.36 3.58 และ 9.68 ตามลำดับ รับราชการจำนวนทั้งสิ้น 37 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 4 คน ระดับปานกลาง จำนวน 7 คน และระดับดี จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 1.43 2.51 และ 9.32 ตามลำดับ ค้าขายจำนวนทั้งสิ้น 33 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 3 คน ระดับปานกลาง จำนวน 11 คน และระดับดี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 1.08 3.94 และ 6.81 ตามลำดับ รับจ้างจำนวนทั้งสิ้น 119 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 6 คน ระดับปานกลาง จำนวน 23 คน

และระดับดี จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 2.15 8.24 และ 32.26 ตามลำดับ ธุรกิจส่วนตัวจำนวนทั้งสิ้น 14 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 0 คน ระดับปานกลาง จำนวน 7 คน และระดับดี จำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 0.00 2.51 และ 2.51 ตามลำดับ และอื่น ๆ จำนวนทั้งสิ้น 1 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 1 คน ระดับปานกลาง จำนวน 0 คน และระดับดี จำนวน 0 คน คิดเป็นร้อยละ 0.36 0.00 และ 0.00 ตามลำดับ โดยมีค่า χ^2 เท่ากับ 22.81 ค่า df เท่ากับ 18 และค่า p-value เท่ากับ 0.198

6. รายได้ต่อเดือนจากการประกอบอาชีพ p-value เท่ากับ 0.0147. การได้รับข้อมูลข่าวสารของผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ แบ่งเป็นทาง Facebook จำนวนทั้งสิ้น 113 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 10 คน ระดับปานกลาง จำนวน 30 คน และระดับดี จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 3.58 10.75 และ 26.16 ตามลำดับ ทางเว็บจำนวนทั้งสิ้น 5 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 1 คน ระดับปานกลาง จำนวน 1 คน และระดับดี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.36 0.36 และ 1.08 ตามลำดับ ทางโทรทัศน์จำนวนทั้งสิ้น 109 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 7 คน ระดับปานกลาง จำนวน 20 คน และระดับดี จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 2.51 7.17 และ 29.39 ตามลำดับ ทางวิทยุจำนวนทั้งสิ้น 33 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 3 คน ระดับปานกลาง จำนวน 11 คน และระดับดี จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 1.08 3.94 และ 6.81 ตามลำดับ ทางหนังสือพิมพ์จำนวนทั้งสิ้น 119 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 6 คน ระดับปานกลาง จำนวน 23 คน และระดับดี จำนวน 90 คน คิดเป็นร้อยละ 2.15 8.24 และ 32.26 ตามลำดับ จากแพทย์-พยาบาลจำนวนทั้งสิ้น 3 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 0 คน ระดับปานกลาง จำนวน 0 คน และระดับดี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.00 0.00 และ 1.08 ตามลำดับ และอื่น ๆ จำนวนทั้งสิ้น 4 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 0 คน ระดับปานกลาง จำนวน 1 คน และระดับดี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 0.00 0.36 และ 1.08 ตามลำดับ โดยมีค่า χ^2 เท่ากับ 12.06 ค่า df เท่ากับ 21 และค่า p-value เท่ากับ 0.938

7. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ แบ่งเป็นระดับปานกลางจำนวนทั้งสิ้น 82 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 8 คน ระดับปานกลาง จำนวน 31 คน และระดับดี จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 2.87 11.11 และ 15.41 ตามลำดับ และระดับมากจำนวนทั้งสิ้น 197 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 12 คน ระดับปานกลาง จำนวน 35 คน และระดับดี จำนวน 150 คน คิดเป็นร้อยละ 4.30 12.54 และ 53.76 ตามลำดับ โดยมีค่า χ^2 เท่ากับ 16.43 ค่า df เท่ากับ 3 และค่า p-value เท่ากับ 0.001

8. การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคของผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ แบ่งเป็นระดับปานกลางจำนวนทั้งสิ้น 29 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 5 คน ระดับปานกลาง จำนวน 11 คน และระดับดี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 1.79 3.94 และ 4.66 ตามลำดับ และระดับมากจำนวนทั้งสิ้น 250 คน มีพฤติกรรมການป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 15 คน ระดับปานกลาง จำนวน 55 คน และระดับดี จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 5.38 19.71 และ 64.52 ตามลำดับ โดยมีค่า χ^2 เท่ากับ 28.484 ค่า df เท่ากับ 9 และค่า p-value เท่ากับ 0.001

9. การรับรู้ถึงประโยชน์ของผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี แบ่งเป็นระดับปานกลางจำนวนทั้งสิ้น 83 คน มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 8 คน ระดับปานกลาง จำนวน 29 คน และระดับดี จำนวน 46 คน คิดเป็นร้อยละ 2.87 10.39 และ 16.49 ตามลำดับ และระดับมากจำนวนทั้งสิ้น 196 คน มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 12 คน ระดับปานกลาง จำนวน 37 คน และระดับดี จำนวน 147 คน คิดเป็นร้อยละ 4.30 13.26 และ 52.69 ตามลำดับ โดยมีค่า χ^2 เท่ากับ 16.389 ค่า df เท่ากับ 12 และค่า p-value เท่ากับ 0.011

10. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคของผู้ตอบแบบสอบถามในครั้งนี แบ่งเป็นระดับปานกลางจำนวนทั้งสิ้น 29 คน มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 5 คน ระดับปานกลาง จำนวน 11 คน และระดับดี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 1.08 1.08 และ 5.38 ตามลำดับ และระดับมากจำนวนทั้งสิ้น 258 คน มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ในระดับน้อยมาก จำนวน 17 คน ระดับปานกลาง จำนวน 63 คน และระดับดี จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 6.09 22.58 และ 63.80 ตามลำดับ โดยมีค่า χ^2 เท่ากับ 26.257 ค่า df เท่ากับ 9 และค่า p-value เท่ากับ 0.002

และจากตาราง 2 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 (ค่า p-value น้อยกว่า 0.05) ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรคการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนปัจจัยด้านอายุ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ และการได้รับข้อมูลข่าวสาร ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19

อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

1. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 69.2 สอดคล้องกับการศึกษาของบุศณี มุจรินทร์ และคณะ (2563) จันทิมา ท้าวหาญ และพรรณวดี ขาจริง (2563) และดรัญชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา (2564) ที่พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับดี แต่แตกต่างจากการศึกษาของวิชัยและณรงค์ (2564) ที่พบว่าประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลางร้อยละ 50.0 ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากการแพร่ระบาดที่ยาวนาน เป็นการระบาดต่อเนื่องมาสามระลอก ทำให้ประชาชนตื่นตัวให้ความสำคัญกับพฤติกรรมป้องกันตนเอง ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นวิถีชีวิตใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของทงศักดิ์ และคณะ (2563) ที่พบว่าการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโควิด-19 ทำให้พฤติกรรมและวิถีชีวิตของคนไทยเปลี่ยนไป เนื่องจากต้องปรับตัวให้อยู่รอดในสภาพแวดล้อมทางสังคมและเศรษฐกิจรูปแบบใหม่ให้ได้ ไม่ว่าจะเป็นด้านการงาน ด้านการเรียน และด้านธุรกิจ ที่จะถูกกระตุ้นให้เกิดการก้าวกระโดดต่อการใช้งานเทคโนโลยี และอาจเนื่องมาจากระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทยมีประสิทธิภาพ มีการเผยแพร่แนวทางปฏิบัติการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ให้ประชาชนทราบ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ช่วยดูแลและขับเคลื่อนให้ ประชาชนปฏิบัติตามมาตรการของรัฐอย่างเคร่งครัด

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 สามารถอธิบายได้ ดังนี้

2.1 ด้านปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ได้แก่

ด้านเพศ พบว่า เพศชายมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ที่ดีกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬารรรณ ใจแสน (2563) ที่ได้ทำการศึกษารื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของพนักงานสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งพบว่าเพศชายและเพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 แต่แตกต่างจากการศึกษาของบุญประจักษ์ จันทรวิน และคณะ (2565) ที่ได้ทำการศึกษารื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนในพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัดนครราชสีมา และดาร์รัตน์ พูลศรี และคณะ (2565) ที่ได้ทำการศึกษารื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ ตำบลบ้านกลาง อำเภอมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี ซึ่งพบว่า เพศไม่ได้มีผลต่อความตระหนักของตนเอง หรือการแสดงออก พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 เนื่องจากทั้งเพศหญิง และเพศชายมีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับที่ใกล้เคียงกัน อาจจะแตกต่างกันบ้างในบางบุคคล ซึ่งขึ้นอยู่กับพฤติกรรมส่วนตัวของบุคคลนั้น ๆ

ส่วนด้านระดับการศึกษา พบว่าประชาชนที่เข้าถึงการศึกษาจะมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ดีกว่าประชาชนที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษาลงมา อาจจะเป็นเพราะว่าผู้ที่เข้าถึงการศึกษาสามารถที่จะรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ได้เร็วกว่า เนื่องจากมีความคล่องตัวในเรื่องเทคโนโลยี ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารผ่าน Facebook คิดเป็นร้อยละ 40.5 และมีผลกระทบเกี่ยวกับการเรียนโดยตรงกว่าผู้ที่จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ซึ่งจะต้องทำงานเพื่อหารายได้มาใช้จ่ายในครอบครัวถึงแม้ว่ารายได้จะลดลงในช่วงการระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 ที่เหมาะสมและเคร่งครัดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของภคณัฐ วีระขจร และคณะ (2563) ที่พบว่า กำลังพลที่ปฏิบัติงานสายการแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์จังหวัดชายแดนใต้ ที่มีการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป มีพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 มากกว่ากำลังพลที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สรรพ ใญ่มนุษย์ (2564) ที่พบว่า การศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อ.กงไกรลาศ จ.สุโขทัย

และด้านรายได้ พบว่า บุคคลที่มีรายได้อยู่ในระดับปานกลาง (ตั้งแต่ 5,001-10,000 บาท) มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ที่ดีที่สุด สอดคล้องกับงานวิจัยของวรวิญญา บุญซ้อน (2558) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปาก ของมารดาเด็ก โรงเรียนอนุบาลแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ พบว่า ด้านรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคมือเท้าปาก โดยมารดาที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวแตกต่างกันมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนที่แตกต่างกัน แต่ทั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของจุฬารรรณ ใจแสน (2563) ที่ได้ทำการศึกษารื่อง พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของพนักงานสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ โดยพบว่าการมีรายได้ที่ต่างกัน มีพฤติกรรมป้องกันโรค COVID-19 โดยรวมไม่ต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยมีความเห็นว่าการป้องกันโรค COVID-19 นั้นอุปกรณ์ที่ให้การป้องกันโรคมีเพียงหน้ากากอนามัยและเจลแอลกอฮอล์ล้างมือ หรือสบู่ล้างมือ ซึ่งราคาไม่แพงสามารถหาซื้อเพื่อมาใช้ป้องกันโรค COVID-19 ได้การรักษาระยะห่างก็สามารถปฏิบัติได้ ดังนั้นความแตกต่างทางด้านรายได้ไม่ได้เป็นอุปสรรคต่อป้องกันโรค COVID-19

2.2 ปัจจัยด้านการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 พบว่า ระดับการรับรู้ของบุคคลเมื่อแยกเป็นรายด้าน ได้แก่ ด้านการรับรู้อุปสรรค ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรค ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง และด้านการรับรู้ประโยชน์ ส่วนใหญ่ประชาชนจะมีการรับรู้อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 92.5 89.6 70.6 และ 70.3 ตามลำดับ อาจจะเป็นเพราะว่า ทางคณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทั้งระดับประเทศและจังหวัด มีการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับโรคโควิด-19 อย่างต่อเนื่อง ทำให้ประชาชนทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นไปตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) ที่ได้กล่าวไว้ว่า หากบุคคลมีความเชื่อที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ จะหลีกเลี่ยงการเป็นโรคโดยการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค และรักษาสุขภาพ

3. ส่วนปัจจัย ด้าน อายุ สถานภาพสมรส การประกอบอาชีพ และการได้รับข้อมูลข่าวสารนั้น ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 เนื่องจาก มีค่า p-value มากกว่า 0.05

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำผลการวิจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนในพื้นที่บ้านปากประ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรค ไปเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ประชาชนรู้จักป้องกันตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

2. นำผลการวิจัยมาประยุกต์เป็นรูปแบบการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ที่ถูกต้อง ตามลักษณะปัจจัยต่างๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาแบบการเฝ้าระวังโรคในชุมชน ให้มีมาตรการที่เกิดจากประชาชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในชุมชน เพื่อการเฝ้าระวังโรคในชุมชนที่มีประสิทธิภาพและเกิดความยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะที่ดี ขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรด้านสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และประชากรกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ ตำบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ทุก ๆ ท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

รายการอ้างอิง

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นเมื่อ 30 สิงหาคม 2565. จาก <https://data.go.th/dataset/covid-19-daily>.
จันทิมา ห้าวหาญ และพรณวดี ขาจริง. (2563). ความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด-19(COVID-19) ของประชาชนในจังหวัดภูเก็ต. นวัตกรรมทางสังคมของชุมชนในยุคของการเปลี่ยนแปลงโลกท่ามกลางวิกฤตโควิด-19. วารสารวิชาการระดับชาติครั้งที่ 11 ปีการศึกษา 2563, 169-178.

- จุฬารรรณ ใจแสน. (2563). พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของพนักงานสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. ในวิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิตสาขาวิชาการเงินและการธนาคาร. มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- ปริญญาชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. (2564). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารศรีนครินทร์เวชสาร*, 36(5), 597-604.
- ดารารัตน์ พูลศรี, อรสา หิรัญรวง และวัชรภรณ์ณนแสน (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจาก โรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ หมู่ที่ 1 บ้านทุ่งตาล ตำบลบ้านกลาง อำเภอเมืองปทุมธานี จังหวัดปทุมธานี. *วารสาร สาธารณสุข และ สังคมวิทยา*, 1(2), 1-10.
- ทองศักดิ์ แสงสว่างวัฒนะ, ณิชนันท์ ศิริไสยาสน์ และโชติ บดีรัฐ. (2563). “New Normal” วิถีชีวิตใหม่และการปรับตัวของคน ไทยหลังโควิด-19: การงาน การเรียน และธุรกิจ. *วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น*, 3(7), 371-386.
- บุญประจักษ์ จันทรวิน, จิภาภรณ์ ยกอิน, ภัทราภรณ์ เต็งโรจน์ภาพร และวัลลภา ดิษสระ. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคโควิด-19 ของประชาชนพื้นที่สีแดงเข้ม จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน*. 4(1), 1-14.
- บุศณี มุจรินทร์, ประเสริฐ ประสมรักษ์และสำราญ เหล็กงาม. (2563). พฤติกรรมการป้องกันตนเอง ความเครียดและการเผชิญ ความเครียดในภาวะวิกฤติด้านสุขภาพจากการแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ในจังหวัด อำนาจเจริญ. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 8(6), 413-424.
- ประเสริฐศักดิ์ โพธิ์ทอง. (2565). ผลกระทบของการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา-19 ต่อพฤติกรรมผู้บริโภคที่เปลี่ยนไป. *Journal of Management Science Review*, 24(3), 263-273.
- ภคณัฐ วีระขจร, โชคชัย ขวัญพิชิต, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, และ นกษา สิงห์วีระธรรม. (2563). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของกำลังพลที่ปฏิบัติงานสายแพทย์ ศูนย์อำนวยการแพทย์ จังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(3), 106-117.
- วรัญญา บุญซ้อน. (2558). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคมือเท้าปากของมารดาเด็กโรงเรียนอนุบาลแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. *โครงการวิจัย หน่วยงานงานส่งเสริมสุขภาพ, โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ*
- วิชัย เทียนถาวร และณรงค์ ใจเที่ยง. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มวัยเรียน มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 126-137.
- ศูนย์ข้อมูล covid-19 , 2565. รายงานสถานการณ์โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สืบค้นเมื่อ 30 สิงหาคม 2565. จาก <https://covid19.nrct.go.th/daily-report-30-aug-2022>.
- สรุณี เอี่ยมนุ้ย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด - 19 อำเภอองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา*. 1(2), 5-14.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). The Health Belief Model: Origins and Correlation in Psychological Theory. *Health Education Monography*, 2. Winter, 336-385.

- 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)
- Sriwilai, S., & Thongsri, R. (2021). *The Effects of the Spread of COVID-19 Pandemic on Thai Tourism*. *Journal of Legal Entity Management and Local Innovation*, 7(8), 405-416.
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly*, 15(2), 175-183.
- World Health Organization (WHO). (2021). *Coronavirus (COVID-19) Dashboard Measures*. Retrieved August 30, 2021. <https://covid19.who.int/measures>.
- Journal of Public Health and Sociology*, 1(2),

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างนักศึกษา
สถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ
Comparing E-Cigarette Smoking Behaviors and Purchasing Decisions among Students
between Vocational Institutes in Urban and Suburban Areas,
Amnat Charoen Province

สุรรัตน์ บุญแดง^{1*}, นรินทร์ธร สายกระโทก¹, ปิยะธิดา มาสุข¹, ประเสริฐ ประสมรักษ์¹,
ศิริกานต์ ทองดี¹, อุไรวรรณ กุมภีโร²

Sureerat Boontaeng^{1*}, Narinthon Saikrathok¹, Piyatida Masuk¹, Prasert Prasomruk¹,
Sirikan Thongdee¹, Uraiwan Kumphiro²

มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ¹, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ²
Mahidol University, Amnatcharoen Campus¹, Amnatcharoen Provincial Public Health Office²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ และเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า และการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างนักศึกษาศาสนาอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมืองจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 191 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .90 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน Chi-square Test for independent

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในเขตเมืองและนอกเขตเมืองมีลักษณะทั่วไปคล้ายกันคือ เพศชาย อายุ 17 ปี รายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครอง 3,600 บาทต่อเดือน มีผู้ที่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 66.0 และ 48.7 ตามลำดับ ไม่มีบุคคลในครอบครัวที่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 79.1 และ 51.3 ตามลำดับ มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 87.4 และ 42.9 ตามลำดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาศาสนาอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง พบว่า มีระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าโดยรวมทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับต่ำร้อยละ 50.6 และร้อยละ 49.4 ตามลำดับและเมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้า พบว่าการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างนักศึกษาศาสนาอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง ไม่แตกต่างกัน

ดังนั้น หน่วยงานทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็น กรมควบคุมโรค สำนักงานคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค บุคลากรสุขภาพ ครูและโรงเรียนควรตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาในด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาในสถาบันอาชีวศึกษา โดยนำผลการศึกษาที่ได้จากการเก็บข้อมูลไปใช้ในการวางแผนและส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพื่อลดอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่มมากขึ้น และสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมต่างๆ เพื่อให้เหมาะสมกับบุคคลที่ต้องการลดบุหรี่ไฟฟ้า

คำสำคัญ : พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า, การตัดสินใจ, บุหรี่ไฟฟ้า, นักศึกษาศาสนาอาชีวศึกษา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: sureerat.bon@student.mahidol.edu)

Abstract

This comparative descriptive research aimed to study e-cigarette smoking behaviors and purchasing decisions and also comparing e-cigarette smoking behaviors and purchasing decisions among students between vocational institutes in urban and suburban areas, Amnat Charoen province. Participants were 191 vocational students in urban and suburban areas selected by multi-stage sampling. Questionnaires were used to collect data including personal information, e-cigarette smoking behaviors and purchasing decisions with the reliability of .90. Data were analyzed by descriptive statistics and Chi-square Test of independent.

The results revealed that most participants in both areas had similar personal information showing as males aged 17 years old, having income received from parents 3,600 baht per month, using e-cigarette before (66% and 48.7% respectively), having no family member using e-cigarette (79.1% and 51.3% respectively), and having close friends using e-cigarette (87.4% and 42.9% respectively). E-cigarette smoking behaviors and purchasing decisions of students in both areas were at low levels (50.6% and 49.4% respectively). When comparing e-cigarette smoking behaviors of students in both area, there were significant difference ($p < 0.001$), but their purchasing decisions were not different.

Therefore, the relevant organizations including Department of Disease Control, Office of the Consumer Protection Board, health personnel, teachers and schools should recognize the importance of e-cigarette smoking behavior problem of vocational students and apply the results of this study to plan and promote for adjusting and decreasing e-cigarette smoking behaviors in vocational students. In addition, the results of this study could be applied for developing programs for others to decrease e-cigarette smoking.

Keyword : e-cigarette smoking behaviors, decision-making, e-cigarette, vocational students

บทนำ

ปัจจุบันบุหรี่ไฟฟ้าได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย จากการสำรวจของสำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ พบว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักเรียนไทยอายุ 13 -15 ปี ร้อยละ 3.3 ในปี พ.ศ. 2558 ของเยาวชนไทยสูบบุหรี่ไฟฟ้าจำแนกเป็น เยาวชนชาย ร้อยละ 4.7 และเยาวชนหญิง ร้อยละ 1.9 และในปี 2564 มีการเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 8.1 (ศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ, 2565) จากการสำรวจระดับชาติเกี่ยวกับการใช้บุหรี่ไฟฟ้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในเยาวชนไทยในสถานศึกษา ปี 2564 โดยสำรวจการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มเสี่ยงสูง (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2565) เป็นกลุ่มเยาวชนอายุ 15 – 24 ปี จำนวน 12,948 คน พบภาพรวมความชุกของการใช้บุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 3.4 จำแนกเป็นผู้สูบบุหรี่มวนร้อยละ 4.2 เป็นผู้สูบบุหรี่มวนและบุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 2.4 เมื่อจำแนกเป็นแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย พบว่าภาพรวมความชุกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 3.6 ซึ่งพบมากเป็นอันดับสาม รองจากภาคเหนือและกรุงเทพมหานครและปริมณฑลซึ่งพบร้อยละ 4.6 และ 4.1 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษา พบว่านักศึกษาอาชีวศึกษามีภาพรวมความชุกมากที่สุดถึง ร้อยละ 4.2 เมื่อเทียบกับระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายซึ่งพบเพียง ร้อยละ 1.6 และมีสัดส่วนผู้หญิงสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้น 3.6 เท่า

การใช้บุหรี่ไฟฟ้าส่งผลให้เกิดโรคปอด (ศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ, 2562) จากรายงานศูนย์วิจัยและการจัดการความรู้เพื่อควบคุมยาสูบ ในปี 2562 ประเทศไทยพบผู้ป่วยเป็นโรคปอดอักเสบจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าโดยมีอาการหอบเหนื่อย อ่อนเพลีย มีไข้และเจ็บหน้าอก ปัจจุบันยังมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า โดยคิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่มีอันตราย โดยคิดว่าควัน ไอละอองจากบุหรี่ไฟฟ้าเป็นเพียงละอองน้ำ มีกลิ่นหอม ในความเป็นจริงไอละอองจากควันบุหรี่มีขนาดเล็กกว่าฝุ่น PM 2.5 มีสารเคมีที่เป็นอันตราย โลหะหนักที่เป็นพิษ เช่น นิกเกิล ดีบุก ตะกั่ว ซึ่งอาจมาจากน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า มีฤทธิ์ทำลายเยื่อหลอดลมสามารถแทรกซึมเข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดการอักเสบของเนื้อเยื่อปอด และระบบไหลเวียนโลหิตได้

สื่อสังคมออนไลน์มีบทบาทอย่างมากในการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของประชาชนจากการศึกษาของ Dawkin, Turner, และ Soar (2013) พบว่าอินเทอร์เน็ตเป็นช่องทางหลักที่ทำให้บุหรี่ไฟฟ้าเป็นที่รู้จัก โดยผล การสำรวจของ Dawkin พบว่าร้อยละ 41 รู้จักบุหรี่ไฟฟ้าผ่านทางสื่อออนไลน์และอินเทอร์เน็ต โดยถ้าเข้าชม เกือบทุกวัน มีโอกาสใช้บุหรี่ไฟฟ้าร้อยละ 3.7 และโอกาสใช้บุหรี่ไฟฟ้ามากกว่า 7.7 เท่าของคนที่ไม่เคยเข้าชม สื่อสังคมออนไลน์ ร้อยละ 35 ได้ยินหรือได้รับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าจากคนในครอบครัว เพื่อนหรือคนรู้จัก ขณะที่ ร้อยละ 10 รู้จักบุหรี่ไฟฟ้าจากสื่อต่าง ๆ เช่น ภาพยนตร์ สื่อบันเทิง นิตยสารหรือป้ายโฆษณา และร้อยละ 8 รู้จัก บุหรี่ไฟฟ้าจากการพบเห็นผู้ใช้บุหรี่ไฟฟ้าในที่สาธารณะ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในเยาวชนทั้งปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ อายุ (East et al., 2018; Gerend, Newcomb, Mustanski, 2017) ทักษะคิดต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ความเครียด (Chan et al., 2019) รายได้ (Fauzi, 2014; Lechner et al., 2018; Lee, Grana, Glantz, 2014; White, Li, Newcombe, Walton, 2015) และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความสัมพันธ์กับโรงเรียน การถูกเพื่อนชักชวนให้สูบบุหรี่ (Cho, shin, Moon, 2011) การมีเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่มวน (East et al. 2018; Fauzi, 2014; Jeon et al., 2016; Rennie, Bazillier-Bruneau, Rouesse, 2016; Vogel, Ramo, Rubinstein, 2018; White et al., 2015) การมีเพื่อนหรือบุคคลในครอบครัวที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้า (ศรีรัช ลอยสมุทร, 2562) และการรับรู้

กฎหมายบุหรี่ (ปิยวรรณ บุญเพ็ญ, ภาวนา เมณฑะระ และปิยชาติ บุญเพ็ญ, 2562; ลักษณะ ลักษณวิมล, และคณะ, 2563) สำหรับรายงานเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าของกลุ่มเยาวชนในประเทศไทยพบเพียงการศึกษาเชิงสำรวจ การศึกษาเชิงคุณภาพและการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์รวมถึงปัจจัยการพยากรณ์การสูบบุหรี่ในเยาวชน ในประเด็นการตัดสินใจซื้อบุหรี่ไฟฟ้าของผู้บริโภคนั้น (วรกิจ คาโคชาว่า, 2559) ผู้สูบบุหรี่มีความคิดที่จะเลิกบุหรี่ แต่ไม่สามารถเลิกได้ จึงต้องการหาสินค้าทดแทนที่อันตรายน้อยกว่าโดยไม่สูญเสียรสชาติและอารมณ์ ส่วนในกรณีผู้ที่ไม่เคยมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ตัดสินใจซื้อจากความทันสมัย ตามเพื่อนในกลุ่ม โดยมีความมั่นใจในบุหรี่ไฟฟ้าว่าปลอดภัยกว่า สะอาดกว่า มีกลิ่นที่หอมกว่าการสูบบุหรี่ธรรมดา

อย่างไรก็ตามที่ผ่านมา ยังไม่มีการศึกษาการเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมืองจังหวัดอำนาจเจริญที่จะนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและลดอัตราการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มีโอกาสเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเพื่อใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้าที่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

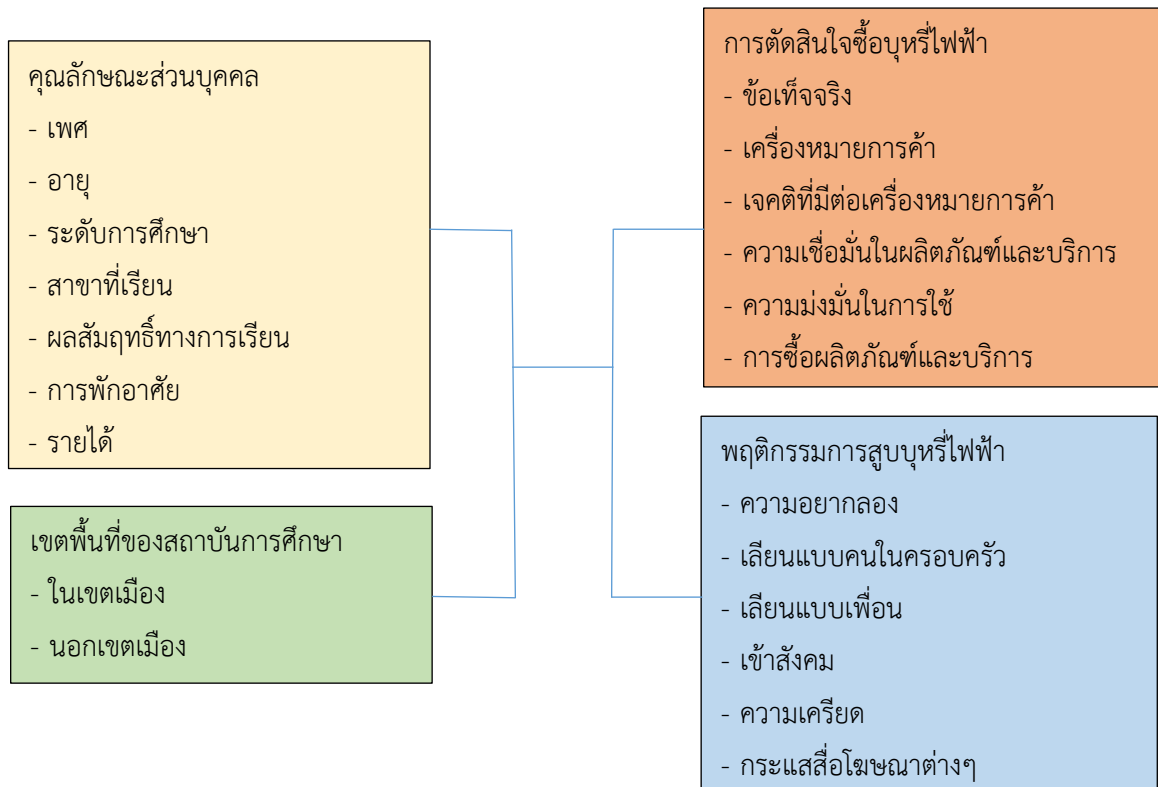
สมมติฐานวิจัย

นักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง จังหวัดอำนาจเจริญมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าที่แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าเกี่ยวข้อง จึงได้นำแนวคิดต่าง ๆ มารวมกัน

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนั้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของ ประกิจ วาทีสาธกิจ และกรองจิต วาทีสาธกิจ (2551) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่ส่งเสริมให้สูบบุหรี่คือ ความอยากลอง เลียนแบบคนในครอบครัว เข้าสังคม ความเครียด และกระแสสื่อโฆษณาต่าง ๆ และการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้า ได้นำทฤษฎีการตัดสินใจใช้ผลิตภัณฑ์และบริการของนักการตลาดชื่อ John Farley และคณะ ซึ่งได้อธิบายว่า การตัดสินใจใช้บริการหรือไม่ ขึ้นอยู่กับ 6 องค์ประกอบ ซึ่งแต่ละองค์ประกอบสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน คือ ข้อเท็จจริง เครื่องหมายการค้า เจตคติที่มีต่อเครื่องหมายการค้า ความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์และบริการ ความมุ่งมั่นในการใช้ การซื้อผลิตภัณฑ์และบริการ



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบเปรียบเทียบ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ในสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมืองจังหวัดอำนาจเจริญ อย่างละ 1 แห่ง คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการ คำนวณจากสูตรการคำนวณประมาณค่าสัดส่วน 2 กลุ่ม อิสระต่อกัน โดยใช้ค่าสัดส่วนจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงที่สุดกับงานวิจัยในครั้งนี้คืองานวิจัยของ รณ บุญเพ็ญ, ภาวนา เมณฑะระ และ ปิยชาติ บุญเพ็ญ และคณะ ที่ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการลดปริมาณการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทย (ภพงค์ พินิจธนภาคย์, และคณะ, 2561) ที่ศึกษาพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมต้องการเลิกบุหรี่ และ ปัจจัย กระบวนการเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เก็บข้อมูล 2 ส่วน โดยการวิจัยเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม ทำการสุ่มแบบหลายขั้นตอนจากนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในกรุงเทพฯ จำนวน 422 คน วิเคราะห์ด้วยสถิติพื้นฐาน การทดสอบไครสแควร์และสมการถ้อยคำ การวิจัยเชิงคุณภาพใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้า จำนวน 15 คน โดยเลือกแบบเจาะจงทำการวิเคราะห์เนื้อหาและนำผลวิจัย 2 ส่วน มาวิเคราะห์สรุปผล

ขั้นตอนที่ 1 ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในการสุ่มสถาบันวิทยาลัยอาชีวศึกษาในเขตเมือง ซึ่งใช้วิธีการจับฉลากแบบไม่ใส่คืน โดยเขียนชื่อสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองอำนาจเจริญทั้ง 4 แห่ง ลงในฉลากแต่ละใบ นำใส่ภาชนะ แล้วหยิบขึ้นมา 1 ใบ โดยไม่ใส่คืน ซึ่งสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองที่ได้ คือ วิทยาลัยเทคนิคอำนาจเจริญ แต่เนื่องจากนอกเขตเทศบาลเมืองอำนาจเจริญมีสถาบันอาชีวศึกษาจำนวน 1 แห่ง คือ วิทยาลัยเทคนิคห้วยตะพาน จึงไม่ได้ใช้วิธีการสุ่มเลือกเขตพื้นที่

ขั้นตอนที่ 2 เนื่องจากมีจำนวนสาขาที่แตกต่างกัน โดยวิทยาลัยเทคนิคอำนาจเจริญของหลักสูตร ปวช. มีจำนวนสาขาทั้งหมด 11 สาขา ซึ่งแตกต่างจากหลักสูตร ปวช. ของวิทยาลัยเทคนิคห้วยตะพานที่มีจำนวนสาขาทั้งหมด 5 สาขา จึงใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบพิจารณา (Judgmental Sampling) เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากที่สุด โดยกำหนดคุณลักษณะเฉพาะเจาะจงสาขาแต่ละกลุ่มไว้ล่วงหน้าอย่างชัดเจน

ขั้นตอนที่ 3 เนื่องจากในแต่ละสาขามีจำนวนนักศึกษาที่แตกต่างกัน จึงทำการสุ่มนักศึกษาด้วยการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic Random Sampling) เรียงตามลำดับรหัสนักศึกษา จากฝ่ายทะเบียนนักศึกษา เพื่อให้ได้ตัวแทนนักศึกษาของแต่ละสาขาจากสถาบันเทคนิคอำนาจเจริญและสถาบันเทคนิคห้วยตะพาน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การสร้างเครื่องมือ ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามและเก็บข้อมูลผ่านระบบออนไลน์ (Google Form) โดยแบบสอบถามแบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สาขาที่เรียน ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน รายได้ การพักอาศัย การสูบบุหรี่ไฟฟ้า การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของบุคคลในครอบครัว การสูบบุหรี่ไฟฟ้าของเพื่อน การเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดแบบตรวจสอบรายการ (Check lists) จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ความอยากลอง เลียนแบบคนในครอบครัว เลียนแบบเพื่อน การเข้าถึงคม ความเครียด และกระแสสื่อโฆษณาต่าง ๆ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ มากที่สุด มากปานกลาง น้อย น้อยที่สุด จำนวน 20 ข้อ เกณฑ์การแปลผล ใช้แนวคิดของดาเนียล (Daniel, 1991) ในการกำหนดเกณฑ์ในการแบ่งและแปลความหมายดังนี้ ระยะห่างระหว่างขั้น = (ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด)/จำนวนขั้น

ความหมายของระดับคะแนน

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้า ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ข้อเท็จจริง จำนวน 4 ข้อ เครื่องหมายการค้า จำนวน 5 ข้อ เจตคติที่มีต่อเครื่องหมายการค้า จำนวน 4 ข้อ ความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์และบริการ จำนวน 4 ข้อ ความมุ่งมั่นในการใช้ จำนวน 5 ข้อ การซื้อผลิตภัณฑ์และบริการ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นอย่างยิ่ง

เกณฑ์การแปลผล

จะแปลความหมายโดยอาศัยแนวคิดของดาเนียล (Daniel, 1991) ในการกำหนดเกณฑ์ ในการแบ่งและแปลความหมายดังนี้ ระยะห่างระหว่างขั้น = (ค่าสูงสุด - ค่าต่ำสุด) / จำนวนขั้น

ความหมายของระดับคะแนน

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง มีการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.67 หมายถึง มีการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง มีการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบตรงของเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญในแต่ละด้านคือ ด้านการพัฒนาสุขภาพชุมชน ด้านโภชนาการ สาธารณสุขและด้านสถิติ ได้ค่าเท่ากับ 0.90 นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดสอบใช้ (Try out) กับกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริงในการวิจัย จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.87 การตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้า มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามวัน เวลา สถานที่ ที่นัดหมายกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แจ้งวัตถุประสงค์ ในการทำวิจัย โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำตอบแบบสอบถามด้วยตนเองทั้งหมดโดยgoogle form ผ่าน Application Line และตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามในแต่ละชุดก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด
2. วิเคราะห์พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมืองจังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-square Test for Independent ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05
3. วิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้า ระหว่างนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมืองจังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้สถิติทดสอบ Chi-square Test for Independent ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการทำวิจัยในครั้งนี้ได้ตามความสมัครใจโดยไม่มีผลกระทบ ต่อผลประโยชน์หรือสิทธิใดๆที่พึงได้รับของกลุ่มตัวอย่างโดยข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิไม่ตอบแบบสอบถามรวมทั้งสามารถยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดก็ได้ของการวิจัย ข้อมูลที่ได้จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้เท่านั้นและนำเสนอวิจัยในภาพรวมจากการได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่างเสมอ นอกจากนี้การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้มีการขออนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอำนาจเจริญตามเอกสารเลขที่ 12/2565

ผลการวิจัย

1. **ข้อมูลส่วนบุคคล** กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมือง ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 17.1 ปี ($SD=1.0$) มีระดับการศึกษา ปวช. ปี 2 ร้อยละ 39.8 สาขาคอมพิวเตอร์ธุรกิจ ร้อยละ 26.7 มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระหว่าง 3.01 – 3.50 ร้อยละ 38.2 อาศัยอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 84.8 รายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครองต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 90.1 ส่วนมากเป็นผู้ที่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 66.0 ไม่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 79.1 และมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 87.4 ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในสถาบันอาชีวศึกษานอกเขตเมือง ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในสถาบันอาชีวศึกษานอกเขตเมือง เป็นเพศชายมีอายุเฉลี่ย 17.1 ($SD=1.1$) มีระดับการศึกษา ปวช. ปี 3 ร้อยละ 60.7 สาขาอิเล็กทรอนิกส์ ร้อยละ 34.6 มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระหว่าง 3.01 – 3.50 ร้อยละ 38.2 อาศัยอยู่ที่บ้าน ร้อยละ 100 รายได้ที่ได้รับจากผู้ปกครองต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 89.0 ส่วนมากเป็นผู้ที่ไม่เคยสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 51.3 ไม่มีบุคคลในครอบครัวสูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 51.3 และไม่มีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ร้อยละ 51.3

2. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ จำแนกตามระดับช่วงคะแนน

ระดับ	ในเขตเมือง		นอกเขตเมือง	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
พฤติกรรมระดับสูง (3.68-5.00)	2	1.0	5	2.6
พฤติกรรมระดับปานกลาง (2.34-3.67)	19	9.9	20	10.5
พฤติกรรมระดับต่ำ (1.00-2.33)	170	89.0	166	86.9

จากตาราง 1 ระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมืองจังหวัดอำนาจเจริญ ในภาพรวมพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 89.0 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 9.9 และระดับสูง ร้อยละ 1.0 ตามลำดับ ส่วนนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษานอกเขตเมือง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 86.9 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.5 และระดับสูง ร้อยละ 2.6 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยของเหตุการณ์ตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าในรายด้านของนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ จำแนกรายด้าน ตามระดับช่วงคะแนน

ด้าน	ในเขตเมือง (จำนวน (ร้อยละ))			นอกเขตเมือง (จำนวน (ร้อยละ))		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
ด้านข้อเท็จจริง	12(6.3)	17(8.9)	162(84.8)	7(3.7)	17(8.9)	167(87.4)
ด้านเครื่องหมายการค้า	9(4.7)	24(12.6)	158(82.7)	10(5.2)	16(8.4)	165(86.4)
ด้านเจตคติต่อ เครื่องหมายการค้า	9(4.7)	18(9.4)	164(85.9)	7(3.7)	17(8.9)	167(87.4)
ด้านความเชื่อมั่นใน ผลิตภัณฑ์และบริการ	4(2.1)	6(3.1)	181(94.8)	5(2.6)	15(7.9)	171(89.5)
ด้านความมุ่งมั่นในการใช้	14(7.3)	12(6.3)	165(86.4)	9(4.7)	14(7.3)	168(88.0)
ด้านการซื้อผลิตภัณฑ์ และบริการ	12(6.3)	11(5.8)	168(88.0)	8(4.2)	18(9.4)	165(86.4)

ตารางที่ 2 การตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า การตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมืองในภาพรวมพบว่า เหตุผลการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมือง และนอกเขตเมืองทุกด้านอยู่ในระดับต่ำ เมื่อเรียงลำดับจากร้อยละมากที่สุดไปยังต่ำสุด 3 ด้าน ตามลำดับดังนี้ ด้านความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์และบริการคิดเป็นร้อยละ 94.8 ด้านการซื้อผลิตภัณฑ์และบริการ ร้อยละ 88 และด้านความมุ่งมั่นในการใช้คิดเป็นร้อยละ 86.4 ส่วนการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษานอกเขตเมือง มีรายละเอียดดังนี้ ด้านความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์และบริการคิดเป็นร้อยละ 89.5 ถัดมาด้านความมุ่งมั่นในการใช้ร้อยละ 88 สุดท้ายคือด้านข้อเท็จจริงและด้านเจตคติที่มีต่อเครื่องหมายการค้าร้อยละ 87.4

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าวระหว่างนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง

ตาราง 3 เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้านักศึกษาสถาบันวิทยาลัยอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ

ตัวแปร	เขตในเมือง		เขตนอกเมือง		X ²	P-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า						
ต่ำ	170	50.6	166	49.4	18.235	0.001
ปานกลางถึงสูง	21	45.7	25	54.3		
การตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้า						
ข้อเท็จจริง						
ต่ำ	162	49.2	167	50.8	2.365	0.669
ปานกลางถึงสูง	29	54.7	24	43.3		
เครื่องหมายการค้า						
ต่ำ	158	48.9	165	51.1	3.182	0.528
ปานกลางถึงสูง	33	55.9	26	44.1		
เจตคติที่มีต่อเครื่องหมายการค้า						
ต่ำ	164	49.5	164	50.5	3.608	0.462
ปานกลางถึงสูง	27	52.9	24	47.1		
ความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์และบริการ						
ต่ำ	181	51.4	171	48.6	5.647	0.227
ปานกลางถึงสูง	10	33.3	20	66.7		
ความมุ่งมั่นในการใช้						
ต่ำ	165	49.5	168	50.5	6.218	0.183
ปานกลางถึงสูง	26	53.1	23	46.9		
การซื้อผลิตภัณฑ์และบริการ						
ต่ำ	168	50.5	165	49.5	2.915	0.572
ปานกลางถึงสูง	23	46.9	26	53.1		

จากตาราง 3 ผลจากการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้า จำแนกตามนักศึกษาสถาบันวิทยาลัยอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมืองพบว่าพฤติกรรมกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 และการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าจากข้อเท็จจริง เครื่องหมายการค้า เจตคติที่มีต่อเครื่องหมายการค้า ความเชื่อมั่นในผลิตภัณฑ์และบริการ ความมุ่งมั่นในการใช้ การซื้อผลิตภัณฑ์และบริการ ไม่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างนักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการวิจัยพบว่ามียกระดับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าโดยรวมทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับต่ำ โดยสอดคล้องกับงานการศึกษาของปิยวรรณ บุญเพ็ญ, ภาวนา เมณฑะระ และปิยชาติ บุญเพ็ญ (2562) ที่พบว่าส่วนใหญ่สูบบุหรี่บ้างเวลาเฉพาะตอนเช้าสังคม โดยสูบบุหรี่ธรรมดาพร้อมกับบุหรี่ไฟฟ้า โดยกลุ่มที่สูบบุหรี่ 2 อย่างร่วมกันมีพฤติกรรมต้องการเลิกบุหรี่แตกต่างจากกลุ่มอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า คือ การมีแบบอย่างในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้า การส่งเสริมการตลาดบุหรี่ไฟฟ้า ราคาบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งปัจจัยเงื่อนไขและกระบวนการเข้าสู่วงจรบุหรี่ไฟฟ้าเกิดจากประสบการณ์การสูบบุหรี่ธรรมดาพร้อมกับเห็นตัวอย่างบุคคลและได้รับโฆษณาชวนเชื่อจิงอยากลอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวงการแพทย์(2557) ที่พบว่าการรับข่าวและการกระจายข่าวความเชื่อไม่ถูกต้องว่าสูบแล้วหอม ไม่มีนิโคติน สูบได้ทุกที่ และเชื่อว่าสามารถทดแทนการสูบบุหรี่ได้ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่อยากลองใช้บุหรี่ไฟฟ้า พร้อมกับบุหรี่ไฟฟ้ามีการจำหน่ายแพร่หลายทั้งในโลกออนไลน์ หน้าห้างสรรพสินค้า หรือแม้แต่ผ่าน Social Media ทุกประเภท ทำให้การเข้าถึงสินค้าทำได้ง่าย

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้านักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง

จากการศึกษาพบว่านักศึกษาศาสนาวิทยาลัยอาชีวศึกษาในเขตเมืองและเขตนอกเมืองมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในระดับต่ำพบว่า ในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรณจิรา คำศิริพิทักษ์และวราญ ชาญแสง (2539) พบว่าเจตคติต่อการสูบบุหรี่มีผลต่อการสูบบุหรี่ของบุคคลในสถานศึกษา และทั้งอาจเป็นเพราะได้เรียนรู้ ความคิด ความรู้สึกพฤติกรรมของตนเองรวมทั้งได้เรียนรู้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลต่างๆ และสามารถค้นหาคำตอบได้ด้วยตนเอง เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าระหว่างสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นกลุ่มเพื่อน จะเห็นได้ว่ากลุ่มอยู่ในเขตเมืองมีเพื่อนสนิทที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่ากลุ่มตัวอย่างนอกเขตเมืองสอดคล้องกับการศึกษาของ ชูชัย ศุภวงศ์, สุภกร บัวสาย และนวลอนันต์ ตันติเกตุ (2540) ที่พบว่าเพื่อนสนิทมีอิทธิพลต่อการสูบบุหรี่เป็นอย่างมาก โดยการสูบบุหรี่ครั้งแรกเกิดจากการชักชวนของเพื่อน เนื่องจากสภาพสังคมปัจจุบัน วัยรุ่นสามารถเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าได้ง่ายโดยการหาซื้อได้จากบนโลกออนไลน์ ทำให้มีการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ ศรีรัช ลอยสมุทร (2562) พบว่าปัจจัยการส่งเสริมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า คือ การหาซื้อได้ง่ายและมีจำหน่ายมากที่สุดในโลกออนไลน์

การเปรียบเทียบตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาศาสนาวิทยาลัยอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมืองจากการศึกษาพบว่านักศึกษาศาสนาวิทยาลัยอาชีวศึกษาในเขตเมืองและเขตนอกเมืองมีการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าอยู่ในทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับต่ำ และเมื่อเปรียบเทียบการตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาศาสนาวิทยาลัยอาชีวศึกษาระหว่างสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมือง ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเป็นเพราะค่าใช้จ่ายในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในแต่ละเดือนประมาณ 1,000 – 2,000 ขึ้นอยู่กับชนิดของบุหรี่ไฟฟ้าที่ใช้สูบ โดยจากรายได้ของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะเห็นได้ว่ามีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ศรีรัช ลอยสมุทรพบว่า รายได้จะเป็นตัวชี้วัดการมีหรือไม่มีความสามารถในการซื้อสินค้าของผู้บริโภค ผู้บริโภคที่มีอำนาจในการซื้อสูงมีแนวโน้มที่จะตัดสินใจซื้อสินค้าได้ง่ายกว่าอำนาจในการซื้อต่ำ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ของนักศึกษาระหว่างสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมืองมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ซึ่งมีอิทธิพลมาจากเพื่อนและบุคคลในครอบครัว ดังนั้นสถานศึกษาสามารถนำผลวิจัยไปใช้เป็นแนวทางการจัดกิจกรรม การให้ความรู้และการสอนให้รู้จักการปฏิเสธ เพื่อให้สามารถหลีกเลี่ยงจากการถูกชักชวนได้อย่างมีประสิทธิภาพ และควรการณรงค์ให้ติดป้ายบอกเกี่ยวกับโทษของบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อเชิญชวนให้นักศึกษาไปสูบบุหรี่ไฟฟ้า จัดตั้งกรรมการนักศึกษาเพื่อใช้ในการออกกฎระเบียบในการควบคุมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าภายในสถานศึกษาแบบเข้มงวดมากยิ่งขึ้น รวมถึงหน่วยงานทุกส่วนที่เกี่ยวข้อง ควรมีการจัดหาแนวทางการแก้ไขอย่างจริงจัง เพื่อป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่เพิ่มมากขึ้นของวัยรุ่น

2. จากการศึกษาพบว่า การตัดสินใจเลือกซื้อบุหรี่ไฟฟ้าของนักศึกษาระหว่างสถาบันอาชีวศึกษาในเขตเมืองและนอกเขตเมืองมีการตัดสินใจเลือกซื้อไม่แตกต่างกัน ดังนั้นภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำผลวิจัยไปใช้ประกอบกับการนำเสนอ รูปแบบการสื่อสาร หรือเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับบุหรี่ไฟฟ้า ตามช่องทางการสื่อสารต่างๆ เพื่อช่วยลดและป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของวัยรุ่นในอนาคต

ข้อเสนอในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งต่อไป ควรจัดให้มีการสำรวจประชากรนอกระบบการศึกษาและการศึกษาพื้นที่อื่นๆ เพิ่มมากขึ้น เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมและการตัดสินใจซื้อที่แตกต่างกัน สถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆ ในบริบทที่ต่างกัน

2. การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาในกลุ่มที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าโดยวิธีการเชิงคุณภาพ จะทำให้ทราบถึงสาเหตุและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่แตกต่างกัน จากการสัมภาษณ์ การสังเกต การสนทนากลุ่มและการรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเพิ่มมากขึ้น

References

- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2549). สถิติสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, ประกายดาว สุทธิ และวิชานีย์ ใจมาลัย.(2560). พฤติกรรมการสูบบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้นจังหวัดพะเยา.วารสารพยาบาลกระทรวง สาธารณสุข . 27(3), 57-67.
- ประกิต วาทีสาธกกิจ และกรองจิต วาทีสาธกกิจ (2551) "ผลกระทบของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าต่อสุขภาพร่างกาย" สารานุกรมไทยสำหรับเยาวชนฯ เจริญดีมีนคังการพิมพ์
- ปิยวรรณ บุญเพ็ญ, ภาวนา เมณฑะระ และปิยชาติ บุญเพ็ญ. พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าและพฤติกรรมต้องการเลิกบุหรี่ของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารศรีนครินทร์วิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์)2562;1/(22):111-127
- ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, ประกายดาว สุทธิ และวิชานีย์ ใจมาลัย. (2560). พฤติกรรมสูบบุหรี่และปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นตอนต้นจังหวัดพะเยา. วารสารพยาบาลกระทรวง สาธารณสุข, 27(3), 57-67.
- ศรรัช ลอยสมุทร. ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่ในสื่อสังคมเครือข่ายและผลของการบังคับใช้ กฎหมาย ผลิตภัณฑ์ยาสูบรูปแบบใหม่. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข2562; 5(1):13-29.

- เสรีวงษ์ ณา.(2542).การวิเคราะห์พฤติกรรมผู้บริโภค.กรุงเทพฯ:ธีระฟิล์ม และไซเท็กซ์.
- วงการแพทย์. บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์ ยาสูบ”แปลงร่าง” คนบาปในคราบน้ำกัญญา.[อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 18 กันยายน 2565]. <https://www.wongkarnpat.com/viewya.php?id=1050#.WGHc99SyOkoPOBPAD>
- วรกิจ ดาโตชาว่า. ควีนจากน้ำ: ทศนคติและการบริโภคเชิงสัญลักษณ์ของผู้บริโภคต่อบุหรี่ไฟฟ้า. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาบริหารธุรกิจ, บัณฑิตวิทยาลัย]: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2259.
- Chan, G., Leung, J., Gartner, C., Yong, H.-H., Borland, R., & Hall, W. (2019).Correlates of electronic cigarette use in the general population and among smokers in Australia–Findings from a nationally representative survey. *Addictive behaviors*, 95, 6-10.
- Cho, J. H., Shin, E., & Moon, S.-S. (2011). Electronic-cigarette smoking experience among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 49(5), 542-546.
- East, K., Hitchman, S. C., Bakolis, I., Williams, S., Cheeseman, H., Arnott, D., & McNeill, A. (2018). The association between smoking and electronic cigarette use in a cohort Of young people. *Journal of Adolescent Health*, 62(5), 539-547.
- Fauzi, R. (2014). The prevalence of shisha and lelctronic cigarette smoking among high school students in jakata indonesia. (Master of Public Health), Public Health Program, Faculty of Public Health, Chulalongkorn University.
- Gerend, M. A., Newcomb, M. E., & Mustanski, B. (2017). Prevalence and correlates of Smoking and e-cigarette use among young men who have sex with men and transgender women. *Drug and alcohol dependence*, 179,395-399.
- Jeon, C., Jung, K. J., Kimm, H., Lee, S., Barrington-Trimis, J. L., McConnell,R., & Jee, S. H. (2016). E-cigarettes, conventional cigarettes, and dual use in Korean adolescents And university students: Prevalence and risk factors. *Drug and Alcohol Dependence*, 168,99-103.
- John Farley; et al. (1984, February). How Advertising Affects Sales: Meta-Analysis of Econometric Results. *Journal of Marketing Research*. 21(1) : 337-341.
- Wang, H. and Chow, S.-C. 2007. Sample Size Calculation for Comparing Proportions. Wiley Encyclopedia of Clinical Trials.

การพัฒนาแบบแผนการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุกโดยเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab
และ Throat swab สำหรับนักเทคนิคการแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว

Active Finding Development Model of Sampling Quality Improvement Model Using
Nasopharyngeal Swab and Throat Swab for Active Finding of Persons Exposed to
COVID-19 by Medical technologists and Multidisciplinary Care Teams at Taphraya
District, Sa Kaeo Province

กรณมนีธนา ปุณณศิริมั่งมี
Kornmaneethana Punnasirimangmee
โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว
Ta Phraya Hospital, Sa Kaeo Province

บทคัดย่อ

ปัญหาการระบาดของโรคโควิด ทำให้มีการระดมพลเก็บตัวอย่างในผู้ป่วยหลายกลุ่ม โดยใช้บุคคลกรที่หลากหลายจึงเกิดความคลาดเคลื่อน ตัวอย่างไม่ได้คุณภาพตามมาตรฐาน ดังนั้นในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบแผนการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุกโดยเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab และ Throat swab และเพื่อศึกษาประสิทธิภาพแบบแผนการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุกโดยเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab และ Throat swab สำหรับนักเทคนิคการแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว โดยใช้กระบวนการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มาประยุกต์ใช้ร่วมกับการเรียนการสอนเชิงระบบตามแนวคิด “ADDIE Model” ในบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 30 คน กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกระบวนการวิจัย 5 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การวิเคราะห์บริบทและสภาพปัญหา 2) การออกแบบสร้างและพัฒนากระบวนการพัฒนาคุณภาพ 3) การพัฒนา 4) การนำไปใช้ 5) การประเมินผลด้านกระบวนการและผลลัพธ์ รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามและแบบประเมินผลการปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ จากผลการศึกษาวิจัย หลังจากให้ความรู้วิธีการเก็บตัวอย่าง ฝึกปฏิบัติการเก็บสิ่งส่งตรวจ และพัฒนาแบบแผนการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุก พบว่าทีมสหวิชาชีพมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และปฏิบัติการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab หลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา เท่ากับ 3.27 คะแนน (S.D.=3.03) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.001$) อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ 0% (เป้าหมาย $\leq 1\%$) ผ่านเกณฑ์ชี้วัด และอัตราความถูกต้องในการส่งตัวอย่างตรวจหาเชื้อ SARS-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR 100% (เป้าหมาย 100%) ผ่านเกณฑ์ชี้วัด ประสิทธิภาพแบบแผนการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุก ลดลง 4 ขั้นตอน ลดระยะเวลารอคอยได้ 1.30 ชั่วโมง ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการมากที่สุด 92% (เป้าหมาย $\geq 85\%$) ผ่านเกณฑ์ชี้วัด แบบแผนการพัฒนานี้สามารถเป็นแบบอย่างในการพัฒนางานอื่นต่อไป

คำสำคัญ : การพัฒนาคุณภาพ, เก็บตัวอย่างตรวจ SARS-CoV-2 (COVID-19), แบบแผนการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุก

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: korn8pun@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 065-3595935)

Abstract

The COVID outbreak has necessitated the mobilization of manpower from diverse fields to gather samples from various demographic groups, resulting in variations of sample quality. The aims of this research were to assess the quality enhancement of sample collection for SARS-CoV-2 (COVID-19) testing and to examine the strategy for proactive identifying individuals exposed to COVID-19 infection with the involvement of medical technicians and multidisciplinary care teams at Ta Phraya district, Sa Kaeo province. Research and development (R&D) in conjunction with systematic instruction based on the "ADDIE Model" was employed to conduct this study with samples of 30 multidisciplinary personnel. The samples involved in a five-step research process: 1) context and problem analysis; 2) designing and development of quality process; 3) model development; 4) model application; and 5) model evaluation. Data collection was conducted through the administration of questionnaires and performance evaluation forms. Data were analyzed using one group pre-posttest design.

The results revealed that after applying the developed model, the multidisciplinary care teams exhibited higher the average scores in their knowledge and practical skills related to specimen collection using the Nasopharyngeal swab and Throat swab methods about 3.27 points (S.D.=3.03) with statistically significant difference ($P<0.001$). The criteria for specimen rejection rate, set as at a maximum of 1%, was successfully met at 0%. Moreover, the accuracy in submitting samples for SARS-CoV-2 testing via the Real time RT-PCR method was met at 100%, aligning with the setting goal. This resulted in 92% satisfaction rate among those receiving further testing for SARS-CoV-2 infection using the Real time RT-PCR method, exceeding the goal of 85%. A model for proactive identification of COVID-19 exposure of the individuals had been refined into a 4-step process, leading to a substantial reduction of 1.30 hours in waiting times. This improvement not only enhances the quality of SARS-CoV-2 (COVID-19) sample collection, but also establishes a structured approach for identifying individuals exposed to COVID-19 infection. The multidisciplinary care teams can apply this model as a potential prototype for other projects.

Keywords: Quality improvement, SARS-CoV-2 (COVID-19) sampling collection, Proactive screening model for people exposed to COVID-19

บทนำ

การระบาดของโรคโควิด-19 เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ชื่อว่า Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 หรือ SARS-CoV-2 พบว่าผู้ติดเชื้อจากไวรัสนี้อาจจะไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงจนถึงเสียชีวิตได้ องค์การอนามัยโลก ตั้งชื่อโรคนี้ว่า “โควิด-19” (COVID-19) (WHO, 2020) พบรายงานผู้ป่วยโรคปอดอักเสบไม่ทราบสาเหตุครั้งแรกเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2562 (ค.ศ. 2019) ที่เมืองอู่ฮั่น มณฑลหูเป่ย์

สาธารณสุขประชาชนจีน ต่อมาวันที่ 3 มกราคม พ.ศ. 2563 (ค.ศ. 2020) มีรายงานอย่างเป็นทางการว่าโรคปอดอักเสบที่ระบาดที่อุฮั่น มีสาเหตุจากไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 และพบการแพร่เชื้อจากคนสู่คน ต่อมาพบผู้ป่วยติดเชื้อในทุกมณฑลของจีน และปัจจุบันพบการระบาดของโรคมามากกว่า 193 ประเทศทั่วโลก (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563) ซึ่งยอดโควิดทั่วโลกวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 ผู้ป่วยโควิด-19 สะสม 217,798,287 ราย เพิ่มขึ้น 478,930 ราย เสียชีวิตสะสม 4,522,198 ราย เพิ่มขึ้น 7,171 ราย หายป่วยสะสม 194,692,902 ราย เพิ่มขึ้น 550,890 ราย (กรมควบคุมโรค, 2564) พบการระบาดครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2563 และมีการระบาดเรื่อยมา มีบางช่วงเวลาที่การระบาดสงบลง จนกระทั่ง เมื่อวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2564 เริ่มต้นการระบาดระลอกที่ 3 แพทย์พบว่าการระบาดระลอกนี้ผู้ป่วยจำนวนมากมีอาการทรุดเร็ว หลายรายเสียชีวิตภายใน 1 สัปดาห์หลังมีอาการป่วย จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และผู้เสียชีวิตรายวันทำสถิติสูงสุดนับตั้งแต่มีการระบาดในไทย (บีบีซี นิวส์ ไทย.โควิด-19, 2564) เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม พ.ศ. 2564 พบจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม 1,199,171 คน จำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 11,589 คน รักษาหายสะสม 1,021,991 คน (กรมควบคุมโรค, 2564)

การตอบสนองของรัฐบาลต่อการระบาด ซึ่งหัวใจสำคัญของการควบคุมโรคระบาดคือ “ค้นหาผู้มีความเสี่ยงรับเชื้อให้เร็วที่สุด” เริ่มจากการคัดกรองและการติดตามการสัมผัส มีการคัดกรองโควิดตามสถานที่ที่มีการระบาด และการค้นหาเชิงรุก ตลอดจนที่โรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยที่มีประวัติเดินทางหรือสัมผัส มีการสอบสวนโรคกรณีที่เกิดกลุ่มการระบาด เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 และสถานการณ์การระบาดในไทยก็เข้าสู่ระยะที่ 2 เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 เนื่องจากพบมีการติดเชื้อจากคนสู่คนภายในประเทศ มาตรการของกระทรวงสาธารณสุข จึงเข้มข้นขึ้น โดยมุ่งเป้าเพื่อค้นหาผู้ที่สัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อเพื่อให้เข้ารับการแยกโรค รัฐบาลและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้ความสำคัญกับการค้นหาผู้ติดเชื้อเชิงรุกในทุกพื้นที่ที่คาดว่าจะเสี่ยงอาจเกิดการแพร่ระบาด รวมทั้งเพิ่มการค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง ซึ่งกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ได้ขยายขีดความสามารถห้องปฏิบัติการในทุกจังหวัดและกรุงเทพมหานครให้พร้อมตรวจทั่วถึง โดยความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน และสมาคมวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง มีความสามารถตรวจได้ 50,000 ตัวอย่าง/วัน รวมทั้งที่ระบบการจับคู่ห้องปฏิบัติการกับโรงพยาบาลต้นสังกัดเชื่อมโยงข้อมูลผ่านระบบออนไลน์กับกรมควบคุมโรคและโรงพยาบาลที่ส่งตรวจ และการตรวจหาเชื้อโรคโควิด-19 หรือ SAR-CoV-2 องค์การอนามัยโลกได้แนะนำวิธี real-time PCR สำหรับการตรวจวินิจฉัยโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นเทคนิคที่มีความไวและความจำเพาะสูงถือเป็นวิธี gold standard ในการตรวจยืนยันโรคโควิด-19 ขั้นตอนการทดสอบ คือ ใช้ชุดน้ำยาสกัดยีนของไวรัสซึ่งเป็นชนิด RNA จากตัวอย่างผู้ป่วย จากนั้นสังเคราะห์ RNA เป็น cDNA โดยอาศัยเอนไซม์ reverse transcriptase เพิ่มจำนวน DNA ส่วนที่ต้องการตรวจสอบด้วยน้ำยาที่มี polymerase Tag enzyme, primers และ probes ที่จำเพาะกับไวรัส SARS-CoV-2 และติดฉลากด้วยสีฟลูออเรสเซนต์ โดยใช้เครื่องมืออัตโนมัติ (real-time PCR) ทำอุณหภูมิที่เหมาะสมในการเพิ่มปริมาณ DNA และตรวจ DNA ของไวรัสที่เพิ่มขึ้น ผ่านระบบ detection unit วัดความเข้มของแสงฟลูออเรสเซนต์ แสดงออกมาเป็นรูปกราฟหรือตัวเลขความเข้มของแสงในแต่ละรอบของปฏิกิริยา สามารถอ่านผลเป็นปริมาณไวรัส หรือพบ/ไม่พบไวรัส (WHO, 2020) การเก็บสิ่งส่งตรวจเพื่อการตรวจหาเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR นั้น ใช้วิธีการเก็บตัวอย่างตรวจด้วยวิธีมาตรฐาน คือ Nasopharyngeal swab หมายถึง เทคนิคในการเก็บตัวอย่างน้ำมูกหรือก้านพลาสติกพันสำลีที่ปลอดเชื้อ (Sterile cotton swab) สอดเข้าไปในจมูกเพื่อเก็บสารคัดหลั่งบริเวณหลังโพรงจมูก (Nasopharyngeal swab) และใช้ไม้เก็บตัวอย่างอีกอันหนึ่งสำหรับนำไปป้ายในคอ (Throat swab) เพื่อเก็บสารคัดหลั่งบริเวณต่อมทอลซิลและส่วนหลังของคอคอย จากนั้นนำตัวอย่างที่เก็บได้ไปตรวจวิเคราะห์เพื่อหาเชื้อไวรัสโคโรนา

สายพันธุ์ใหม่ 2019 ต่อไป โดยการทำด้วยวิธีนี้ต้องเป็นแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ หรือผู้ที่ผ่านการอบรมการเก็บตัวอย่างมาเท่านั้น และการเก็บตัวอย่างนอกจากกฎวิธีแล้วยังต้องเพียงพอต่อการตรวจวิเคราะห์ (adequate specimen) เพื่อป้องกันการปฏิเสธตัวอย่าง เก็บตัวอย่างซ้ำ และการตรวจวิเคราะห์ที่แม่นยำ (คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2564) สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญและมีประสบการณ์ในการเก็บส่งตรวจด้วยวิธี Nasopharyngeal swab ร่วมกับสภาเทคนิคการแพทย์สมาคมบดีสถาบันผลิตบัณฑิตเทคนิคการแพทย์สมาคมเทคนิคการแพทย์แห่งประเทศไทย ในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอพระองค์เจ้าโสมสวลี กรมหมื่นสุทธนารีนาถ เห็นความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพ ผู้ประกอบวิชาชีพเทคนิคการแพทย์ ในการเก็บส่งตรวจด้วยวิธี Nasopharyngeal swab เพื่อปฏิบัติงานสำหรับการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งจะทำให้เพิ่มศักยภาพในการส่งตรวจเชื้อได้อย่างรวดเร็ว และมีคุณภาพสามารถวินิจฉัยและรักษาผู้ติดเชื้อได้อย่างถูกต้องทันเวลาช่วยให้ระบบการป้องกันควบคุมโรคเป็นไปอย่างแม่นยำรวดเร็ว สามารถรองรับสถานการณ์การระบาดของโรคและการเฝ้าระวังโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

ด้วยสถานการณ์ที่มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19 ส่งผลให้เกิดการระบาดอย่างหนักในทุกพื้นที่ของประเทศโดยเฉพาะระลอกที่มีการระบาดหนักกลางเดือนธันวาคม 2563 ระลอกปลายเดือนมีนาคม 2564 ส่งผลให้บุคลากรทางการแพทย์มีภาระงานเพิ่มมากขึ้นทั้งในด้านการป้องกันโรคและการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่หลายรายต้องมีการกักตัวเนื่องจากกลัวนำเชื้อโรคไปติดผู้ป่วยอื่น ๆ และสมาชิกในครอบครัว ทำให้ไม่มีผู้ปฏิบัติงานเพียงพอ (ชลอวัฒน์ และ พิศิษฐ์ศรี, (2564) จึงจำเป็นต้องมีสิ่งที่จะต้องเร่งจัดพัฒนากำลังคนทีนอกเหนือจากตำแหน่งแพทย์และเทคนิคการแพทย์ ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้มีความสามารถในการเก็บตัวอย่างส่งตรวจโดยการป้ายบริเวณเยื่อโพรงจมูกเพื่อส่งไปตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไป ซึ่งจะส่งผลให้การค้นหาเชิงรุกสามารถทำได้มากขึ้นอันเป็นปัจจัยส่งผลให้การควบคุมการระบาดของโรคโควิด-19 ได้มีประสิทธิภาพดีขึ้น เนื่องจากสามารถแยกผู้ที่ติดเชื้อได้เร็วขึ้นเพื่อให้เข้ารับการรักษาพยาบาลอันเป็นการตัดวงจรการแพร่ระบาดของโรค (Sripraphan, 2021) มาตรการหลักเกณฑ์วิธีการหรือแนวทางการดำเนินการในการป้องกันวิกฤตการณ์จากโรคโควิด-19 ซึ่งมีหลายมาตรการและหนึ่งในมาตรการที่สำคัญ คือการค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติมแบ่งออกเป็น 3 กิจกรรมคือ 1) การติดตามผู้สัมผัสใกล้ชิดของผู้ติดเชื้อเข้าข่ายหรือผู้ป่วยยืนยัน (Close contact tracing) 2) การค้นหาเชิงรุก (Active case finding) และ 3) การสำรวจแบบเร็ว (Rapid survey) โดยในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าวจะมีการเก็บตัวอย่างส่งตรวจเพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อคัดกรองหรือยืนยันการติดเชื้อ SAR-CoV-2 ในการตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ

โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง (F2) ให้บริการจริง 53 เตียง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีพื้นที่ติดกับชายแดนกัมพูชา มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในเขตรับผิดชอบ 15 แห่ง ยอดประชากร 53,564 คน 13,890 หลังคาเรือน 5 ตำบล 1 เทศบาล อาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ มีแรงงานต่างด้าวที่ขึ้นทะเบียน 1,692 คนต่อปี อาชีพรับจ้าง (กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและวิชาการ โรงพยาบาลตาพระยา, 2564) ทางงานเทคนิคการแพทย์มีขีดจำกัดด้านบุคลากร มีนักเทคนิคการแพทย์ 2 คน เจ้าหน้าที่งานวิทยาศาสตร์การแพทย์ 2 คน จึงไม่สามารถเปิดตรวจวิเคราะห์หาเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR ได้ และได้ส่งตรวจวิเคราะห์ต่อที่กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์และพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสระแก้ว พบว่ามีอัตราการปฏิเสธส่งตรวจหาเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR เกินค่าเป้าหมาย สาเหตุมาจากต้องใช้บุคลากรจำนวนมากในการเก็บตัวอย่างและผู้เก็บตัวอย่างขาดความรู้วิธีการเก็บตัวอย่างด้วยวิธีมาตรฐาน

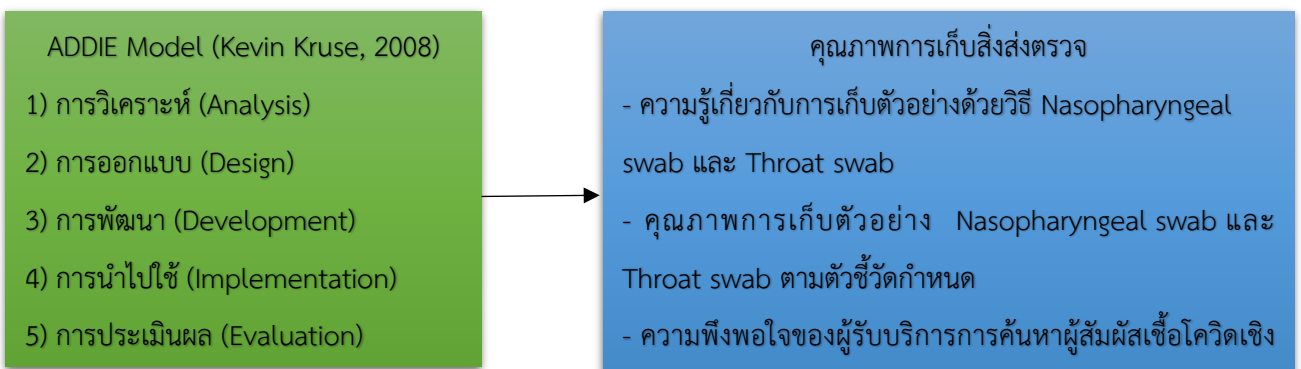
Nasopharyngeal swab และ Throat swab ที่ถูกต้อง ขาดมาตรฐานการควบคุมการส่งตรวจต่อ อีกทั้งยังมีหลายขั้นตอนในการคัดกรองทำให้เกิดปัญหาล่าช้าในการคัดกรอง ข้อมูลการคัดกรองไม่ครบถ้วน ไม่มีระบบงานที่ชัดเจน ผู้ศึกษาจึงนำกระบวนการ ADDIE Model ซึ่งเป็นโมเดลออกแบบการสอนที่สามารถใช้ได้กับสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่หลากหลาย สามารถปรับใช้ได้กับโครงการที่มีขนาดแตกต่างกัน ใช้เพื่อการเรียนรู้เป็นกลุ่มหรือการเรียนรู้เป็นรายบุคคลก็ได้ มีลำดับการพัฒนา 5 ขั้นตอนประกอบด้วย การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนา (Development) การนำไปใช้ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) (Kruse, 2008) มาใช้ในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุกโดยเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab และ Throat swab สำหรับนักเทคนิคการแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุกโดยเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab และ Throat swab สำหรับนักเทคนิคการแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุกโดยเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab และ Throat swab สำหรับนักเทคนิคการแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ใช้แนวคิดการเรียนการสอนเชิงระบบตามแนวคิด “ADDIE Model” ของครูส Kevin Kruse (2008: 1) 5 ขั้นตอน 1) การวิเคราะห์ (Analysis) 2) การออกแบบ (Design) 3) การพัฒนา (Development) 4) การนำไปใช้ (Implementation) 5) การประเมินผล (Evaluation)



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ประยุกต์ร่วมกับการเรียนการสอนเชิงระบบตามแนวคิด “ADDIE Model” ของ Kevin Kruse (2008)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ทีมสหวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาพระยา จำนวน 30 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานระบาด (สถานการณ์ COVID-19) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเจ้าหน้าที่งานปฐมภูมิและองค์กรร่วม (PCU) โรงพยาบาลตาพระยา ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 6 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 16 คน นักวิชาการทันตสาธารณสุข จำนวน 2 คน และเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 6 คน เป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย เพศ, อายุ, สถานภาพสมรส, ระดับการศึกษา, อาชีพ, ประสบการณ์การผ่านการอบรมการเก็บตัวอย่างด้วยวิธีมาตรฐาน Nasopharyngeal swab, Throat swab,
2. แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab เป็นแบบสอบถามแบบถูก ผิด จำนวน 6 ข้อ โดยข้อคำถามอ้างอิงจากแนวทางการเก็บตัวอย่างตรวจเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (สืบค้นจาก <https://www3.dmsc.moph.go.th/page-view/87>) เครื่องมือผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์ และนักเทคนิคการแพทย์ เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity index: CVI) เท่ากับ 0.95 และหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบประเมินความรู้ที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับ รพ.สต. เครือข่ายบริการอำเภอโนนดินแดง จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 ราย มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.75
3. แบบประเมินความรู้ภาคปฏิบัติเกี่ยวกับการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab และการแต่งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล personal protective equipment (PPE) อ้างอิงการประเมินจากกรมควบคุมโรคและสภาเทคนิคการแพทย์
4. แบบบันทึกการปฏิบัติสิ่งส่งตรวจ
5. แบบบันทึกความถูกต้องในการส่งตัวอย่างตรวจหาเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR
6. แบบบันทึกความพึงพอใจของผู้รับบริการตรวจต่อในการตรวจหาเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR
7. แบบบันทึกความพึงพอใจของผู้รับบริการการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุก

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 พัฒนารูปแบบการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุกโดยเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab และ Throat swab สำหรับนักเทคนิคการแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

1.1 ระยะเวลาและวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาศักยภาพการเก็บตัวอย่างตรวจ SARS-CoV-2 (COVID-19) ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ค้นหาปัญหา แนวทางในการแก้ปัญหา และผู้รับผิดชอบ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องจากการสืบค้นเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ใช้รูปแบบการสนทนากลุ่ม ระดมสมองเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานระบาดใน รพ.สต. และโรงพยาบาล ของเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาและออกแบบรูปแบบการดำเนินงานการพัฒนาคุณภาพการเก็บตัวอย่างตรวจ SARS-CoV-2 (COVID-19) ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ (Analysis) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหา วิเคราะห์ปัญหาของการดำเนินงาน

ปัญหา	วิธีการแก้ปัญหา	ผู้รับผิดชอบ
1.เจ้าหน้าที่		
1.1 ขาดความรู้วิธีการเก็บตัวอย่างด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab	- อบรมการเก็บตัวอย่างด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab โดยนักเทคนิคการแพทย์ที่ผ่านการอบรม	งานเทคนิคการแพทย์ รพ.ตาพระยา
Nasopharyngeal swab Throat swab ที่ถูกต้อง	หลักสูตรระยะสั้น การเก็บ Nasopharyngeal swab ภาคสนาม เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการโรคติดเชื้อไวรัส โควิด 2019 (COVID-19) จากสถานเทคนิคการแพทย์, สมาคมเทคนิคการแพทย์ และสถาบันป้องกันควบคุมโรค เขต เมือง (สปคม.) กรมควบคุมโรค	งานเทคนิคการแพทย์ รพ.ตาพระยา
	- ทดสอบความรู้เกี่ยวกับการเก็บตัวอย่างด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab	
	- ทดสอบภาคปฏิบัติ (On site) โดยนักเทคนิคการแพทย์ที่ผ่านการอบรม	
1.2 ขาดการฟื้นฟูความรู้ในการแต่งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล personal protective equipment (PPE)	- อบรมการแต่งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล personal protective equipment (PPE) และทดสอบภาคปฏิบัติ	งาน IC โดย ICN
2.ระบบ/รูปแบบการดำเนินงาน		
2.1 ระบบการดำเนินงาน ACF มีความซับซ้อน กำหนดจุดดำเนินงานไม่ชัดเจน	- นำปัญหาการดำเนินงานที่ผ่านมา ใน Phase 1 มาวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบ โดยใช้รูปแบบการมีส่วนร่วม ใช้แนวคิด PDCA (Deming,1986) เป็นฐานของการออกแบบกิจกรรม	งานเทคนิคการแพทย์ ร่วมกับ
	ทำการศึกษาปัญหา รูปแบบ และผลของกระบวนการ พร้อมทำรูปแบบการดำเนินงานค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุก โดยทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว	งานปฐมนิเทศและองค์กรร่วม (PCU) และ สสอ.ตาพระยา
2.2 แนวทางการนำส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ RT-PCR (ส่งตรวจต่อ) SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR เกินค่าเป้าหมาย (เป้าหมาย $\leq 1\%$)	- จัดทำแนวทางตั้งแต่ขั้นตอนการจัดเตรียม VTM, การเรียง VTM ตามลำดับหลังเก็บตัวอย่าง, การบรรจุก่อนส่งตัวอย่างและการนำส่งตัวอย่างตรวจต่อ, การควบคุมอุณหภูมิ ตัวอย่าง การนำส่ง การป้องกันตัวเอง และการปฏิเสธตัวอย่างตรวจ	งานเทคนิคการแพทย์
3. อุปกรณ์		
ขาดการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในการทำงาน และการวางแผนงานอย่างเป็นระบบงาน	- สร้างแบบฟอร์ม Google Sheets เพื่อความสะดวกในการลงข้อมูล และลดการสัมผัส	งานเทคนิคการแพทย์ งานปฐมนิเทศและองค์กรร่วม (PCU)
	- ใช้ระบบการบันทึกเกอร์เพื่อลดการคัดลอก	
	- นำระบบ QR code มาใช้เพื่อขอผลการตรวจวิเคราะห์และลดการสัมผัส	สสอ.ตาพระยา

1.2 ศึกษารูปแบบการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุก โดยทีมสหวิชาชีพ ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ขั้นนี้เป็นการศึกษาวิจัยก่อนทดลอง (Pre-experimental study แบบ 1 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (One group pre-posttest design)

การออกแบบ (Design) ผู้ศึกษาสร้างและพัฒนากระบวนการพัฒนาคุณภาพ ดังนี้

1.2.1 ออกแบบประเมินความรู้ การเก็บสิ่งส่งตรวจ Nasopharyngeal swab และ Throat swab

1.2.2 เตรียมสื่อการสอนจาก you tube การฝึกปฏิบัติ เรื่อง การเก็บสิ่งส่งตรวจ Nasopharyngeal swab สำหรับการตรวจโควิด-19 โดย นพ.นาธาน กุลภัทรเวศ จากโครงการฝึกอบรมระยะสั้นภาคสนามจากความร่วมมือของกรมควบคุมโรคและสภาเทคนิคการแพทย์

1.2.3 เตรียมสื่อการสอนการแต่งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE) ร่วมกับงาน IC

1.2.4 วางแผนกำหนดวันอบรม และประเมินผล ทั้งภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติการเก็บสิ่งส่งตรวจ Nasopharyngeal swab และ Throat swab และการแต่งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)

1.2.5 ประสานงานปฐมนิเทศและองค์กรร่วม (PCU) โรงพยาบาลตาพระยา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตาพระยา และตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกแห่งเพื่อร่วมวางแผนทางและออกแบบรูปแบบการดำเนินงานค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุก (Active Cases Finding : ACF) เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

1.3 การพัฒนา (Development)

1.3.1. ประชุมชี้แจงการพัฒนาคุณภาพการเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab, Throat swab และรูปแบบการดำเนินงานค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุก โดยนักเทคนิคการแพทย์ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

1.3.2. อบรมเชิงปฏิบัติการ การเก็บสิ่งส่งตรวจ Nasopharyngeal swab และ Throat swab และการแต่งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (PPE)

1.3.3. วัดผลความรู้ก่อนและหลังการอบรม

1.4 การนำไปใช้ (Implementation)

1.4.1. นำรูปแบบการดำเนินงานค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุก โดยนักเทคนิคการแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ลงพื้นที่ในเขตอำเภอโดยแบ่งเป็น cluster ดังนี้

Cluster ละลุ ประกอบด้วย รพ.สต.หนองผักแว่น, รพ.สต.โคกลาน, รพ.สต.นางาม, รพ.สต.ทัพเทียม

Cluster ลำสะโดน ประกอบด้วย รพ.สต.ทัพไทย, รพ.สต.ทับทิมสยาม 03, รพ.สต.แสง, รพ.สต.นวมินทร์ฯ, รพ.สต.โคกแจรง, รพ.สต.รัตนะ

Cluster ช่องตะโก ประกอบด้วย รพ.สต.โคกเพร็ก, รพ.สต.โคกไพล, รพ.สต.มะกอก, รพ.สต.หนองติม, รพ.สต.กุดเวียน

ขั้นตอนที่ 2 ประสิทธิภาพรูปแบบการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุกโดยเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab และ Throat swab สำหรับนักเทคนิคการแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว

การประเมินผล (Evaluation) ประเมินผลโดยการประเมินคุณภาพด้านกระบวนการและผลลัพธ์

1. ประเมินผลความรู้เกี่ยวกับการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab ก่อนและหลังการพัฒนาคุณภาพ

2. ประเมินผลคุณภาพการเก็บตัวอย่าง Nasopharyngeal swab, Throat swab ตามตัวชี้วัดที่กำหนด ได้แก่ อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ อัตราความถูกต้องในการส่งตัวอย่างตรวจหาเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR และความพึงพอใจของผู้รับบริการตรวจต่อการตรวจหาเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR

3. ประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุก โดยนักเทคนิคการแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว จากความพึงพอใจของผู้รับบริการการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุก โดยใช้การประเมินผ่าน QR Code

4. ถอดบทเรียนการดำเนินงานตามมาตรฐาน (วิเคราะห์และพัฒนาส่วนที่ขาด)

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้วนำมาประมวลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปทีมสหวิชาชีพ, ความรู้เกี่ยวกับการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab ของทีมสหวิชาชีพ, ทัศนคติของความรู้เกี่ยวกับการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab และการแต่งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล personal protective equipment (PPE), ผลงานตัวชี้วัดการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา, ความพึงพอใจของผู้รับบริการการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุก

จริยธรรมวิจัย

การศึกษานี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว ตามเลขที่โครงการ 10/2564 เมื่อวันที่ 25 มีนาคม 2564 หมดอายุวันที่ 25 มีนาคม 2565 ประเภทการรับรอง การวิจัยประยุกต์ (Expedited review)

ผลการศึกษา

จากการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการเก็บตัวอย่างตรวจ SARS-CoV-2 (COVID-19) และรูปแบบการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุก โดยทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว มีผลการปฏิบัติงาน ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-35 ปี ร้อยละ 70.0 โดยมีอายุเฉลี่ย 34.63 ปี (S.D. = 10.314) สถานภาพโสด ร้อยละ 53.4 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 76.7 มีอาชีพนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 53.3 ส่วนใหญ่ไม่เคยผ่านการอบรมการเก็บตัวอย่างด้วยวิธีมาตรฐาน Nasopharyngeal swab, Throat swab ร้อยละ 70.0

จากผลการดำเนินงานการปฏิบัติงานการพัฒนาคุณภาพการเก็บ Nasopharyngeal swab, Throat swab ในการส่งตรวจหาเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR และเพิ่มศักยภาพในทีมสหวิชาชีพ โดยนำกระบวนการ ADDIE Model มีลำดับการพัฒนา 5 ขั้นตอนประกอบด้วย การวิเคราะห์ (Analysis) การออกแบบ (Design) การพัฒนา (Development) การนำไปใช้ (Implementation) และการประเมินผล (Evaluation) มาใช้ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ รูปแบบกิจกรรมเป็นนักเทคนิคการแพทย์ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้อบรมการเก็บตัวอย่างด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab, อบรมและควบคุมการนำส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ RT-PCR (ส่งตรวจต่อ), พร้อมทั้งประเมินผล พบว่า ทีมสหวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาคุณภาพ และสามารถปฏิบัติงานได้ มีทีม swab ค้นหาเชื้อโควิดเชิงรุกมากขึ้น (ดังตารางที่ 2) เปรียบเทียบความรู้และภาคปฏิบัติการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab และการแต่งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล personal protective equipment (PPE) ของทีม สหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว ระหว่างก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และปฏิบัติการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab และการแต่งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล personal protective equipment (PPE) ของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว หลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้และปฏิบัติการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab และการแต่งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล personal protective equipment (PPE) ของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา เท่ากับ 3.27 คะแนน ($S.D.=3.03$) $95\%CI = 2.13-4.39$ (ดังตารางที่ 3) อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจผ่านเกณฑ์ชีวิต และอัตราความถูกต้องในการส่งตัวอย่างตรวจหาเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR ส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้รับบริการตรวจหาเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR มีความพึงพอใจมากที่สุด (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของความรู้และปฏิบัติการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab และการแต่งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล personal protective equipment (PPE) ของทีม สหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว ก่อนและหลังการพัฒนา

ข้อคำถาม	ก่อนพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อุปกรณ์และมีเดียที่ใช้ในการเก็บตัวอย่างตรวจ Nasopharyngeal swab และ Throat swab				
Swab ใช้ swab ที่ทำจากใยสังเคราะห์ เช่น dacron หรือ rayon และด้ามเป็นพลาสติกหรือหลอดเท่านั้น ห้ามใช้ swab ที่มีสาร calcium alginate หรือด้ามทำด้วยไม้ เพราะอาจมีสารที่ยับยั้งปฏิกิริยาการทดสอบทางชีวโมเลกุล	10	33.3	30	100.0
Transport media ได้แก่ Viral Transport Media (VTM)				

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของความรู้และปฏิบัติการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab และการแต่งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล personal protective equipment (PPE) ของทีม สหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ข้อคำถาม	ก่อนพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
2. การเก็บตัวอย่างจากทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ ตัวอย่างส่งตรวจจากทางเดินหายใจส่วนบน ได้แก่ nasopharyngeal (NP) swab, throat swab, nasal swab, NP aspirate, NP wash โดยทั่วไปแนะนำให้เก็บ NP swab หรือเก็บ NP swab ร่วมกับ Throat swab แล้วใส่ใน VTM หรือ UTM หลอดเดียวกันเพื่อเพิ่มโอกาสในการตรวจพบไวรัสให้มากขึ้น	11	36.7	30	100.0
3. การเก็บ Nasopharyngeal swab การเตรียมผู้ป่วย 3.1. เตรียมผู้ป่วย โดยการให้ผู้ป่วยแหงนหน้าขึ้นประมาณ 70 องศา และค้างไว้ 3.2. ใช้ก้าน Swab วัตรยะจากปลายจมูกถึงตึงหูของผู้ป่วย แล้ว mark ตำแหน่งไว้ ขั้นตอนวิธีการเก็บตัวอย่าง 3.1. ผู้เก็บตัวอย่างควรเข้าเก็บตัวอย่างจากด้านข้างของผู้ป่วย เพื่อป้องกันการติดเชื้อเข้าสู่ผู้เก็บตัวอย่างในกรณีที่ผู้ป่วยไอหรือจามออกมาในขณะที่ทำการเก็บ 3.2. สอดหลอด swab เข้าในโพรงจมูกจนถึงตำแหน่งที่ mark ไว้ ถ้าสอดเข้าไม่ได้จนสุด แสดงว่าปลาย swab เข้าไม่ถึงตำแหน่งบริเวณ nasopharynx ให้พยายามขยับทิศทางของหลอดเล็กน้อยจนสอดเข้าได้จนสุดหลอด การสอดหลอด swab ควรสอดในทิศทางตั้งฉากกับใบหน้าของผู้ป่วย จะทำให้สามารถสอดหลอด Swab เข้าจนสุดได้ 3.3. เมื่อสอดหลอด Swab จนสุดแล้ว ทำการหมุนหลอด swab กับผนังโพรงจมูกเบาๆ เพื่อให้ได้ epithelial cells หลังจากนั้นให้หมุนกวาดผนังโพรงจมูกเป็นบริเวณกว้างในขณะที่ดึงหลอด swab ออก 3.4. จุ่มปลาย swab ลงใน VTM หรือ UTM และหักปลายหลอดส่วนที่ยาวเกินจากหลอดเก็บตัวอย่างทิ้ง	9	30.0	30	100.0
4. การเก็บ Throat swab ขั้นตอนวิธีการเก็บตัวอย่าง 4.1. ใช้ไม้กดลิ้นผู้ป่วยไว้ แล้วใช้ swab ป้ายรอบๆ ทอนซิลทั้ง 2 ข้าง และบริเวณ posterior pharynx หรือด้านหลังของ oropharynx 4.2. จุ่มปลาย Swab ใน VTM หรือ UTM หักด้าม swab ที่งัดปิดหลอดให้สนิท	14	46.7	30	100.0

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ของความรู้และปฏิบัติการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab และการแต่งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล personal protective equipment (PPE) ของทีม สหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว ก่อนและหลังการพัฒนา (ต่อ)

ข้อคำถาม	ก่อนพัฒนา		หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. การบรรจุตัวอย่าง จะต้องบรรจุตัวอย่างในหีบห่อที่มีความแข็งแรงทนทาน ซึ่งต้องใช้วัสดุภัณฑ์ 3 ชั้น (the basic triple packaging system) สำหรับบรรจุวัสดุติดเชื้อเพื่อการขนส่ง	5	16.7	30	100.0
6. การนำส่งตัวอย่าง หลอดวัตถุตัวอย่างในสภาพตั้งตรง, ปิดฝาภาชนะชั้นนอก และใช้เทปพันปิดรอยต่อของฝาให้แน่น, เอกสารแสดงรายละเอียดที่เกี่ยวข้องให้ติดไว้ด้านนอกของภาชนะชั้นนอก เพื่อลดการปนเปื้อนเชื้อของเอกสารแสดงรายละเอียดได้แก่ ชื่อ ที่อยู่ หมายเลข โทรศัพท์ติดต่อของผู้ควบคุมการขนส่ง ชื่อผู้ส่ง มีชื่อและหมายเลขโทรศัพท์ผู้ติดต่อกรณีเกิดเหตุฉุกเฉินและผู้รับ ติดสัญลักษณ์สารชีวภาพอันตรายตามแบบสากลพร้อมข้อความเตือนเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ รวมถึงสัญลักษณ์ลูกศรแสดงทิศทางการวางบรรจุภัณฑ์ หลังจากนั้นทำการฉีดย่น้ำยาฆ่าเชื้อภายนอกกล่องหรือภาชนะที่ขนส่งตัวอย่าง ขนส่งด้วยความเย็น 2-8 องศาเซลเซียส ตลอดการขนส่ง โดยใส่ Ice pack หรือน้ำแข็งแห้งต้องประสานไปยังห้องปฏิบัติการตรวจล่วงหน้า เพื่อแจ้ง วัน เวลาที่จะส่งตัวอย่าง	7	23.3	30	100.0
7. อบรมภาคปฏิบัติโดยการสอนจากนักเทคนิคการแพทย์ที่ผ่านการอบรมแล้ว และใช้สื่อการสอนจาก you tube คลิปการฝึกปฏิบัติ เรื่อง การเก็บสิ่งส่งตรวจ Nasopharyngeal swab และ Throat swab สำหรับการตรวจโควิด-19 โดย นพ.นาธาน กุลภัทรเวท จากโครงการฝึกอบรมระยะสั้นภาคสนามจากความร่วมมือของกรมควบคุมโรคและสภาเทคนิคการแพทย์ พร้อมประเมินผลการปฏิบัติโดยนักเทคนิคการแพทย์	5	16.7	30	100.0
8. อบรมการแต่งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล personal protective equipment (PPE) และทดสอบภาคปฏิบัติโดย ICN รพ.ตาพระยา	17	56.7	30	100.0

*** ข้อคำถามอ้างอิงจาก แนวทางการเก็บตัวอย่างตรวจเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

*** สืบค้นจาก <https://www3.dmsc.moph.go.th/page-view/87>

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนรวมของความรู้และภาคปฏิบัติการเก็บสิ่งส่งตรวจด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab และการแต่งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล personal protective equipment (PPE) ของทีมสหวิชาชีพ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว ระหว่างก่อนการพัฒนา และหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired t-test

ระยะพัฒนา	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{x}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	Mean difference (d)	95% CI:Mean Difference		ค่าสถิติ t	ค่า df	P-value
				Lower	Upper			
ก่อนการพัฒนา ฯ	20.37	2.62	3.27	2.13	4.39	5.91	29	<0.001
หลังการพัฒนา ฯ	23.63	1.65						

ตารางที่ 4 แสดงผลงานตัวชี้วัดการปฏิบัติงานพัฒนาคุณภาพ ก่อนและหลังการพัฒนา

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลก่อนพัฒนา (ปัญหาจาก Phase 1 (พ.ย. 63-มี.ค.64)	ระดับที่ปฏิบัติได้หลังการพัฒนา				
			ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ครั้งที่ 4	ครั้งที่ 5
			เม.ย.64	พ.ค.64	มิ.ย.64	ก.ค.64	ส.ค.64
1. อัตราการปฏิเสธสิ่งส่งตรวจ	≤1%	5%	1%	0.5%	0.5%	0%	0%
2. อัตราความถูกต้องในการส่งตัวอย่างตรวจหาเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR	100%	95%	99%	98%	100%	100%	100%
3. ความพึงพอใจของผู้รับบริการตรวจต่อในการตรวจหาเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR	≥85%	75%	82%	85%	90%	95%	98%
4. ความพึงพอใจของผู้รับบริการการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุก	≥85%	80%	80%	85%	90%	90%	92%

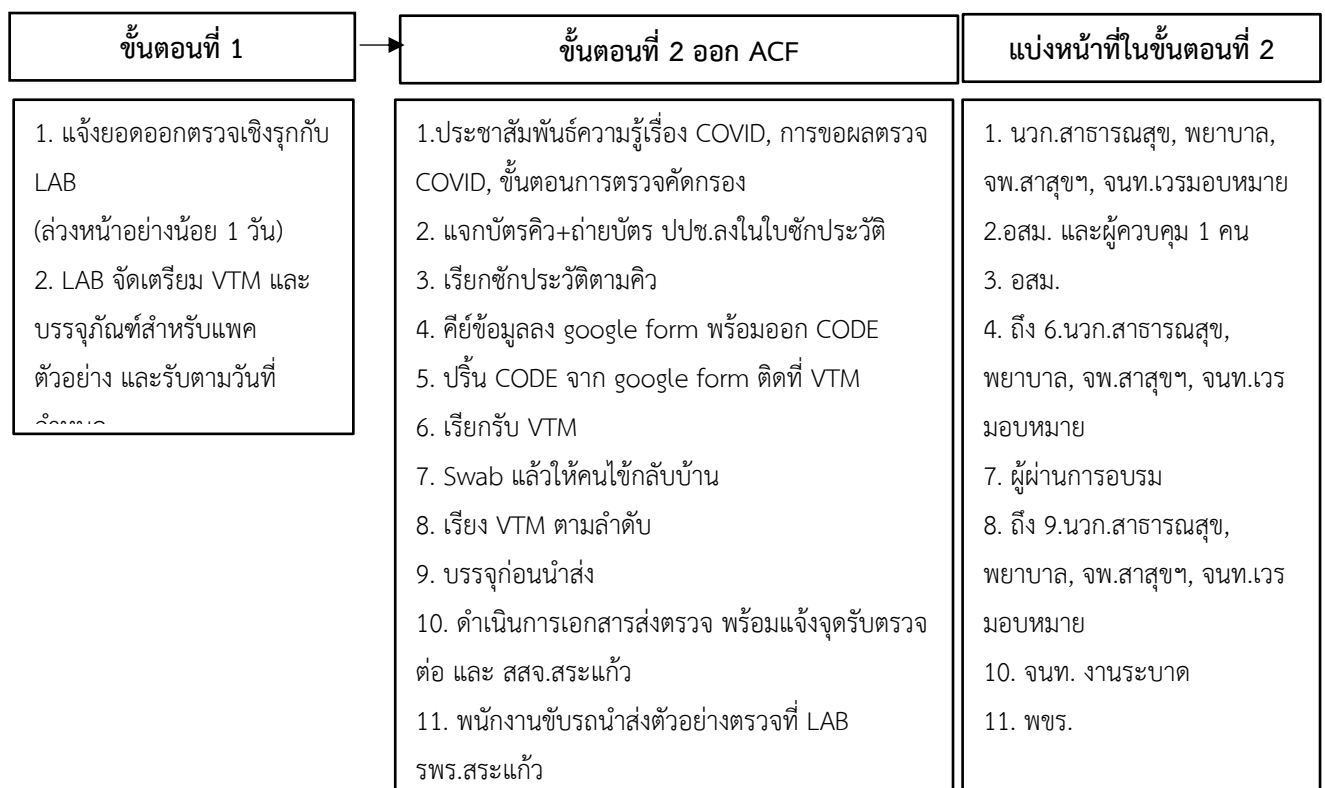
รูปแบบการดำเนินงานค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุก โดยทีมสหวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอดาพระยา จังหวัดสระแก้ว

รูปแบบการดำเนินงานค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุกลดขั้นตอนลง 4 ขั้นตอน ลดระยะเวลารอคอยได้ 1.30 ชั่วโมง ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุกมีความพึงพอใจ ผ่านเกณฑ์ชี้วัด (ดังภาพที่ 2 และ ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 รูปแบบการดำเนินงานค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุก

รูปแบบเดิม	รูปแบบหลังการพัฒนา	โอกาสพัฒนา
1. แจกบัตรคิว พร้อมใบชักประวัติเพื่อให้คนไข้กรอกข้อมูลและราย ละเอียดเบื้องต้น (คนไข้กรอกเอง) 2. ถ่ายสำเนาบัตรประชาชนคนไข้ 3. เรียกชักประวัติตามคิว 4. ให้คนไข้เดินไปจุดลงทะเบียน พร้อมออก CODE โดยเขียนติด VTM 5. รับ VTM เพื่อไป Swab เมื่อ Swab เสร็จกลับบ้าน พร้อมทั้งแจ้งว่า “กรณีไม่มีเจ้าหน้าที่โทรหาหมายถึงผลไม่พบเชื้อ”	1. แจกบัตรคิว โดย อสม. พร้อมสำเนาบัตรลงในแบบชักประวัติรูปแบบใหม่ 2. ลดขั้นตอน 3. เรียกชักประวัติตามคิว เมื่อเสร็จให้คนไข้รอตามจุด 4. คีย์ข้อมูลลง google form พร้อมออก CODE ปรี้นชื่อติดภาชนะ เรียกคนไข้ไป swab เสร็จกลับบ้าน 5. ขอผลตรวจผ่าน @line หมายเหตุ : หลังการพัฒนาพบว่าแบบชักประวัติกรอกแค่ที่จำเป็น, ลดการคัดลอกเอกสาร, ลดขั้นตอนบางจุด, ลดการเดิน, ลดการสัมผัส	นำระบบการจอง online มาใช้ และกรอกประวัติรอเมื่อถึงวันนัดปรี้น CODE ติดภาชนะ Swab กลับบ้าน และแจ้งผลโดยการขอผลตรวจผ่าน @line

ภาพ 2 สรุปเปรียบเทียบรูปแบบการดำเนินงานค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุก ก่อนและหลังพัฒนา



ภาพ 3 สรุปขั้นตอนการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุกโดยทีมสหวิชาชีพเครือข่ายบริการสุขภาพ
อำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว

อภิปรายผล

การพัฒนาคุณภาพการเก็บตัวอย่างตรวจ SARS-CoV-2 (COVID-19) ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว ด้วยการอบรมและฝึกปฏิบัติการเก็บ Nasopharyngeal swab, Throat swab ในการส่งตรวจหาเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR และเพิ่มศักยภาพในทีมสหวิชาชีพโดยนำกระบวนการ ADDIE Model มาใช้ในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ ซึ่งเป็นโมเดลออกแบบการสอนที่สามารถใช้ได้กับสภาพแวดล้อมการเรียนรู้ที่หลากหลาย สามารถปรับใช้ได้กับโครงการที่มีขนาดแตกต่างกัน ใช้เพื่อการเรียนรู้เป็นกลุ่มหรือการเรียนรู้เป็นรายบุคคลก็ได้ และความหลากหลายด้าน อายุ เพศ สถานะ ระดับการศึกษา และอาชีพ สามารถใช้โมเดลในการออกแบบการเรียนรู้พัฒนาได้เช่นเดียวกับการศึกษาในครั้งนี้ และนักเทคนิคการแพทย์ที่ผ่านการอบรมเป็นผู้อบรมการเก็บตัวอย่างด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab, อบรมและควบคุมการนำส่งตัวอย่างตรวจวิเคราะห์ RT-PCR (ส่งตรวจต่อ), พร้อมทั้งประเมินผล พบว่า ทีมสหวิชาชีพมีความรู้เกี่ยวกับการเก็บส่งตรวจด้วยวิธี Nasopharyngeal swab และ Throat swab ดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาคุณภาพ และสามารถปฏิบัติงานได้ มีทีม swab ค้นหาเชื้อโควิดเชิงรุกมากขึ้น อัตราการปฏิเสธส่งตรวจ ผ่านเกณฑ์ชีวิต และอัตราความถูกต้องในการส่งตัวอย่างตรวจหาเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR สอดคล้องกับการศึกษาของ นกสร ดวงสมสา และคณะ (2560) ศึกษาผลของการพัฒนาคุณภาพโดยทีมพยาบาลต่ออัตราการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพในเลือดที่ส่งตรวจเพาะเชื้อ พบว่า วงจร PDSA ได้แก่ การจัดอบรมเชิงปฏิบัติการ แจกคู่มือ ติดโปสเตอร์เตือน สนับสนุนชุดอุปกรณ์เจาะเลือด จัดระบบการช่วยเหลือกัน และเพิ่มแสงสว่างในหอผู้ป่วย หลังการพัฒนาคุณภาพพบว่าอัตราการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพในเลือดที่ส่งตรวจเพาะเชื้อโดยกลุ่มทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาคุณภาพโดยทีมพยาบาลส่งเสริมให้พยาบาลปฏิบัติการเจาะเลือดส่งตรวจเพาะเชื้อได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพในเลือดที่ส่งตรวจเพาะเชื้อลดลง ดังนั้นการพัฒนาอบรมโดยผู้ที่มีความจำเพาะด้านจะมีผลการพัฒนาที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของ กุศลาลัย สุราอามาตย์ (2562) ศึกษารูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุขตามเกณฑ์มาตรฐาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภอจตุรพักตรพิมาน พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีระบบกำกับติดตาม ประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงการมีคณะกรรมการดำเนินงานที่มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุน ให้คำแนะนำในการพัฒนา นอกจากนี้การมีนโยบายที่ชัดเจน มีช่องทางในการติดต่อที่เหมาะสม ถือเป็นปัจจัยส่งเสริมให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นแล้วการฝึกอบรม การควบคุมโดยผู้ที่มีประสบการณ์ตรงส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพแบบเร่งด่วนได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงส่งผลให้ความพึงพอใจของผู้รับบริการตรวจต่อในการตรวจหาเชื้อ SAR-CoV-2 ด้วยวิธี Real time RT-PCR มีความพึงพอใจมากที่สุด

รูปแบบการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุก โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอตาพระยา จังหวัดสระแก้ว พบว่ารูปแบบการดำเนินงานค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุกลดขั้นตอนลง 4 ขั้นตอน ลดระยะเวลารอคอยได้ 1.30 ชั่วโมง ส่งผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุกมีความพึงพอใจ ผ่านเกณฑ์ชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทรภา เสงขทรัพย์ และคณะ (2564) ได้ศึกษาคุณภาพการให้บริการที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์เนชั่นแนล พบว่า ด้านความสะอาด ด้านความเป็นรูปธรรมของการบริการ คุณภาพการให้บริการในภาพรวม มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโรงพยาบาลจุฬารัตน์ 3 อินเตอร์เนชั่นแนล อยู่ในระดับสูงมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

ในส่วนของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้พบคุณประโยชน์จากการพัฒนา คือ ผู้เข้าอบรมมีศักยภาพในการเก็บส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภาคสนาม โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความรู้เกี่ยวกับการแต่งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล personal protective equipment (PPE) ได้ดีและเข้าใจมากขึ้น แต่งกายถูกต้อง, ทีม swab ในการค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุกเพิ่มมากขึ้นส่งผลทำให้การค้นหาเชิงรุกได้มากขึ้น เร็วขึ้น (ค้นพบเชื้อเร็ว ยุติโรคได้เร็ว) อีกทั้งยังสามารถใช้ทีม swab ออกคัดกรองเชิงรุกด้วย Antigen Test Kit (ATK) ได้ และยังทำให้คนไข้เข้าถึงบริการได้ง่าย สะดวก และรวดเร็วขึ้น, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถทำ Nasopharyngeal swab ได้เพื่อรองรับการตรวจคัดกรองเชื้อโควิดด้วย Antigen Test Kit (ATK) ทำให้กักตัวผู้สัมผัสได้เร็วขึ้น และลดความเสี่ยงได้, ผู้ป่วยสามารถตรวจ Antigen Test Kit (ATK) ใกล้บ้านได้โดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก่อนตรวจ RT-PCR เพื่อเข้าระบบการรักษา และลดความแออัดให้กับโรงพยาบาลแม่ข่าย ลดการเคลื่อนตัวของเชื้อและผู้สัมผัสได้, มีรูปแบบการดำเนินงานค้นหาผู้สัมผัสเชื้อโควิดเชิงรุกที่ชัดเจน และสามารถนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติการมีโรคระบาดอื่น ๆ ตามความเหมาะสม, วิชาชีพเทคนิคการแพทย์มีส่วนร่วมในการขับเคลื่อน และจัดระบบบริการตามความเหมาะสม เพื่ออำนวยความสะดวกให้กับคนไข้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพอื่นได้เป็นอย่างดี และพบปัญหาอุปสรรคในด้านผู้ป่วยบางกลุ่มยังใช้เทคโนโลยีไม่เป็นทำให้ไม่สามารถขอผลตรวจได้ แต่ทั้งนี้ได้ประชาสัมพันธ์เบื้องต้นหากไม่มีการโทรแจ้งแสดงว่าไม่พบเชื้อ, เบอร์โทรคนไข้บางรายติดต่อไม่ได้ แก้ไขโดยการติดต่อ รพ.สต.เขตรับผิดชอบนั้น ๆ ให้ติดตามคนไข้ ปัญหาด้านเทคโนโลยีพบว่าพื้นที่บางพื้นที่ในเขตชนบทไม่มีอินเทอร์เน็ต และปัญหาด้านบุคลากร พบว่าบุคลากรบางหน่วยงาน และบุคลากร รพ.สต. บางแห่งไม่เพียงพอต่อภาระงาน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำการศึกษาลึกลงไปด้าน อายุ เพศ สถานะ ระดับการศึกษา และอาชีพ มีผลต่อการศึกษาวิจัยด้วยกระบวนการ ADDIE Model ด้านใดบ้าง
2. ศึกษาถึงปัจจัยในส่วนบุคลากรมีผลต่อการปฏิบัติงานหรือไม่
3. ศึกษาแนวความคิดวงจรคุณภาพ PDCA มาดำเนินการเชิงระบบ เช่น วางระบบการทำงานให้รัดกุม ลดภาระงานที่ซ้ำซ้อน (LEAN Management)
4. ศึกษาการนำเทคโนโลยีเข้ามาช่วย เช่น ระบบการลงทะเบียนออนไลน์ผ่านห้องบัตร จอคิว Swab ใช้ระบบ QR code เข้ามาช่วยเพื่อลดความคลาดเคลื่อน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). *สถานการณ์ผู้ติดเชื้อ COVID-19*. [ออนไลน์]. 2564; [สืบค้น 31 ส.ค. 2564]; [1 หน้า]. เข้าถึงได้ที่: URL:<http://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>.
- กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและวิชาการ โรงพยาบาลตาพระยา. (2564). *สรุปผลงานประจำปี 2564 การประชุมคณะกรรมการบริหาร และทีมงานทางคุณภาพ. สาระแก้ว : โรงพยาบาลตาพระยา จังหวัดสระแก้ว.*
- กุศลาสัย สุราอามาตย์ สงครามชัย ลีทองดี และเสฐียรพงษ์ ศิวินา (2562), *รูปแบบการพัฒนาคุณภาพห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข ตามเกณฑ์มาตรฐานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว ในเครือข่ายบริการปฐมภูมิ อำเภोजตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน) พ.ศ. 2562.*

- คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. *ประสบการณ์เตรียมห้องปฏิบัติการทางการแพทย์พร้อมรับโรค COVID-19* [ออนไลน์]. 2564; [สืบค้น 20 ส.ค. 2564]; [1 หน้า]. เข้าถึงได้ที่:
URL: <http://med.mahidol.ac.th/atrama/issue037/open-lab>
- ชลอวัฒน์ อินปา และ พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. (2564). *ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราชในช่วงการแพร่ระบาดโรค COVID-19*. เชียงรายเวชสาร, 13(2), 153-165.
- นภสร ดวงสมสา และคณะ. (2556). *ผลของการพัฒนาคุณภาพโดยทีมพยาบาลต่ออัตราการปนเปื้อนเชื้อจุลชีพในเลือดที่ส่งตรวจเพาะเชื้อ*. พยาบาลสาร ปีที่ 40 ฉบับที่ 4 ตุลาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2556 ; 12-21.
- บี บี ซี นิวส์ ไทย. *โควิด-19: ลำดับเหตุการณ์ แผนที่ อินโฟกราฟิก ยอดติดเชื้อ-เสียชีวิตในไทยและทั่วโลก* [ออนไลน์]. 2564; [สืบค้น 31 ส.ค. 2564]; [1 หน้า]. เข้าถึงได้ที่: URL: <https://www.bbc.-com/thai/thailand-52090088>
- ปรีเยดา ภัทรสัจธรรม. (2559). *การออกแบบการเรียนรู้การสอนเชิงระบบโดยใช้แบบจำลอง ADDIE : การพัฒนาการคิดแบบเมตาคอกนิชัน (Metacognition) ของนักศึกษาพยาบาล*. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 (พฤศจิกายน 2558-มีนาคม 2559) หน้า 6-17
- มหาวิทยาลัยมหิดล. (2563). *ความรู้พื้นฐาน COVID - 19 การติดเชื้อการป่วย การดูแลรักษา การป้องกันการแพร่เชื้อและการติดเชื้อ*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- Kruse, K. (2008). *Introduction to Instructional Design and the ADDIE Model*. [Online]
Accessed 30 December . Available from <http://www.elearningguru.com/articles/art2>.
- Sripraphan, M. *Basic Knowledge of Antigen Test Kit for Screening for COVID-19*. Retrieved April 8, 2021 from [http:// pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/0570.pdf](http://pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/0570.pdf)
- World Health Organization. *Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: laboratory testing for 2019-nCoV in humans*. [online]. 2020; [cited 2020 Jun 20]; [5 screens]. Available from: URL: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-%ADcoronavirus-%AD2019/technical-%ADguidance/laboratory-%ADguidance>.

ประสิทธิผลของตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็นเปรียบเทียบกับ
สเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็นในการรักษาโรคลมจับโป่งน้ำเข้า

Effectiveness of Cooling Activity Herbal Sprays Comparing to Mixing Herbs and
Tiliacora Triandra Leaf for Jub-Pong-Num-Kao Treatment

ศศิพิสุทธิ หงษ์สมบัติ^{1*}, ภัทรพล อุดมลาภ², ปรางทอง ชำนิพันธ์³

Sasiphisut Hongsombud^{1*}, Pattarapol Udomlarp², Prangtong Chamnipan³

วิทยาลัยชุมชนบุรีรัมย์ กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม¹

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 (อุดรธานี)²

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองยาง อำเภอชำนิ จังหวัดบุรีรัมย์³

Buriram Community College, Office of the Ministry of Higher Education, Science, Research and Innovation¹

Regional Medical Sciences Center 8 (Udonthani)²

Ban Mueang Yang Tambon Health Promotion Hospital, Amphoe Chamni, Buri Ram³

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็นเปรียบเทียบกับสเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็นในการรักษาโรคลมจับโป่งน้ำเข้า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติเกณฑ์การคัดเลือก 20 คน สุ่มอย่างง่ายเข้ากลุ่มทดลอง 10 คน กลุ่มควบคุม 10 คน กลุ่มทดลองได้รับตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น กลุ่มควบคุมได้รับสเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น ใช้สเปรย์เช้าและก่อนนอน ห้ามล้างออก 6 ชั่วโมง 12 สัปดาห์ ประเมินวัดระดับความปวด (VAS) การบวม และ KOOS สถิติคือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐาน paired samples t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่าหลังรักษา กลุ่มทดลอง มีระดับความปวด การบวม อาการ อาการปวด กิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมอื่น ๆ และคุณภาพชีวิต ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) กลุ่มควบคุม การบวม อาการปวด กิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมอื่น ๆ ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) แต่ระดับความปวด อาการ และคุณภาพชีวิต ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ระดับความปวด คะแนนประเมินข้อเข่าที่เพิ่มขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P<0.05$) แต่การบวมไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ ตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็นเป็นทางเลือกในการรักษาโรคลมจับโป่งน้ำเข้า ที่มีประสิทธิผล

คำสำคัญ: ตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น สเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น จับโป่งน้ำเข้า ประสิทธิภาพ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: malee3000@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 081-8784621)

Abstract

This experimental research aimed to study the effectiveness of cooling activity herbal sprays comparing to mixing herbs and *Tiliacora Triandra* leaf formulation for Jub-Pong-Num-Kao treatment. Samples were 20 patients, using a purposive selection method according to the inclusion criteria, and were randomly entered into two groups by simple random sampling, a group of 10 using 10 mixing herbs spray and a group of 10 using 10 *Tiliacora triandra* leaf formulations. The samples in each group were received treatment by spraying every day, 2 times a day in the morning and at night, for 12 weeks. The study instruments included personal records, visual analog scale (VAS), and also swelling assessment form and KOOS. Data were analyzed by percentage, mean, standard deviation, paired samples t-test and independent samples t-test.

The results found that after treatment, the mixing herbs group had statistically significant decrease scores of pain levels, swelling symptoms and knee assessment ($P < 0.05$). On the one hand, in the *Tiliacora triandra* leaf group had statistically significant decrease scores of pain levels, swelling symptoms and knee assessment in terms of pain, daily activities, exercise movement and other activities ($P < 0.05$), but knee assessment scores in terms of symptoms and quality of life were not statistically significant. When comparing between groups, it was found that pain levels and knee assessment scores were statistically significant difference ($P < 0.05$), but swelling symptoms was not statistically significant difference.

It could be concluded that the mixing herbs spray has more effective than the *Tiliacora triandra* leaf formulation. Therefore, the mixing herbs spray should be recommended to use for Jub-Pong-Num-kao patients.

Keywords: cool herbal spray formulation, cool herbal spray single, jub-pong-Num-kao, effectiveness

บทนำ

โรคข้อเข่าเสื่อม (Osteoarthritis) เป็นสาเหตุของภาวะทุพพลภาพทั่วโลกสูงสุดเป็นอันดับที่ 11 (Cross, Smith, Hoy, Nolte, Ackerman, Fransen et al, 2014) จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2564 ในส่วนของผู้ที่มิโรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว 5 ลำดับแรก พบว่า ความผิดปกติทางกระดูกและกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 31.0) เป็นปัญหาสุขภาพ 1 ใน 5 รองลงมาจากกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 63.5) กลุ่มโรคเบาหวานและความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ ฯ (ร้อยละ 31.0) กลุ่มโรคเรื้อรังของระบบหายใจ (ร้อยละ 10.2) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) พยาธิสภาพของภาวะข้อเข่าเสื่อมเกิดจากภาวะที่ร่างกายสูญเสียกระดูกอ่อนผิวข้อและน้ำไขข้อที่ลดลง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของกระดูกบริเวณข้อ เช่น เกิดกระดูกงอกในข้อเยื่อหุ้มข้อหนาตัวมากขึ้นอันจะส่งผลให้เกิดอาการปวดในข้อ ข้อบวม พิสัยการเคลื่อนไหวข้อลดลง เสียงดังในข้อ เป็นต้น (Cui,

Li, Wang, Zhong, Chen & Lu H, 2020) ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมและกระตุ้นให้เกิดพยาธิสภาพ มักเกิดจากการใช้งานเป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการสึกหรอของกระดูกอ่อนบริเวณผิวข้อตั้งแต่ในวัยผู้ใหญ่ต่อเนื่องไปสู่วัยผู้สูงอายุ จึงมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น ในเพศหญิงวัยกลางคน ซึ่งมีเกี่ยวข้องกับฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลง ทำให้ความสามารถของฮอร์โมนที่ช่วยดูดซึมแคลเซียมไอออนในกระแสเลือดเข้ามาเก็บสะสมไว้ในกระดูกลดลง ก่อให้เกิดกระดูกเปราะบาง ถูกทำลายได้ง่ายและเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมได้ (Pan, O'Connor, Coutts, Hyzy, Olivares-Navarrete, Schwartz et al, 2016) นอกจากนั้นในผู้ที่มีน้ำหนักตัวมาก ทำให้ข้อเข่าต้องรับน้ำหนักมากขึ้น เกิดการบาดเจ็บต่อข้อเข่า โครงสร้างข้อเข่าเกิดการเปลี่ยนแปลง จึงเกิดข้อเข่าเสื่อมได้ รวมถึงผู้ที่มีน้ำหนักตัวมากยังทำให้กระดูกอ่อนชนิด articular cartilage ที่มีคุณสมบัติทนต่อแรงกระแทกเกิดความเสื่อมเร็วกว่าผู้ที่มีน้ำหนักตัวอยู่ในเกณฑ์ปกติ (Zheng, Chen, 2015) อีกทั้งยังพบว่าสารประกอบทางพันธุกรรมชนิด T-allele ใน Growth Differentiation Factor 5 (GDF5) polymorphism เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความเสื่อมของข้อเข่าเสื่อม (Hall, Laslett, Martel-Pelletier, Pelletier, Abram, Ding et al, 2016) ผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมจะมีอุปสรรคในการใช้ชีวิตประจำวัน เกิดความยากลำบากในการเคลื่อนไหว บางคนต้องพึ่งผู้อื่น ส่งผลให้คุณภาพชีวิตลดลง ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมให้หายขาดได้ จุดมุ่งหมายในการรักษา คือ ลดอาการปวด ทำให้ข้อเคลื่อนไหวดีขึ้น ป้องกันหรือแก้ไขข้อที่ผิดปกติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามความเหมาะสม (กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข, 2558)

สมุนไพรรักษาอาการข้อเข่าเสื่อมหลากหลายชนิด ซึ่งให้ผลในการรักษาแตกต่างกัน ทั้งสมุนไพรที่มีฤทธิ์ร้อน และสมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น แนวคิดทางการแพทย์แผนไทย เรียกโรคข้อเข่าเสื่อมว่าโรคลมจับโป่งเข่าซึ่งหมายถึง โรคลมที่ทำให้ข้อต่อหลวม มีน้ำในข้อ และขัดในข้อ โดยโรคลมจับโป่งเข่าแบ่งออกเป็น 2 ชนิดตามอาการ คือ ลมจับโป่งน้ำเข่าซึ่งเป็นการอักเสบรุนแรงของข้อเข่า ทำให้มีอาการปวด บวม แดง ร้อน และอาจมีไข้ร่วมด้วย และลมจับโป่งแห้งเข่า เป็นการอักเสบเรื้อรังของข้อเข่า ทำให้มีอาการปวดและบวมบริเวณข้อเล็กน้อย หากเป็นลมจับโป่งน้ำเข่าแล้วใช้สมุนไพรฤทธิ์ร้อนในการรักษาจะกระตุ้นให้ธาตุไฟกำเริบ และหากเป็นลมจับโป่งแห้งเข่าแล้วใช้สมุนไพรฤทธิ์เย็นในการรักษาจะทำให้ธาตุลมมีการคั่งค้างบริเวณเข่ามากขึ้นไป (โรงเรียนอายุรเวทธารัง, 2557) ยาสมุนไพรไทยดั้งเดิมที่แพทย์แผนไทยใช้ในการรักษาผู้ป่วย หากเป็นลมจับโป่งน้ำเข่า ให้ใช้ยาฤทธิ์ร้อน และหากเป็นลมจับโป่งแห้งเข่า ให้ใช้ยาฤทธิ์เย็น

การศึกษาเกี่ยวกับสมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็นที่ช่วยบรรเทาอาการข้อเข่าเสื่อม ได้แก่ หักราก ประกอบด้วย รากย่านาง รากคนทา รากตำแย รากหม่อน รากมะเดื่อชุมพร และรากชิงช้า ซึ่งในหักรากมีสารในกลุ่ม Flavonoid glycosides ที่มีคุณสมบัติเป็นสารต้านอนุมูลอิสระ (Jiang, Wang, Wang, Zhang, Chen, Wang & Li, 2018; Torres Castaneda, Colmenares Dulcey & Isaza Martinez, 2016) มีสารที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ได้แก่ rutin ที่พบในตำแยหม่อน (Obloh, Ogunraku, Oyeleye, Olasehinde, Ademosun & Boligon, 2017) จากการศึกษาพยากรณ์ว่าพืชที่มีส่วนผสมของหักราก พบว่า สามารถช่วยลดอาการปวดเข่าและเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวของเข่าได้ดีต้องรักษาอย่างน้อย 4 ครั้งอย่างต่อเนื่อง (เจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์ วินัย สยอวรรณ วราวุธ คตวงศ์ ณัฐสุดา แก้ววิเศษ และอิสรา ศิริมณีรัตน์, 2562) ฟ้ายะลวยโจรมีสารในกลุ่มแลคโตน มีองค์ประกอบหลัก 4 ชนิด คือ andrographolide neoandrographolide, 14 - deoxy- 1, 1 2-didehydroandrographolide และ 14 - deoxyandrographolide ยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ลดการอักเสบ (Suebsasana, Pongnaratorn, Sattayasai, Arkaravichien, Tiamkao & Aromdee, 2009) จากการศึกษาพยากรณ์ว่าพืชที่มีส่วนผสมของฝ้ายะลวยโจรมี

พบว่า สามารถลดการอักเสบของข้อเข่าและช่วยดูดพิษร้อนได้ (กรกฎ ไชยมงคล, 2562) สารสกัดและน้ำมันหอมระเหยจากว่านนางคำ มีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาในการต้านการอักเสบ ฤทธิ์สมานแผล ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ ฤทธิ์ยับยั้งเนื้องอก และฤทธิ์ต้านเชื้อจุลินทรีย์ (Xiang, Zhang, Yang, Chen, Zheng & Liu, 2017) จากการศึกษายาพอกเข้าที่มีส่วนผสมของว่านนางคำ พบว่า อาการปวดเข่าลดลง คะแนนความปวดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ปิยะพล พูลสุข สุชาติดา ทรงผาสุข เมริษา จันทา เนตรยา นิมพิทักษ์พงศ์ และกิตรวี จิรรัตน์สถิต, 2561) นอกจากนั้นยาเขียวหอมซึ่งจัดเป็นยาฤทธิ์เย็น ประกอบด้วยสมุนไพรที่มีกลิ่นหอมหลายชนิด เช่น รากแฝกหอม เปราะหอม ใบสันพร้าวหอม ใบพิมเสน และเกสรทั้ง 5 เป็นต้น ช่วยในการปรับสมดุลของธาตุ สารสำคัญที่พบในใบย่านางส่วนมากจะเป็นสารในกลุ่มฟีนอลิก (phenolic compound) และสารในกลุ่มฟลาโวนอยด์ไกลโคไซด์ สรรพคุณของย่านางมีฤทธิ์ในการลดไข้ แก้ปวด ต้านการอักเสบ ต้านอนุมูลอิสระ ต้านมะเร็ง ถอนพิษสุรา การลดระดับน้ำตาลในเลือด (Katisart & Rattana, 2017 ; Kaewpi boon, Winayanuwattikun, Yongvanich, Phuwapraisirisan & Assavalapsakul, 2014) การศึกษาทางคลินิกโดยใช้ย่านางในรูปแบบถุงยาสมุนไพร ตำรับยาประกอบด้วย สะเดา ย่านาง รากจืด เสดดพังพอนตัวเมีย ผักเสี้ยนผี ผักแว่น ใบบัวบก และหญ้าเอ็นยืด ใช้ประคบข้อเข่าครั้งละ 30 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง 4 สัปดาห์ หลังการใช้คะแนนระดับความเจ็บปวดลดลง (ชุตินันท์ ชันทะยศ และกนกพร ปัญญาดี, 2560)

ผลิตภัณฑ์ที่เป็นภูมิปัญญาพื้นบ้านในการรักษาอาการข้อเข่าเสื่อมมีหลากหลายรูปแบบ เช่น ถุงยาสมุนไพร โคลนสมุนไพรพอกเย็น การเผายา การกักน้ำมัน แผ่นแปะแก้ปวด พลาสเตอร์บรรเทาปวดกล้ามเนื้อ จากการศึกษาพบว่า สมุนไพรในรูปแบบสเปรย์จะมีข้อดีคือ สามารถพ่นยาในขนาดที่ถูกต้อง มีขนาดเล็ก พกพาสะดวก และจากหลายงานวิจัยพบว่าเมื่อนำสมุนไพรที่มีความแรงต่างกันมาผสมเข้าด้วยกันมักจะได้ผลการรักษาที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้สมุนไพรเดี่ยว ๆ (อรสา สารพันโชติวิทยา, 2564) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิภาพของตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น ประกอบด้วย ห้าราก ฟ้าทะลายโจร ว่านนางคำ และยาเขียวหอม เปรียบเทียบกับสเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น ได้แก่ ย่านาง ในการรักษาโรคลมจับโปงน้ำเข้า

วัตถุประสงค์วิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อประเมินประสิทธิภาพของตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็นเปรียบเทียบกับสเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็นในการรักษาโรคลมจับโปงน้ำเข้า

วัตถุประสงค์เฉพาะ

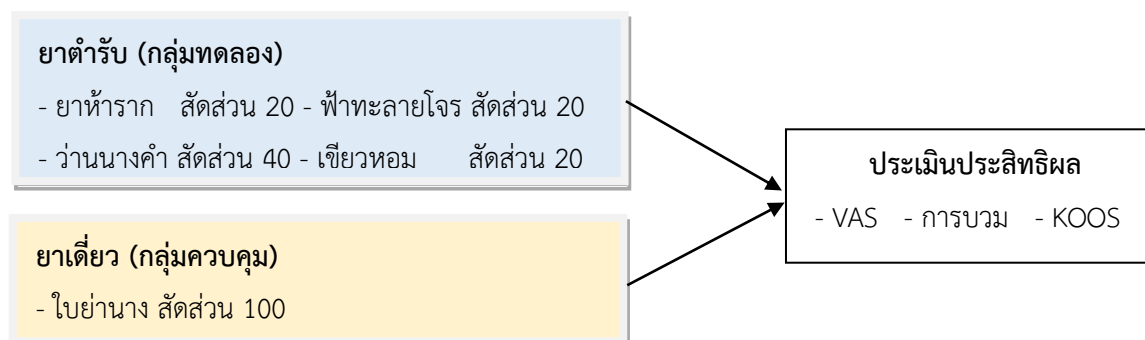
1. เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวด การบวม และความรุนแรงของข้อเข่า ในผู้มีอาการโรคลมจับโปงน้ำเข้า ระหว่างก่อนและหลังการได้รับตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น และสเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความปวด การบวม และความรุนแรงของข้อเข่า ในผู้มีอาการโรคลมจับโปงน้ำเข้า ระหว่างตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็นกับสเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น

สมมติฐานวิจัย

1. หลังการได้รับตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น และสเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น ผู้มีอาการโรคลมจับโปงน้ำเข้า มีระดับความปวด การบวม ลดลงกว่าก่อนได้รับการรักษา และคะแนนประเมินข้อเข้าเพิ่มขึ้นกว่าก่อนได้รับการรักษา
2. ระดับความปวด การบวม และความรุนแรงของข้อเข้าเสื่อม ในผู้มีอาการโรคลมจับโปงน้ำเข้า ที่ได้รับตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็นกับสเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น แตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ได้จากการศึกษาสมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น ได้แก่ ยาห้าราก ยาฟ้าทะลายโจร ยาวานนางคำ ใบย่านาง ที่ช่วยในการบรรเทาอาการข้อเข้าเสื่อม ประเภกลมจับโปงน้ำเข้า และจากการศึกษาพบว่าเมื่อนำสมุนไพรที่มีความแรงต่างกันมาผสมเข้าด้วยกันมักจะได้ผลการรักษาที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้สมุนไพรเดี่ยว ๆ (อรสา สารพันโชติวิทยา, 2564) ผู้วิจัยจึงทำการทดลองตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น ประกอบด้วย ยาห้าราก ยาฟ้าทะลายโจร ยาวานนางคำ และยาเขียวหอม เปรียบเทียบกับสเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น ได้แก่ ใบย่านาง ในการลดความปวด การบวม และความรุนแรงของข้อเข้าเสื่อม ประเภกลมจับโปงน้ำเข้า โดยมีรายละเอียดดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

แบบแผนการทดลองศึกษาในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และวัดก่อน - หลังการทดลอง (Randomized Control-Group Pretest-Posttest Design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมจับโปงน้ำเข้า ที่มารับบริการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองยาง อำเภอขามเฒ่า จังหวัดบุรีรัมย์ ในช่วงเดือนเมษายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2565 จำนวนทั้งหมด 32 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคลมจับโปงน้ำเข้า ที่มารับบริการแพทย์แผนไทย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองยาง อำเภอขามเฒ่า จังหวัดบุรีรัมย์ ในช่วงเดือนเมษายน -

กรกฎาคม พ.ศ. 2565 ใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive selection) ตามคุณสมบัติของเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) อายุ 40 ปีขึ้นไปและไม่เกิน 85 ปี 2) มีค่าคะแนนความเจ็บปวดที่ ระดับ 4-8 3) มีค่าคะแนน KOOS ที่ระดับ 20 – 80 4) ระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือน 5) ไม่มีลักษณะข้อเข่าโค้ง ผิดรูป 6) ไม่ได้ได้รับการรักษาที่มีผลต่ออาการปวดเข่า 7 วัน ก่อนเข้าร่วมการวิจัย เช่น ทายา รับประทานยา ฉีดยา การนวด การประคบ การฝังเข็ม การกายภาพบำบัด เป็นต้น 7) สามารถมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องได้ ซึ่งมีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 20 คน

จากนั้นทำการสุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากตารางเลขสุ่มให้มีเลขกำกับตามลำดับการเข้ารับบริการ โดยให้ลำดับเลขที่อยู่กลุ่มที่ 1 ได้รับตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น (ยาทดลอง) จำนวน 10 คน และลำดับเลขที่อยู่กลุ่มที่ 2 ได้รับสเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น (ยาหลอก) จำนวน 10 คน เพื่อป้องกันการมีอคติ (Bias) หรือผลลัพธ์อื่นเกิดจากจิตวิทยา ทั้ง 2 กลุ่มรวมถึงผู้ที่ให้การรักษา จะถูกปิดบังไม่ให้ทราบว่าได้รับการรักษาแบบใด (double blind) โดยการให้นักวิจัยอีกท่านหนึ่งเป็นผู้เตรียมยาทดลองและยาหลอก ในขวด สี ขนาด ที่เหมือนกัน และใช้หมายเลขโค้ดกำกับไว้โดยผู้เตรียมทราบเพียงคนเดียว

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา (Discontinuation criteria) ดังนี้ ผู้ป่วยที่เกิดผลข้างเคียงจากสเปรย์สมุนไพร เช่น การแพ้สมุนไพร ผื่นแดง คัน หรือมีความเจ็บป่วยอื่น ๆ ที่แพทย์ลงความเห็นที่ไม่สามารถรับการรักษาด้วยวิธีที่ระบุในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ สเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็นที่เป็นยาทดลอง มีส่วนผสมของสมุนไพร ห้าราคา ฟ้าทะลายโจร ว่านนางคำ ยาเขียวหอม สเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็นที่เป็นยาควบคุม มีส่วนผสมของสมุนไพรย่านาง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อาชีพ การศึกษา ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลาที่มีอาการปวดข้อเข่า วิธีที่เคยได้รับการรักษา

2.2 แบบประเมินระดับความปวด วิซวลอนาล็อก สเกล (Visual Analogue Scales: VAS) ที่มีสเกลตั้งแต่ 0-10 เซนติเมตร 0 คือไม่มีความเจ็บปวด 10 คือ มีอาการปวดมากที่สุด

2.3 แบบประเมินการบวม วัดรอบกึ่งกลางของหัวเข่า (Joint Line) ที่เหยียดตรงขณะนอน

2.4 แบบประเมินข้อเข่า Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) 42 ข้อคำถามครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการ (7 ข้อ) ด้านอาการปวด (9 ข้อ) ด้านกิจวัตรประจำวัน (17 ข้อ) ด้านการเคลื่อนไหวในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมอื่น ๆ (5 ข้อ) ด้านคุณภาพชีวิต (4 ข้อ)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ให้ครอบคลุมเนื้อหา วัดได้ครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัย การใช้ภาษาและความชัดเจนของภาษาเพื่อให้อ่านเข้าใจตรงกัน โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ตรวจสอบ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ และพยาบาลวิชาชีพ พิจารณาความถูกต้องและความครอบคลุม (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00

2. แบบประเมินระดับความปวด วิซวลอนาล็อก สเกล (Visual Analogue Scales: VAS) ประเมินความตรงของมาตรวัดความปวด ซึ่ง ประกอบด้วย แบบตรวจสอบความถูกต้องของการตอบ แบบวัดความง่ายในการใช้ และแบบวัดความชอบของมาตรวัดความปวด โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมินความปวด จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ และพยาบาลวิชาชีพ พิจารณาความถูกต้องและความครอบคลุม (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 ค่าความเที่ยงแบบวัดซ้ำของเครื่องมือเท่ากับ 0.78

3. แบบประเมินการบวม ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเนื้อหา ภาษาที่ใช้ โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการประเมินการบวม จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทยปฏิบัติการ และพยาบาลวิชาชีพ พิจารณาความถูกต้องและความครอบคลุม (Content Validity) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 1.00 ค่าความเที่ยงแบบวัดซ้ำของเครื่องมือเท่ากับ 0.90

4. แบบประเมินข้อเข่า Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) 42 ข้อคำถามครอบคลุม 5 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการ (7 ข้อ) ด้านอาการปวด (9 ข้อ) ด้านกิจวัตรประจำวัน (17 ข้อ) ด้านการเคลื่อนไหวในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมอื่น ๆ (5 ข้อ) ด้านคุณภาพชีวิต (4 ข้อ) และได้ทดสอบความน่าเชื่อถือในรูปแบบภาษาไทยแล้ว (กานดา ชัยภิญโญ, วรกานต์ ขอบประเสริฐ, วิชุดา ลิขิตพิทักษ์, อลิสา เกร็ดพล, 2561)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นก่อนการทดลอง

1. สกัดตัวรับสมุนไพรมีฤทธิ์เย็น (ยาทดลอง) เพื่อแยกสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพที่ต้องการ โดยนำสมุนไพรมีฤทธิ์เย็น 4 ชนิด ตามสัดส่วน ดังนี้ ยาหาราก สัดส่วน 20 ยาฟ้าทะลายโจร สัดส่วน 20 ยาวานนางคำ สัดส่วน 40 ยาเขียวหอม สัดส่วน 20 จำนวนรวม 5 กิโลกรัม บดละเอียด นำมาหมักในเอทานอล: น้ำกลั่น (1:1) ทิ้งไว้ไม่ต่ำกว่า 24 ชั่วโมง กรองเฉพาะส่วนใส ใส่เก็บไว้ในขวดสีชา

2. สกัดสมุนไพรมีฤทธิ์เย็น (ยาหลอก) เพื่อแยกสารออกฤทธิ์ทางชีวภาพที่ต้องการ โดยนำสมุนไพรมีฤทธิ์เย็น สัดส่วน 100 จำนวนรวม 1 กิโลกรัม บดละเอียด นำมาหมักในเอทานอล: น้ำกลั่น (1:1) ทิ้งไว้ไม่ต่ำกว่า 24 ชั่วโมง กรองเฉพาะส่วนใส ใส่เก็บไว้ในขวดสีชา

3. การเตรียมตัวรับสเปรย์สมุนไพรมีฤทธิ์เย็น (ยาทดลอง) ดังนี้ ตวงสารตามสัดส่วนประกอบด้วย สารสกัดสมุนไพรมีฤทธิ์เย็น 4 ชนิด สัดส่วน 64 น้ำมันยูคาลิปตัส สัดส่วน 7 พิมเสน สัดส่วน 4 การบูร สัดส่วน 7 เมนทอล สัดส่วน 4 กลีเซอริน สัดส่วน 7 TWEEEN20 สัดส่วน 7 ผสมส่วนประกอบทุกอย่างเข้าด้วยกัน บรรจุในขวดสเปรย์ขวดละ 100 mL

4. การเตรียมสเปรย์สมุนไพรมีฤทธิ์เย็น (ยาหลอก) ดังนี้ ตวงสารตามสัดส่วนประกอบด้วย สารสกัดสมุนไพรมีฤทธิ์เย็น สัดส่วน 64 น้ำมันยูคาลิปตัส สัดส่วน 7 พิมเสน สัดส่วน 4 การบูร สัดส่วน 7 เมนทอล สัดส่วน 4 กลีเซอริน สัดส่วน 7 TWEEEN20 สัดส่วน 7 ผสมส่วนประกอบทุกอย่างเข้าด้วยกัน บรรจุในขวดสเปรย์ขวดละ 100 mL

5. ควบคุมคุณภาพตัวรับสเปรย์สมุนไพรมีฤทธิ์เย็นด้วยการวิเคราะห์ปริมาณโลหะหนักที่เป็นพิษต่อร่างกาย จำนวน 4 ชนิด คือ สารหนู แคดเมียม ตะกั่ว ปรอท การตรวจสอบการปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ 3 ชนิด คือ *Staphylococcus aureus*, *Salmonella* spp. และ *Clostridium* spp. โดยส่งตรวจที่ศูนย์วิทยาศาสตร์

การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี สารหนู แคดเมียม ตะกั่ว ทดสอบด้วยเทคนิค AAS พรอท ทดสอบด้วยเทคนิค Mercury analyzer ผลการวิเคราะห์ไม่พบสารหนู โลหะหนัก การปนเปื้อนของเชื้อจุลินทรีย์ ทดสอบด้วยเทคนิค THP 2017 ผลการวิเคราะห์ไม่พบการปนเปื้อนด้วยจุลินทรีย์

6. ภายหลังได้รับอนุมัติให้ทำการวิจัยในผู้ป่วย โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดำเนินการวิจัยที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองยาง อำเภอขามเฒ่า จังหวัดบุรีรัมย์
ขั้นตอนทดลอง

1. คัดเลือกตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งมีผู้ป่วยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 20 คน ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดเลือกกรับฟังคำอธิบายโดยผู้วิจัย เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย พร้อมทั้งอันตรายหรืออาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการทดลอง และลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

2. ผู้ป่วยจะถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่มแบบสุ่ม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายจากตารางเลขสุ่ม ให้มีเลขกำกับตามลำดับการเข้ารับบริการ โดยให้ลำดับเลขคี่อยู่ กลุ่มที่ 1 ได้รับตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น (ยาทดลอง) จำนวน 10 คน และลำดับเลขคู่อยู่ กลุ่มที่ 2 ได้รับสเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น (ยาหลอก) จำนวน 10 คน

3. ก่อนทำการทดลอง ได้รับการวัดระดับความปวด โดยใช้ Visual Analogue Scales (VAS) วัดการบวมของเข่า ประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม โดยใช้ Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) (Pre-test)

วิธี A

4. กลุ่มที่ 1 ได้รับตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น (ยาทดลอง) ผู้ป่วยจะได้ทราบคำแนะนำการปฏิบัติตัวในระหว่างที่เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ การใช้สเปรย์สมุนไพรวันละ 2 เวลา ตอนเช้า และตอนกลางคืนก่อนนอน ห้ามล้างออกหรืออาบน้ำจนกระทั่งครบ 6 ชั่วโมง และระหว่างอยู่ในช่วงการทดลองไม่ได้รับการรักษาที่มีผลต่ออาการปวดเข่า อาทิเช่น ด้วยการทายา รับประทานยา ฉีดยา การนวด การประคบ การฝังเข็ม การกายภาพบำบัด เป็นต้น

5. ดำเนินการทดลองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามการทดลองใช้ทุก 1 สัปดาห์

วิธี B

6. กลุ่มที่ 2 ได้รับสเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น (ยาหลอก) ผู้ป่วยจะได้ทราบคำแนะนำการปฏิบัติตัวในระหว่างที่เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ การใช้สเปรย์สมุนไพรวันละ 2 เวลา ตอนเช้า และตอนกลางคืนก่อนนอน ห้ามล้างออกหรืออาบน้ำจนกระทั่งครบ 6 ชั่วโมง และระหว่างอยู่ในช่วงการทดลองไม่ได้รับการรักษาที่มีผลต่ออาการปวดเข่า อาทิเช่น ด้วยการทายา รับประทานยา ฉีดยา การนวด การประคบ การฝังเข็ม การกายภาพบำบัด เป็นต้น

7. ดำเนินการทดลองเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยติดตามการทดลองใช้ทุก 1 สัปดาห์

ขั้นหลังการทดลอง

1. หลังจากครบ 12 สัปดาห์ ผู้วิจัยวัดระดับความปวด โดยใช้ Visual Analogue Scales (VAS) วัดการบวมของเข่า ประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม โดยใช้ Knee and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) (Post-test)

2. ประเมินประสิทธิผลของตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็นเปรียบเทียบกับสเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็นในการรักษาโรคลมจับโปงน้ำเข้า

การคิดคะแนนการประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม KOOS

1. คิดคะแนนในแต่ละข้อย่อย โดยแต่ละข้อมีคะแนน 0 - 4 เริ่มจากไม่มีอาการ = 0 ไปจนถึงอาการมากที่สุด = 4 คะแนน
2. นำคะแนนในแต่ละข้อย่อยมารวมกันโดยแยกตามด้าน
3. นำคะแนนที่ได้จากข้อ 2 มาแทนค่าในสูตรของแต่ละด้านดังนี้ ด้านอาการ 100 - {(คะแนนรวมข้อที่ 1-7/28) × 100} ด้านอาการปวด 100 - {(คะแนนรวมข้อที่ 1-9/36) × 100} ด้านกิจวัตรประจำวัน 100 - {(คะแนนรวมข้อที่ 1-17/68) × 100} ด้านการเคลื่อนไหวในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมอื่น ๆ 100 - {(คะแนนรวมข้อที่ 1-5/20) × 100} ด้านคุณภาพชีวิต 100 - {(คะแนนรวมข้อที่ 1-4/ 16) × 100}

จากสูตรการคิดคะแนนการประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม KOOS พบว่าถ้าคะแนนในแต่ละด้านเต็ม (แสดงว่ามีอาการมาก) จะคำนวณคะแนน KOOS ได้เท่ากับ 0 คะแนน ในขณะที่ ถ้าไม่มีอาการเลยจะคำนวณคะแนน KOOS ได้เท่ากับ 100 คะแนน นั่นหมายความว่ายิ่งคะแนน KOOS เข้าใกล้ 100 คะแนน คือยิ่งดี

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

1. ข้อมูลคุณลักษณะของผู้ป่วย วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การประเมินระดับความปวด วัดการบวมของเข่า วิเคราะห์ค่าสถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. การประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS ทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk test มีค่านัยสำคัญทางสถิติของการทดสอบมากกว่านัยสำคัญทางสถิติที่กำหนดไว้ที่ระดับ 0.05 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดสอบมีการแจกแจงแบบเป็นโค้งปกติ (Normal Distribution) จึงทดสอบสมมติฐานเปรียบเทียบคะแนนการประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังรับการรักษาภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired Samples t-test และเปรียบเทียบคะแนนการประเมินความรุนแรงของข้อเข่าเสื่อมภายหลังสิ้นสุดการรักษาระหว่างกลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น และสเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น ด้วยสถิติ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยได้ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ เลขที่ BRO 2022-010 วันที่รับรอง 1 เม.ย 2565 วันที่หมดอายุ 31 มี.ค 2566

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลคุณลักษณะของผู้ป่วยแยกตามกลุ่มการรักษาโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงดังตาราง 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะของผู้ป่วยแยกตามกลุ่มการรักษา

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยตำรับ สเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น (ยาทดลอง) (n = 10)	กลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยสเปรย์ สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น (ยาหลอก) (n = 10)
เพศหญิง (จำนวน : ร้อยละ)	10 (100.00)	9 (90.00)
อายุเฉลี่ย (Mean, SD)	55.60 (7.60)	60.80 (6.71)
น้ำหนัก (กก.) (Mean, SD)	65.30 (9.76)	62.10 (12.53)
ส่วนสูงเฉลี่ย (ซม.) (Mean, SD)	159.00 (5.12)	156.60 (11.69)
ดัชนีมวลกาย (Mean, SD)	25.96 (4.50)	25.12 (2.68)
อาชีพ (จำนวน : ร้อยละ)		
เกษตรกร	8 (80.00)	8 (80.00)
รับจ้าง	1 (10.00)	1 (10.00)
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	1 (10.00)	0 (0.00)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	0 (0.00)	1 (10.00)
ระดับการศึกษา (จำนวน : ร้อยละ)		
ประถมศึกษา	9 (90.00)	9 (90.00)
ปริญญาตรี	1 (10.00)	1 (10.00)
โรคประจำตัว (จำนวน : ร้อยละ)		
ไม่มีโรคประจำตัว	5 (50.00)	5 (50.00)
มีโรคประจำตัว	5 (50.00)	5 (50.00)
ระยะเวลาที่มีอาการ (จำนวน : ร้อยละ)		
น้อยกว่า 1 ปี	3 (30.00)	1 (10.00)
1-3 ปี	3 (30.00)	4 (40.00)
มากกว่า 3 ปี	4 (40.00)	5 (50.00)
ประวัติการรักษา (จำนวน : ร้อยละ)		
แพทย์แผนปัจจุบัน	9 (90.00)	8 (80.00)
แพทย์แผนไทย	1 (10.00)	2 (20.00)
วิธีลดอาการปวด (จำนวน : ร้อยละ)		
รับประทานยาแก้ปวด	8 (80.00)	6 (60.00)
นวดแผนไทย	1 (10.00)	1 (10.00)
นอนพัก	0 (0.00)	1 (10.00)
ทำกายภาพบำบัด	0 (0.00)	1 (10.00)
ฉีดยาที่เข้า	1 (10.00)	1 (10.00)

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างโรคลมจับโปงน้ำเขากลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 55.60 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 65.30 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 159 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.96 กก./ซม.² อาชีพเกษตรกรร้อยละ 80 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 90 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 50

ระยะเวลาที่มีอาการปวดข้อเข่ามากกว่า 3 ปี ร้อยละ 40 การรักษาข้อเสื่อมแพทย์แผนปัจจุบันร้อยละ 90 วิธีลดอาการปวดรับประทานยาแก้ปวดร้อยละ 80

กลุ่มตัวอย่างโรคลมจับโปงน้ำเข้ากลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90 อายุเฉลี่ย 60.80 ปี น้ำหนักเฉลี่ย 62.10 กิโลกรัม ส่วนสูงเฉลี่ย 156.60 เซนติเมตร ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.12 กก./ชม.² อาชีพเกษตรกรร้อยละ 80 ระดับการศึกษาประถมศึกษาร้อยละ 90 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 50 ระยะเวลาที่มีอาการปวดข้อเข่ามากกว่า 3 ปี ร้อยละ 50 การรักษาข้อเสื่อมแพทย์แผนปัจจุบันร้อยละ 80 วิธีลดอาการปวดรับประทานยาแก้ปวดร้อยละ 60

2. เปรียบเทียบระดับความปวดของเข่าก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองที่ใช้ดาร์สเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น และกลุ่มควบคุมที่ใช้สเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับความปวดของเข่าก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับความปวด	กลุ่มทดลอง (n=10)			กลุ่มควบคุม (n=10)			p-value
	M	SD	p-value (1-tailed)	M	SD	p-value (1-tailed)	
ก่อนทดลอง	6.40	2.065	.001	6.70	1.702	.084	.009
หลังทดลอง	4.40	1.712		6.50	1.900		

ตารางที่ 2 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่าระดับความปวดของทั้ง 2 กลุ่มลดลง โดยการใช้ดาร์สเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น ของผู้เป็นโรคลมจับโปงน้ำเข้าในกลุ่มทดลอง มีระดับความปวดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการใช้สเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น ของผู้เป็นโรคลมจับโปงน้ำเข้าในกลุ่มควบคุมไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระดับความปวดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าระดับความปวดของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. เปรียบเทียบการบวมของเข่าก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองที่ใช้ดาร์สเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น และกลุ่มควบคุมที่ใช้สเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น แสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบการบวมของเข่าก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม และเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การบวมของเข่า	กลุ่มทดลอง (n=10)			กลุ่มควบคุม (n=10)			p-value
	M	SD	p-value (1-tailed)	M	SD	p-value (1-tailed)	
ก่อนทดลอง	40.30	4.956	.015	38.55	4.323	.024	.500
หลังทดลอง	37.80	4.498		37.80	4.191		

ตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลภายในกลุ่มก่อนและหลังการทดลอง พบว่าการบวมของเข่าทั้ง 2 กลุ่มลดลง โดยการใช้สเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น ของผู้เป็นโรคลมจับโปงน้ำเข้าในกลุ่มทดลอง มีการบวมของเข่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการใช้สเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น ของผู้เป็นโรคลมจับโปงน้ำเข้าในกลุ่มควบคุม มีการบวมของเข่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบการบวมของเข่าระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่าการบวมของเข่าของทั้ง 2 กลุ่ม ไม่แตกต่างกัน

4. เปรียบเทียบคะแนนประเมินข้อเข่าก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม ของกลุ่มทดลองที่ใช้สเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น และกลุ่มควบคุมที่ใช้สเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น แสดงดังตาราง 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนประเมินข้อเข่าก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Knee and osteoarthritis outcome score	กลุ่มทดลอง (n=10)			กลุ่มควบคุม (n=10)		
	M	SD	p-value (1-tailed)	M	SD	p-value (1-tailed)
ด้านอาการ						
ก่อนทดลอง	46.43	7.337	.000	44.64	11.198	.088
หลังทดลอง	69.64	12.628		46.42	12.821	
ด้านอาการปวด						
ก่อนทดลอง	49.72	6.474	.000	45.83	7.774	.026
หลังทดลอง	67.22	9.423		47.22	8.280	
ด้านกิจวัตรประจำวัน						
ก่อนทดลอง	48.67	3.426	.000	47.20	8.098	.009
หลังทดลอง	72.34	5.626		50.73	9.637	
ด้านการเคลื่อนไหวในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมอื่นๆ						
ก่อนทดลอง	27.00	14.375	.000	20.00	11.055	.040
หลังทดลอง	35.00	13.944		21.50	11.559	
ด้านคุณภาพชีวิต						
ก่อนทดลอง	36.87	10.805	.001	37.50	12.500	.084
หลังทดลอง	51.87	13.517		38.75	13.110	

ตาราง 4 คะแนนประเมินข้อเข่าเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง พบว่า หลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนการประเมินข้อเข่าเพิ่มขึ้นในทุกด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนในกลุ่มควบคุม ด้านอาการปวด ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการเคลื่อนไหวในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมอื่น ๆ มีคะแนนการประเมินข้อเข่าเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่คะแนนการประเมินข้อเข่าด้านอาการ และด้านคุณภาพชีวิต ไม่แตกต่างกัน

5. เปรียบเทียบคะแนนประเมินข้อเข่าที่เพิ่มขึ้นหลังการทดลองระหว่างกลุ่ม ของกลุ่มทดลองที่ใช้สเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น และกลุ่มควบคุมที่ใช้สเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนประเมินข้อเข้าที่เพิ่มขึ้นหลังการทดลองระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การประเมินความรุนแรงของข้อเข้าเสื่อม	คะแนนประเมินข้อเข้าที่เพิ่มขึ้นหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ใช้ตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น		คะแนนประเมินข้อเข้าที่เพิ่มขึ้นหลังการทดลองกลุ่มควบคุมที่ใช้สเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น		p-value
	M	SD	M	SD	
ด้านอาการ	23.21	12.849	1.78	3.858	.000
ด้านอาการปวด	17.50	7.296	1.38	1.961	.000
ด้านกิจวัตรประจำวัน	23.66	4.406	3.53	3.874	.000
ด้านการเคลื่อนไหวในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมอื่น ๆ	8.00	4.216	1.50	2.415	.000
ด้านคุณภาพชีวิต	15.00	11.486	1.25	2.635	.001

ตารางที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนประเมินข้อเข้าที่เพิ่มขึ้นหลังการทดลองของทั้ง 2 กลุ่ม พบว่าด้านอาการ ด้านอาการปวด ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการเคลื่อนไหวในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมอื่น ๆ และด้านคุณภาพชีวิต กลุ่มทดลองที่ใช้ตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น มีคะแนนเพิ่มขึ้นมากกว่า กลุ่มควบคุมที่ใช้สเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

กลุ่มทดลองโรคลมจับโปงน้ำ หลังการใช้ตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น พบว่า ระดับความปวด การบวมของเข่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนประเมินข้อเข้า (KOOS) ด้านอาการ อาการปวด กิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหวในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมอื่น ๆ คุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เนื่องจากในตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็นมีส่วนผสมของสารสกัดจากสมุนไพร ได้แก่ ยาหาราก ฟ้าทะลายโจร วานนางคำ และยาเขียวหอม โดยสมุนไพรแต่ละชนิดช่วยบรรเทาอาการข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของยาพอกเข่าต่อระดับความปวดของเข่าในผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ ห้องโศกคลินิกการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้เจลพอกเข่าจากสารสกัดยาหาราก สามารถลดอาการปวดเข่า (อาวูธ หงษ์ศิริ ศศิชา มุลทองคำ สุภรัตน์ ดวนใหญ่ เพชรน้ำผึ้ง รอดโพธิ์ และอัจฉรา แก้วน้อย, 2565) และสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ยาสมุนไพรตำรับพอกเข่า ในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้ยาสมุนไพรตำรับพอกเข่าที่ยาหลักมีฤทธิ์เย็น ที่มีส่วนผสมของฟ้าทะลายโจร สามารถลดการอักเสบและช่วยลดพิษร้อนของข้อเข่าได้ (กรกฎ ไซมมงคล, 2562) และสอดคล้องกับ การศึกษาประสิทธิผลของยาพอกสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้ยาพอกเข่าสมุนไพรที่มีส่วนผสมของวานางคำ 15 กรัม นำมาหมัก ด้วยเหล้า 40 ดีกรีเป็นเวลา 2 สัปดาห์ สามารถลดระดับความปวดของข้อเข่า ระดับอาการข้ออักเสบ และระดับความสามารถในการใช้งานของข้อเข่าดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ปิยะพล พูลสุข สุชาดา ทรงผาสุข เมริษา จันทา เนตรยา นิมพิทักษ์พงศ์ และกิตริวี จิรรัตน์

สถิติ, 2561) นอกจากนั้นในตำรับสมุนไพรยังได้เพิ่มสารปรุงแต่งยา (excipients) อีกหลายชนิดซึ่งมีหน้าที่ในตำรับแตกต่างกัน เช่น ยาเขียวหอมซึ่งจัดเป็นยาฤทธิ์เย็น ประกอบด้วยสมุนไพรที่มีกลิ่นหอมหลายชนิด ช่วยในการปรับสมดุลของธาตุ TWEEN 20 ช่วยทำให้น้ำกับน้ำมันเข้ากัน น้ำมันยูคาลิปตัส พิมเสน การบูร เมนทอล กลีเซอริน ช่วยให้เกิดความเหมาะสมกับคุณสมบัติสารสำคัญในสมุนไพร และช่วยเพิ่มความคงตัวในตำรับมากขึ้น

กลุ่มควบคุมโรคคมจับโปงน้ำ หลังการใช้สเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น พบว่า การบวมของเข่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คะแนนประเมินข้อเข่า (KOOS) ด้านอาการปวด กิจกรรมประจำวัน การเคลื่อนไหวในการออกกำลังกายและการทำกิจกรรมอื่น ๆ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากสเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็นมีส่วนผสมของสารสกัดจากสมุนไพรย่านางที่ช่วยเรื่องอาการเข่าเสื่อม สอดคล้องกับการศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังจากการรักษาโคลนสมุนไพรพอกเย็นร่วมกับการนวดแผนไทยในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่า ผลการศึกษาพบว่า หลังการใช้โคลนสมุนไพรพอกเย็นที่มีส่วนผสมของใบย่านาง ร่วมกับการนวดแผนไทยในผู้สูงอายุสามารถลดคะแนนความปวดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (ศิลดา การะเกตุ นิชกานต์ สุธะราช พัทธินันท์ ใจดี สมบัติ กาศเมฆ สุนทร พรหมเผ่า และผณิตา ประวัง, 2560) แต่ระดับความปวด คะแนนประเมินข้อเข่าด้านอาการ คุณภาพชีวิต ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจอธิบายได้ว่าการศึกษานี้ใช้สมุนไพรย่านาง จำนวน 1 กิโลกรัม ทำให้มีปริมาณออกฤทธิ์ของสารสำคัญที่นำส่งปริมาณน้อย

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็น กับกลุ่มควบคุมที่ได้รับสเปรย์สมุนไพรเดี่ยวที่มีฤทธิ์เย็น พบว่า ระดับความปวด คะแนนประเมินข้อเข่าที่เพิ่มขึ้น แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่การบวมไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากสมุนไพรตำรับทำงานผ่านสองกลไก ได้แก่ “กลไกทางเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics)” ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสามารถของสมุนไพรหนึ่งในการช่วยการดูดซึม การกระจายตัว เมแทบอลิซึมและการกำจัดออกของสมุนไพรอื่น และ “กลไกทางเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetic)” ซึ่งเกี่ยวข้องกับการที่สารสำคัญในสมุนไพรที่มีฤทธิ์คล้ายกันมีเป้าหมายที่รีเซพเตอร์หรือระบบสรีรวิทยาเดียวกัน นำไปสู่อาการทั้งที่มองเห็นและมองไม่เห็น การใช้สมุนไพรหลายชนิดร่วมกันอาจออกฤทธิ์ในตำแหน่งเป้าหมายที่แตกต่างกันในเวลาเดียวกัน ทำให้การออกฤทธิ์โดยรวมเป็นไปอย่างสมบูรณ์มากขึ้น (อรสา สารพันโชติวิทยา, 2564)

การนำผลการวิจัยไปใช้

การศึกษานี้ทำให้ได้ตำรับสเปรย์สมุนไพรที่มีฤทธิ์เย็นที่เป็นสูตรมาตรฐาน เพื่อพัฒนาการรักษา โรคคมจับโปงน้ำเข่า และช่วยให้มีแนวทางที่หลากหลายในการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาในอนาคตควรมีการศึกษาปริมาณของสารต่างๆในตำรับที่เป็นยาภายนอก ซึ่งจะทำงานวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

References

- กรกฎ ไชยมงคล. (2562). ประสิทธิภาพของการใช้ยาสมุนไพรตำรับพอกเข้าในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม
โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. *วารสารช่อพะยอม*, 30(1), 119-128.
- กรมการแพทย์, กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *คู่มือการคัดกรอง/การประเมินผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2*. นนทบุรี:
สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- กานดา ชัยภิญโญ วรกานต์ ขอประเสริฐ วิชุดา ลิขิตพิทักษ์ และอลิสสา เกร์พล. (2561). ความน่าเชื่อถือในการวัด
ซ้ำของแบบประเมิน Modified Lower Extremity Functional Scale (Modified LEFS) ฉบับ
ภาษาไทย และความสัมพันธ์กับ Knee Osteoarthritis Outcome Scores (KOOS) ฉบับภาษาไทย,
Self-Pace Walk Test และ Timed Up and Go Test ในผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อม. *วารสารกายภาพบำบัด*,
40(3), 134-145.
- เจษฎา อุดมพิทยาสรรพ์ วินัย สยอวรรณ วรายุส คตวงศ์ ณัฐสุตา แก้ววิเศษ และอิศรา ศิริมณีรัตน์. (2562).
การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการพอกเข้าด้วยตำรับยาพอกสูตรที่ 1 กับยาพอกสูตรที่ 2 ต่อ
อาการปวดเข่าและการเคลื่อนไหวข้อเข่าในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม โรงพยาบาลบางใหญ่ อำเภอบางใหญ่
จังหวัด นนทบุรี. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 11(1), 64-72.
- ชุตินันท์ ชันทะยศ และกนกพร ปัญญาดี. (2560). ผลของถุงยาสมุนไพรประคบข้อเข่าในผู้ป่วย โรคข้อเข่าเสื่อม.
วารสารสุขภาพภาคประชาชน, 12(4), 43-49.
- ปิยะพล พูลสุข สุชาดา ทรงผาสุข เมริษา จันทา เนตรยา นิมพิทักษ์พงศ์ และกิตติวี จิรรัตน์สถิต. (2561).
ประสิทธิผลของยาพอกสมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเข่า ในผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม.
ธรรมศาสตร์เวชสาร, 18(1), 104-111.
- โรงเรียนอายุรเวทธารัง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล. (2557). *หัตถเวชกรรมแผนไทย (การนวดไทยแบบราชสำนัก) ตอนที่ 2 : การ
นวดกดจุดสัญญาณ*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์นิทรรศการพิมพ์.
- ศิลดา การะเกตุ นิชกานต์ สุธะราช พัทธรินทร์ ใจดี สมบัติ กาศเมฆ สุนทร พรหมเผ่า และผณิตา ประวัง. (2560).
การศึกษาเปรียบเทียบระดับความเจ็บปวดก่อนและหลังจากการรักษาโคลนสมุนไพรพอกเย็นร่วมกับการ
การนวดแผนไทยในผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่า. *เชียงใหม่เวชสาร*, 9(2), 115-24.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: กองสถิติพยากรณ์
สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- อรสา สารพันโชติวิทยา. (2564). *การวิจัยและพัฒนาสมุนไพร: สมุนไพรกระตุ้นภูมิคุ้มกันและต้านอักเสบ
(พิมพ์ครั้งที่ 2)*. พิษณุโลก: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- อาวุธ หงษ์ศิริ ศศิชา มูลทองคำ สุภรัตน์ ดวนใหญ่ เพชรน้ำผึ้ง รอดโพธิ์ และอัจฉรา แก้วน้อย. (2565).
ประสิทธิผลเจลพอกเข้าต่อระดับความปวดของเข่าในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ณ ช่องขงโคคลินิก
การแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนา
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา*, 7(1), 77-86.
- Cross, M., Smith, E., Hoy, D., Nolte, S., Ackerman, I., Fransen, M., et al. (2014). The global
burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the global burden of disease

- 2010 study. *Ann Rheum Dis*, 73(7), 1323-1330.
- Cui, A., Li, H., Wang, D., Zhong, J., Chen, Y., Lu, H., (2020). Global, regional prevalence, incidence and risk factors of knee osteoarthritis in population-based studies, *E Clinical Medicine*, 29–30: 100587.
- Hall, J., Laslett, LL., Martel-Pelletier, J., Pelletier, JP., Abram, F., Ding, CH., et al. (2016). Change in knee structure and change in tibiofemoral joint space width: a five year longitudinal population-based study. *BMC Musculoskelet Disord*. 17:25.
- Jiang, X.L., Wang, L., Wang, E.J., Zhang, G.L., Chen, B., Wang, M.K. & Li, F. (2018). Flavonoid glycosides and alkaloids from the embryos of *Nelumbo nucifera* seeds and their antioxidant activity. *Fitoterapia*, 125, 184-190.
- Kaewpiboon, C., Winayanuwattikun, P., Yongvanich, T., Phuwapraisirisan, P & Assavalapsakul, W. (2014). Effect of three fatty acids from the leaf extract of *Tiliacora triandra* on P-glycoprotein function in multidrug-resistant A549RT-eto cell line. *Pharmacognosy Magazine*, 10(3), 549-56.
- Katisart, T., & Rattana, S. (2017). Hypoglycemic activity of leaf extract from *Tiliacora triandra* in normal and streptozotocin-induced diabetic rats. *Pharmacogn. J*, 9(5), 621-625.
- Oboh, G., Ogunraku, O.O., Oyeleye, S.I., Olasehinde, T.A., Ademosun, A.O. & Boligon, A.A. (2017). Phenolic extracts from *Clerodendrum volubile* leaves inhibit cholinergic and monoaminergic enzymes relevant to the management of some neurodegenerative diseases. *Journal of Dietary Supplements*, 14(3), 358-371.
- Pan, Q., O'Connor, MI., Coutts, RD., Hyzy, SL., Olivares-Navarrete, R., Schwartz, Z., et al. (2016). Characterization of osteoarthritic human knees indicates potential sex differences. *Biol. Sex. Differ.* 7, 27. doi:10.1186/s13293-016-0080-z
- Torres Castaneda, H.G., Colmenares Dulcey, A.J. & Isaza Martinez, J.H. (2016). Flavonoid glycosides from *Siparuna gigantotepala* leaves and their antioxidant activity. *Chemical and Pharmaceutical Bulletin (Tokyo)*, 64(5), 502-506.
- Suebsasana, S., Pongnaratorn, P., Sattayasai, J., Arkaravichien, T., Tiamkao, S., Aromdee C. (2009). Analgesic, antipyretic, anti-in-flammatory and toxic effects of andrographolide derivatives in experimental animals. *Arch Pharm Res*, 32(9), 1191-200.
- Xiang, H., Zhang, L., Yang, Z., Chen, F., Zheng, X. & Liu, X. (2017). Chemical compositions, antioxidative, antimicrobial, anti-inflammatory and antitumor activities of *Curcuma aromatica* Salisb. essential oils. *Industrial Crops and Products*, 108, 6-16.
- Zheng, H., Chen, C. (2015). Body mass index and risk of knee osteoarthritis: systematic review and meta-analysis of prospective studies. *BMJ Open*, 5(12): e007568

ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ
เจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศ
ด่านพรมแดนเขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส

Factors affecting staff participation behavior in the prevention of coronavirus disease
2019 CIQ and network working at the entrance and exit of the country at the border
checkpoint Special Economic Zone of Narathiwat Province

ธีรวัช ศรีเพ็ชรชัย¹, คัมภีร์ ฉิมพลีปักษ์² และอรุณี สุเหม³

Teethawat Sripetchsai¹, Compee Chimpleepuk² and Arunee Suham³

ด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศสุโข-ลก จังหวัดนราธิวาส กลุ่มโรคติดต่อ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา

Sungai Kolok Quarantine Communicable disease group Office of Disease Prevention
and Control Region 12 Songkhla Province

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดนเขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส จำนวน 394 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามใช้แบบวัดความรู้ ทักษะของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่าย แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (KR20) ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาระหว่าง .67 – 1.00 ได้ค่าความเชื่อมั่น สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้เท่ากับ .870, .960, .946, .932, .850, .961, .952 และ .710 ตามลำดับ วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยเชิงพหุแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.53, SD = 0.88) และปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ เพศ (p -value = 0.038) แรงสนับสนุนทางสังคม (p -value < 0.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (p -value < 0.001)

ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ถูกต้องให้แก่ผู้ปฏิบัติงานหน่วยงานอื่น ๆ และให้เป็นแบบอย่างให้กับชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

คำสำคัญ : ป้องกันโรค พฤติกรรม โรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: smanoon9@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 090-4810125)

ABSTRACT

This descriptive research aimed to study the prevention behavior of coronavirus disease 2019 and factors affecting the prevention behavior of coronavirus disease 2019 among CIQ and network working at the entrance and exit of the country at the border checkpoint Special Economic Zone of Narathiwat Province. The sample consisted of 394 people. The questionnaire consisted of coronavirus disease 2019 knowledge test, attitudetest, social support, perception in the intensity of the coronavirus disease 2019, perception in the risk related to the coronavirus disease 2019, perception in the benefit related to coronavirus disease 2019, perception in the barriers related to the coronavirus disease 2019. and the prevention behavior of coronavirus disease 2019. Content validity index ranged from .67-1.00. Cronbach's alpha reliability of all questionnaires was .870, .960, .946, .932, .850, .961, .952 and .710 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The results of the study showed that most of the sample groups had the prevention behavior of coronavirus disease 2019 at the highest level ($\bar{X}$ = 4.53, SD = 0.88) and factors affecting had the prevention behavior of coronavirus disease 2019 were gender (p-value = 0.038), social support (p-value < 0.001), perception in the risks related to the coronavirus disease 2019 (p-value < 0.001)

Keywords: Prevention, Behavior, Coronavirus, Infection disease

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) หนึ่งในตระกูล โคโรนาไวรัส ซึ่งเป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่ ซึ่งเริ่มมีการระบาดจากเมืองอู่ฮั่น ในประเทศจีนที่ลุกลามขยายการระบาดไปทั่วโลกในขณะนี้ หรือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID -19) หนึ่งในตระกูลโคโรนาไวรัส เช่น ซาร์ส (Severe Acute Respiratory Syndrome : SARS) ที่เคยเกิดการระบาดในเอเชียปี ค.ศ. 2002 และเมอร์ส (Middle East Respiratory Syndrome: MERS) ที่เคยเกิดระบาดในตะวันออกกลางเมื่อปี ค.ศ. 2012 ซึ่งทั้งซาร์สและเมอร์ส เป็นโรคที่ส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินหายใจที่ทำให้มีผู้เสียชีวิตจำนวนมาก โดยเชื้อที่เป็นสาเหตุ คือ เชื้อไวรัสโคโรนา ซึ่งเป็นเชื้อตระกูลเดียวกันกับโควิด 19 ที่สามารถติดต่อเข้าสู่คนผ่านทาง การไอ จาม และสัมผัสโดยตรงกับสารคัดหลั่ง เช่น น้ำมูก น้ำลาย จากการศึกษาการติดเชื้อจากไวรัส พบว่า คนติดเชื้อคนหนึ่งสามารถแพร่เชื้อไปให้คนอื่นได้ประมาณ 2 - 6 คน (ธีระ วรธนารัตน์, 2563)

ภายในระยะเวลาไม่กี่เดือน พบว่า การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมีการระบาดไปในหลายประเทศทั่วโลกมีผู้ป่วยติดเชื้อทั่วโลก 174 ล้านคน เสียชีวิตกว่า 3.75 ล้านราย (Worldmeter Covid, 2021) สำหรับประเทศไทยมีการระบาดของโรคเป็นอันดับ 80 ของโลก โดยพบผู้ป่วยยืนยันสะสม 182,548 ราย มีรายใหม่ 2,662 ราย ผู้ป่วยที่ รักษาหายแล้ว 31,593 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 54.94 ของผู้ป่วยทั้งหมด รักษาอยู่โรงพยาบาล 26,873 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 14.72 ของผู้ป่วยทั้งหมด เสียชีวิต 1,269 ราย (กรมควบคุมโรค, 2564) ส่วนจังหวัดนราธิวาส เป็นจังหวัดหนึ่งที่พบผู้ป่วยยืนยันติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สะสมจากการระบาดของโควิด 19 ระลอก 3 เดือนเมษายน 2564 มีผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 1,418 ราย เสียชีวิต จำนวน 10 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส, 2564)

การระบาดของโควิด 19 ส่งผลกระทบกับการบรรลุเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนแห่ง สหประชาชาติ (Sustainable Development Goals : SDGs) ทั้ง 13 เป้าหมาย เช่น หลายโรงเรียนต้องถูกปิดกิจกรรมทางเศรษฐกิจหยุดชะงัก รายได้ลดลง บางอาชีพว่างงาน (สหประชาชาติประเทศไทย, 2563) ซึ่งส่งผลให้เกิดผลกระทบในวงกว้างทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม องค์การอนามัยโลก หรือ World Health Organization (WHO) ได้มีการกำหนดแนวทาง ในการดำเนินการเฝ้าระวังคัดกรอง และป้องกันควบคุมโรค ไม่ให้มีการระบาดของโรค มีการคัดกรองผู้ที่เดินทางเข้าออกประเทศ ทั้งท่าอากาศยาน ท่าเรือ พรมแดน แจ้งให้สถานพยาบาลทุกแห่ง ทำการคัดกรองผู้ป่วยที่มีอาการไข้ร่วมกับมีอาการทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมด้วย เช่น ไอ เจ็บ คอ มีน้ำมูก หายใจเหนื่อยหอบ และมีประวัติการเดินทาง จากประเทศเสี่ยงหรือพื้นที่ที่มีการระบาดต่อเนื่อง ภายใน 14 วัน หรือบุคคลที่เป็นผู้ที่ประกอบอาชีพสัมผัสใกล้ชิดกับนักท่องเที่ยวที่มาจากพื้นที่ที่ระบาดอย่างต่อเนื่อง ภายใต้องค์ประกอบของความพร้อมของบุคลากรสุขภาพ การสนับสนุนของผู้บริหาร การแบ่งปันข้อมูลและบุคลากร การให้ความรู้เกี่ยวกับโควิดเพื่อสร้างความตื่นตัวการทำงานเป็นทีมความร่วมมือทั้งภาครัฐและเอกชน การเรียนรู้สิ่งใหม่ตลอดจนการคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ (Rodchanaarcha, Nawsuwan, Singweratham, 2022) โดยปัจจัยของความสำเร็จมาจากหลาย ๆ ปัจจัย อาทิเช่น ทีม บุคลากรทางการแพทย์ การเตรียมเวชภัณฑ์ การจัดสิ่งแวดล้อม การดูแลความปลอดภัย ระบบการเชื่อมโยงและระบบสื่อสาร การป้องกันควบคุมการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อ การสุขาภิบาล ตลอดจนการเป็นมิตรกับชุมชน จากการศึกษา Kanchanawong, Nawsuwan & Singweratham (2021) และยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นกำลังสำคัญที่ช่วยทำหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ติดตาม กักตัวบุคคลที่มาจากพื้นที่เสี่ยงให้คำแนะนำการป้องกันตัวแก่ประชาชนในพื้นที่หมู่บ้านที่ตัวเองรับผิดชอบจากการทบทวน วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดต่อของ อสม. ที่ผ่านมา พบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก โรคไข้หวัดนก โรคไข้หวัดใหญ่ โดยพบว่า ลักษณะประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ระยะเวลาการทำงาน ของ อสม. ความรู้ และการรับรู้ต่าง ๆ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการป้องกันโรค

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดนเขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส เพื่อที่จะได้นำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ถูกต้องของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส เพื่อให้เป็นแบบอย่างให้กับหน่วยงานอื่น ๆ และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

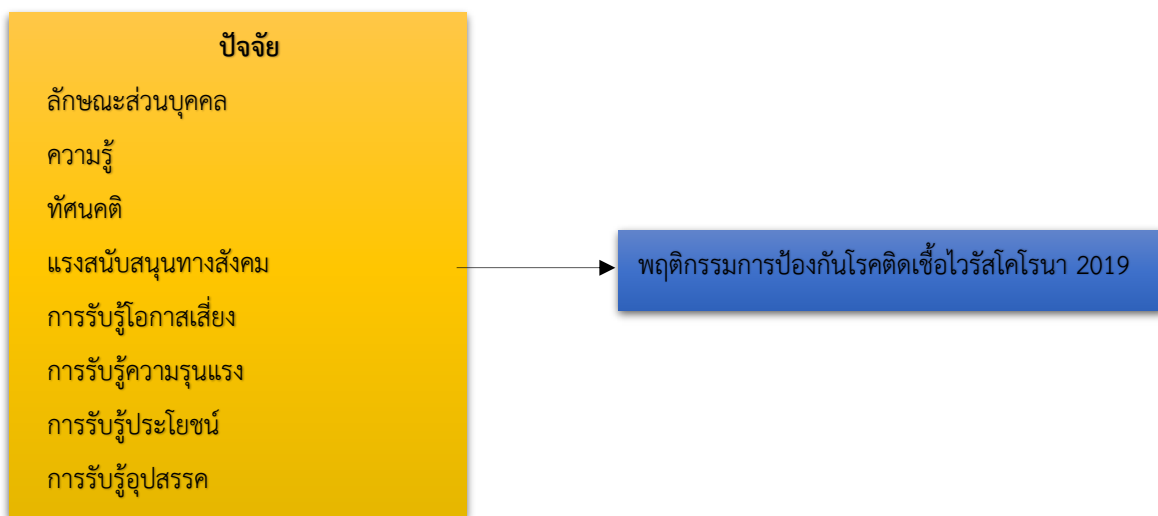
1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่องานพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส

สมมติฐานของการวิจัย

ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคิด แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎี องค์ประกอบความเชื่อทางสุขภาพ การปฏิบัติ พฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคไม่ให้เกิดกับตนเองอีก (Elling, Whittemore & Green, 1960 ; Heinzelman, 1962) โดยผู้วิจัยได้กำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ภาพ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร

ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ เจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G* Power Analysis (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) ใช้ Test family เลือก F-test, Statistical test เลือก Linear multiple regression: fix model, R² deviation from zero กำหนดค่าอิทธิพลขนาดกลาง (Effect size) = 0.2 (Cohen, 1988) ค่าความคลาดเคลื่อน (Alpha) = .064 และค่า Power = .95 ตัวแปรอิสระ (Number of predictors) 8 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่าง 402 คน ทั้งนี้หลังเก็บข้อมูลมีข้อมูลไม่สมบูรณ์ 8 ชุด จึงเหลือแบบสอบถามใช้วิเคราะห์ ข้อมูล 394 ชุด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ และระยะเวลาการปฏิบัติงาน ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 7 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 มี 4 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์และการวิเคราะห์คะแนนตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 ทักษะคิดเกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 12 ข้อ

ตอนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคมที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 13 ข้อ

ตอนที่ 5 การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 10 ข้อ ประกอบด้วยการรับรู้โอกาสเสี่ยง จำนวน 4 ข้อ การรับรู้ประโยชน์ จำนวน 3 ข้อ การรับรู้อุปสรรค จำนวน 3 ข้อ

โดยตอนที่ 2-5 ลักษณะคำถามเป็นแบบประมาณค่า 5 ระดับ จากมากที่สุดให้ 5 คะแนนถึงน้อยที่สุดให้ 1 คะแนน

ตอนที่ 6 พฤติกรรมการป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรวัดประเมินค่า 5 ระดับ คือ ประจํา บ่อย นาน ๆ ครั้ง บางครั้ง และไม่เคย จำนวน 10 ข้อ โดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1981) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันการโรคในระดับน้อยที่สุด
ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันการโรคในระดับน้อย
ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันการโรคในระดับปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันการโรคในระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง	มีพฤติกรรมการป้องกันการโรคในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จาก ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00

2. นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) กับของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดสงขลา ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha Coefficient) โดยแบบสอบถามแต่ละส่วนมีค่าความเชื่อมั่นคือ ทักษะคิดของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายเท่ากับ 0.870 แรงสนับสนุนทางสังคมเท่ากับ .960 การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.946 การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ .932 การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ .850 การรับรู้อุปสรรคเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ 0.961 พฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เท่ากับ .952 และความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (KR20) เท่ากับ .710

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลแบบ Online Survey โดยสร้างเป็น Google form แล้วส่ง แบบสอบถามออนไลน์ไปยังตัวแทนผู้ประสานในแต่ละหน่วยงานของด่านพรมแดนและเครือข่าย ผ่าน Application Line เพื่อส่งต่อไปยังกลุ่มตัวอย่าง โดยในแบบสอบถามออนไลน์มีการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างและการยินยอมให้ข้อมูล ก่อนตอบแบบสอบถาม ทั้งนี้ภายหลังจากส่งแบบสอบถามออนไลน์ ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามและ

ความสมบูรณ์ของแบบสอบถามในทุก ๆ วัน ซึ่งจากการเก็บข้อมูลออนไลน์ผู้วิจัยใช้เวลา 4 สัปดาห์ ได้ข้อมูล 402 ชุด ผู้วิจัยจึงยุติการรับแบบสอบถามโดยแจ้งและแสดงความขอบคุณไปยังผู้ประสานแต่ละหน่วยงานของด่านพรมแดนและเครือข่ายผ่าน Application Line เช่นเดิม และขาดความสมบูรณ์ที่ไม่สามารถใช้วิธีแทน ข้อมูลสูญหายได้ (Missing) จำนวน 8 ชุด คงเหลือข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย 394 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าความเบี่ยงเบน มาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max)

2. การวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส โดยใช้ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาสใช้สถิติถดถอยพหุ (Multiple regression) นำเข้าตัวแปรแบบขั้นตอน (Stepwise) ทั้งนี้ก่อนการวิเคราะห์สถิติถดถอยเชิงพหุ ผู้วิจัยได้ผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) (Hair, Black, Babin, & Anderson, 2019) ของสถิติที่ใช้ ดังนี้

3.1 การมีข้อมูลลักษณะการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normality) และตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์เชิงเส้น (Linearity) โดยพิจารณาจากกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูล ส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ

3.2 ทดสอบความแปรปรวนของค่าความคลาดเคลื่อนคงที่ต้องมีความเป็นเอกภาพ (Homoscedasticity) และข้อมูลไม่มี Outliers โดยพิจารณาจากกราฟ Scatter Plot พบว่ามีการกระจายของจุดห่างจากเส้นตรงอย่างสมมาตร และอยู่ระหว่าง ± 3

3.3 ตัวแปรอิสระแต่ละตัวไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้นสูง (Multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่า Tolerance ระหว่าง .586-721 และค่า VIF ระหว่าง 1.387 – 1.978 3.4 ไม่เกิดปัญหาความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์ (Autocorrelation) โดยพิจารณาจากค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.115

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง 3 ด้าน คือ ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการวิจัยประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย และการรักษาความลับของข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียดในแบบสอบถาม โดยครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และ ประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบ แบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดย 7) ไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถามและข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี หลังจากที่ได้ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 86.3 อายุส่วนใหญ่ระหว่าง 51-60 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.83 การศึกษาระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 35 อาชีพข้าราชการ คิดเป็นร้อยละ 44.42 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนส่วนใหญ่ต่ำกว่า 15,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 30.96 สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 71.3 มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน 1-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.98 กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงร้อยละ 89.60 รองลงมาคือ ระดับปานกลางร้อยละ 6.60 และน้อยที่สุดคือ ระดับต่ำร้อยละ 3.80 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติเฉลี่ย 45.30 ± 6.16 คะแนน

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส (n=394)

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	$\bar{X}$	SD
พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
1. ทานล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์อย่างน้อย 20 วินาที	4.47	0.85
2. ทานสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าในขณะที่อยู่นอกเคหสถาน	4.73	0.72
3. ทานหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่นแออัด	4.54	0.89
4. ทานรักษาระยะห่างจากผู้อื่นอย่างน้อย 1-2 เมตรในขณะที่อยู่นอกเคหสถาน	4.52	0.83
5. ทานหลีกเลี่ยงการสัมผัสจากปากของตนเอง	4.41	0.87
6. ทานปิดปากและจมูกทุกครั้งเมื่อไอหรือจามด้วยกระดาษทิชชูหรือข้อพับแขน	4.46	1.02
7. ทานเลือกทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ ๆ	4.55	0.80
8. ทานทำความสะอาดพื้นผิวที่ทานใช้เช่นลูกบิดโต๊ะทำงานของใช้ต่าง ๆ	4.58	0.85
9. ทานหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของเครื่องใช้ เช่น แก้วน้ำ ช้อน จานร่วมกับผู้อื่น	4.65	0.80
10. ทานสังเกตตนเองเมื่อมีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอหรืออาการทางเดินหายใจอย่างใด อย่างหนึ่งแล้วรีบไปพบแพทย์	4.40	1.18
รวม	4.53	0.88

จากตารางที่ 1 พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}=4.53$, $SD=0.88$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ทานสวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าในขณะที่อยู่นอกเคหสถาน ($\bar{X}=4.73$, $SD=0.72$) รองลงมาทานหลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของเครื่องใช้เช่น แก้วน้ำ ช้อน จานร่วมกับผู้อื่น ($\bar{X}=4.65$, $SD=0.80$) และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ทานสังเกตตนเองเมื่อมีอาการไข้ ไอ มีน้ำมูก เจ็บคอหรืออาการทางเดินหายใจอย่างใดอย่างหนึ่งแล้วรีบไปพบแพทย์ ($\bar{X}=4.40$, $SD=0.88$)

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดนเขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดนเขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส

ตัวแปรทำนาย	b	Beta	t	P
1. เพศหญิง (เพศชายเป็นกลุ่มอ้างอิง)	1.361	0.76	2.078	0.038*
2. แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019	0.146	0.203	3.873	0.001*
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019	0.521	0.251	4.071	0.001*
4. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0.879	0.317	5.231	0.001*

Constant (a) = 14.800 R square = 0.483 Adjusted R square = 0.478 F = 91.024 *p < 0.05

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า เพศหญิง แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การรับรู้โอกาสเสี่ยงเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดนสุโข-ลก เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 48.03 อภิปรายผล ได้ดังนี้

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดนสุโข-ลก เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส พบว่า เจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดนสุโข-ลก เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมากที่สุด น่าจะเนื่องมาจากเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่าย ที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดนเขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส คือ ผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยตรง ได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารจากบุคลากรด้านสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องและได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านการอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก เนื่องจากของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดนเขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส มีบทบาทสำคัญในการร่วมดำเนินกิจกรรมเฝ้าระวังควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ คัดกรองด้วยการวัดไข้ สอนและให้ความรู้ประชาชนการให้ความรู้แก่ประชาชน และการคัดกรองอย่างทั่วถึง ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความตระหนักและการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคได้ถูกต้องเป็น

สิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ในขณะที่เดียวกันก็เป็นตัวแทนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้รับรู้ถึงการดำเนินโรคอันตรายของโรค และผลกระทบที่จะเกิดขึ้นต่อประชาชน

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส พบว่า เพศหญิงมีผลทางบวก ต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกล่าว คือ เพศหญิงมีพฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดีกว่าเพศชาย สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส เป็นเพศหญิงจะมีพฤติกรรมเพิ่มขึ้น 1.361 คะแนน ดังนั้นการส่งเสริมพฤติกรรมในการป้องกันโรคให้กับของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลนั้นจำเป็นต้องคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างเพศของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส ทั้งนี้เนื่องจากมาจากเพศหญิงมีความละเอียดในใส่ใจต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่ดีและมีความกลัวต่อการเป็นโรคมมากกว่าเพศชาย ส่งผลให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดีกว่าผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า เพศหญิงจะมีความสนใจเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าเพศชายและสอดคล้องกับการศึกษาของนิรันดร์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) พบว่า อสม. เพศหญิงมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีกว่า อสม. เพศชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อแรงสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น 1 คะแนน พฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จะเพิ่มขึ้น 0.146 คะแนน ทั้งนี้เนื่องจากจากครอบครัวเพื่อนชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนในการกระตุ้นให้ อสม. มีพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้ อสม. เป็นตัวอย่างการมีพฤติกรรมที่ดีให้แก่บุคคลอื่นในชุมชนได้ สอดคล้องกับการศึกษาของปวีตรา จริยสกุลวงศ์, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญญภาสกุล, ศรีรัตน์ ศรีประสงค์ และวีรณัฐ รอบสันติสุข (2558) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวเพื่อนอาสาสมัครสาธารณสุขและบุคลากรทางสุขภาพ ช่วยสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองโดยอิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นตัวกำหนดให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จากการโน้มน้าวและสนับสนุนให้มีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีการให้ข้อมูลข่าวสารในช่องทางต่าง ๆ มากมายไปถึงของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส มีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานป้องกันโรคทำให้ช่วยกระตุ้นการรับรู้ของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส จนส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรม การป้องกันโรคที่ดีขึ้นได้

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. จากผลการศึกษา พบว่า เจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายเพศหญิง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดีกว่าเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายเพศชายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการสร้างตระหนักให้เจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายเพศชาย เช่น

ให้ทราบถึงแนวทาง การป้องกัน การเฝ้าระวัง การคัดกรองในชุมชน จัดให้มีการสาธิตและสอนการล้างมือ และมีกระบวนการติดตามกระบวนการ ฝึกปฏิบัติและทำงานลงพื้นที่จริงอย่างต่อเนื่อง

2. จากผลการศึกษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดนสุโข-ลก เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส ดังนั้นคณะทำงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศสุโข-ลก จังหวัดนราธิวาส ควรมีกิจกรรมที่เหมาะสมและเกิดประสิทธิภาพไม่ว่าจะเป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ในการช่วยเหลือดูแลเอาใจใส่ ให้กำลังใจ คำชมเชย และความสัมพันธ์ในการทำงานระหว่างเจ้าหน้าที่ด่านวัสดุ อุปกรณ์สิ่งของที่มีประสิทธิภาพและเพียงพอ พร้อมทั้งจะใช้ได้ตลอดเวลาเมื่อมีความต้องการ และให้คำปรึกษาแนะนำแนวทางให้เกิดทักษะที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องรวมถึงจัดกิจกรรมลดความเครียดความวิตกกังวลของเจ้าหน้าที่และเครือข่าย

3. จากผลการศึกษา พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของเจ้าหน้าที่ CIQ และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศด่านพรมแดน เขตเศรษฐกิจพิเศษจังหวัดนราธิวาส ดังนั้นคณะทำงานประจำช่องทางเข้าออกประเทศสุโข-ลก หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีการสร้าง ความสนใจในการรับรู้ นโยบายในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคโควิด 19 ให้กับเจ้าหน้าที่และเครือข่าย เช่น มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับความรู้พฤติกรรม การป้องกันโรคที่เป็น New Normal ที่แตกต่างไปจากการปฏิบัติแบบเดิม ๆ ให้กับเจ้าหน้าที่และเครือข่าย ให้ฝึกปฏิบัติจนเกิดความเคยชินอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่นเช่นรูปแบบเชิงทดลองใช้กระบวนการมีส่วนร่วมหรือการประชาคมเพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมการตระหนักในชุมชนการได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานรัฐภาคเอกชนเกี่ยวกับความรู้ทรัพยากรที่ช่วยให้การปฏิบัติงานป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในช่องทางเข้าออกประเทศมีประสิทธิภาพมากขึ้น
2. ควรมีการศึกษาวิจัยผลการดำเนินงานตามนโยบายกลยุทธ์ของภาครัฐในแนวทางการปฏิบัติป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564 ข). รายงานสถานการณ์โควิด-19. สืบค้น 1 มกราคม 2564, จาก <https://covid19.ddc.moph.go.th/>
- ธีระ วรธนารัตน์. (2563). โควิด-19 (covid-19): ตอนนี้เรารู้อะไรบ้าง?. สืบค้น 10 พฤศจิกายน 2563, จาก <https://www.isranews.org/isranews-article/85871-covid.html>
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส. (2564). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดนราธิวาส. นราธิวาส: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.
- Becker, M. H. (1974). The health belief model and personal health behavior. *Health education monographs*, 2, 324-473.

- Best, J. W. (1981). *Research in Education*. New Jersey: Prentice-Hall.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd ed.). Newjersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: Increased transmission in the EU/EEA and the UK – seventh update*. Retrieved July 9, 2021, from <https://tunis.mfa.gov.hu/asset/view/120583/RRA-seventh-update-Outbreak-of-coronavirus-disease-COVID-19.pdf>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191.
- Hair, F.J., Black, C.W., Babin, J.B., & Anderson, E.R. (2019). *Multivariate Data Analysis 8 th ed*. New Jersey: Pearson Education.
- Herzberg, F. (1959). *The Motivation of work*. New York: John Wiley & Sons.
- Rueangjintana, K. (2022). *Health Management Influencing Preventive Behaviors of COVID19 Infected People in Community Isolation Units*. Retrieved February 1, 2020 from <http://ns.pnu.ac.th/index.php/2022-01-13-07-24-19>
- World Health Organization. (2020). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report-35*. Retrieved May 23, 2020, from https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200224-sitrep-35-covid-19.pdf?sfvrsn=1ac4218d_2
- Worldometer Covid. (2021). *Covid live update*. Retrieved January 1, 2021, from https://www.worldometers.info/coronavirus/?utm_campaign=homeAdvegas1%20

ความคิดเห็นของประชาชนจังหวัดขอนแก่นต่อแหล่งกำเนิดฝุ่นละออง ผลกระทบต่อสุขภาพ
การดำเนินงานและวิธีการป้องกันตนเองในการแก้ปัญหาฝุ่นละออง PM2.5

Opinions of Khon Kaen Province residents on the source of dust, health effects,
problem solving operations, and self-protection solutions against PM2.5
dust Issues

ชมพูนุท สิริพรหมภักดิ์* และกิริณา แท้อารักษ์

Chompoonuth Siriprohmpathara* and Kirana Taearak

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น

Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์การศึกษาแหล่งกำเนิดฝุ่นละออง ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ ความคิดเห็นในการดำเนินงานและวิธีการป้องกันตนในการแก้ปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 ของประชาชน จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเลือกแบบเฉพาะเจาะจง คือจำนวน 850 คน เครื่องมือที่ได้จากการทดลองนำไปหาความเที่ยง โดยมีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.70 สถิติที่ใช้วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการวิจัยพบว่า 1) แหล่งกำเนิดฝุ่นละอองคว้น เหม่า เถ้า เรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) คว้นจากการประกอบอาหาร 2) ฝุ่น/คว้นรถ จากยานพาหนะ และ 3) คว้นจากธูป ($M = 2.43, 2.32, 1.84$ ตามลำดับ) 2) ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ เกี่ยวกับอาการช่วงฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ในจังหวัดขอนแก่น เรียงจากมากไปหาน้อยได้แก่ 1) อาการคัดจมูก 2) อาการน้ำมูก 3) อาการแสบจมูก คิดเป็นร้อยละ 58.9, 47.5, 38.5 ตามลำดับ 3) การดำเนินงานในการป้องกันละอองฝุ่น PM2.5 ของประชาชน 3 อันดับแรก 1) ควรณรงค์ให้ทุกคนใส่หน้ากากปิดจมูกและปากเพื่อป้องกันฝุ่นละออง PM2.5 2) ควรมีมาตรการออกมารองรับการดำเนินงานและป้องกันตนเองและสิ่งแวดล้อมปัญหาฝุ่นละอองอย่างชัดเจน และ 3) ควรมีมาตรการในการเผาขยะ, เผาถ่าน, เผาอ้อย, เผาไร่นา เรียงจากมากไปหาน้อย คิดเป็นร้อยละ 14.25, 6.95, 3.18 ตามลำดับ 4) การแก้ปัญหาตนเองจากละอองฝุ่น PM2.5 ของประชาชน 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ใช้ผ้าปิดจมูกและปาก 2) ช่วยกันลดการเกิดมลพิษทางอากาศเช่นงดเผาอ้อยเผาขยะ เผาฟางข้าว ลดการก่อสร้าง ลดการใช้รถยนต์หรือพาหนะต่างๆ ที่ปล่อยคว้นดำออกมา และ 3) หลีกเลี่ยงการสัมผัสที่มีฝุ่นละอองมากเรียงจากมากไปหาน้อย คิดเป็นร้อยละ 45.18, 26.35, 20.59 ตามลำดับ ข้อเสนอแนะมาตรการการส่งเสริม การป้องกันผลกระทบจากฝุ่น PM2.5 ได้แก่ การรณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม ประเทศ หน่วยงานรัฐและเอกชน มีส่วนร่วมในการวางแผนในการ ลดและเลิกแหล่งกำเนิดฝุ่นอย่างต่อเนื่อง และควรมียุทธศาสตร์ระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาวของจังหวัด หน่วยงานรัฐควรมีมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับมลพิษทางอากาศ สร้างความเข้าใจที่เกี่ยวข้องได้แก่ พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติพ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติสาธารณสุขพ.ศ. 2535 ให้ประชาชนเข้าใจไม่ฝ่าฝืนกฎหมาย ส่งผลให้ปัญหาฝุ่นละอองลดน้อยลงเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: แหล่งกำเนิดฝุ่นละออง, ผลกระทบต่อสุขภาพ, การดำเนินงาน, การแก้ปัญหาฝุ่นละออง PM 2.5

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail : Chompoonuat@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-8634781)

Abstract

The objectives of this study were to investigate sources of dust, health effects of air pollution as well as opinions on problem solving operations and self-protection solutions in addressing the PM_{2.5} dust concerns of residents in Khon Kaen province. Participants were 850 persons selected by purposive sampling. The reliability of research tool was obtained via Cronbach's alpha coefficient = 0.70. Descriptive statistics in terms of percentage, mean, and standard deviation were employed to analyze the data. The results indicated that:

The following three sources of dust, soot, and ash were averaged from highest to lowest: 1) cooking fumes; 2) dust/vehicle fumes; and 3) incense smoke ($M = 2.43, 2.32, \text{ and } 1.84$ respectively). 2) The health effects of air pollution on the symptoms of PM_{2.5} were ranked from least to most serious: 1) a stuffy nose; 2) a runny nose; and 3) a burning nose (58.9%, 47.5% and 38.5% respectively); 3) The top three initiatives to protect themselves from PM_{2.5} dust were: 1) undertaking a campaign to encourage everyone to wear a mask; 2) there should be concrete measures in place to help the PM_{2.5} operation as well as self and environmental protection from PM_{2.5}; and 3) there should be measures in place to deal with garbage, charcoal, sugarcane and agricultural burning (14.25%, 6.95% and 3.18% respectively). 4) Residents' top three self-remediation solutions for protecting themselves against PM_{2.5} dust were: 1) wearing masks; 2) helping to reduce air pollution, e.g. not burning sugarcane, waste or rice straw; and 3) avoiding exposure to dusty areas (45.18%, 26.35% and 20.59% respectively).

Recommendations for promoting actions and mitigation of PM_{2.5} dust in Khon Kaen province include individual, family, community and social participation in promoting campaigns and setting plans in stringent ongoing reduction and eradication of dust sources. In addition, there should be controlling and preventing strategies in short-term, medium-term and long-term plans and also legislation measures related to air pollution control of the province. The related laws, the National Environmental Quality Promotion and Conservation Act, B.E. 2535 (1992); and the Public Health Act, B.E. 2535 (1992), should be communicated for understanding and obeying leading to reducing air pollution and increasing quality of life of people.

Keywords: source of particulate matter, adverse health effects, PM_{2.5} mitigating execution

บทนำ

ประเทศไทยประสบผลสำเร็จในการจัดการคุณภาพอากาศในช่วง 30 ปีที่ผ่านมา โดยสามารถลดระดับมลพิษชนิดต่างๆ ให้อยู่ภายใน หรือ ใกล้เคียงกับค่ามาตรฐาน แม้ว่าแหล่งกำเนิดมลพิษประเภทต่างๆ โดยเฉพาะยานพาหนะได้เพิ่มขึ้นมากกว่า 4 เท่าตัว แต่ในช่วงหลายปีหลังระดับฝุ่น PM2.5 เฉลี่ยทั้งปี และเฉลี่ย 24 ชั่วโมง สูงเกินค่ามาตรฐานในช่วงฤดูแล้งระหว่างเดือนมกราคม-มีนาคม เนื่องจากแหล่งกำเนิดมลพิษเพิ่มมากขึ้นและมีสลับซับซ้อนในการควบคุมฝุ่นละออง PM2.5 (กรมควบคุมมลพิษ. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2561) ฝุ่นละออง PM2.5 มีอันตรายมากกว่าฝุ่นขนาดใหญ่ โดยเฉพาะฝุ่นจากไอเสียรถดีเซลถูกจัดว่าเป็นสารก่อมะเร็ง อีกทั้งองค์การอนามัยโลกระบุว่าไม่มีระดับฝุ่นละอองขั้นต่ำใดใดที่ยอมรับได้ว่าปลอดภัยต่อสุขภาพอนามัย ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกคาดคะเนประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากมลพิษอากาศในปี 2556 ประมาณ 50,000 คน คิดเป็นมูลค่าเสียหายประมาณ 60,000 ล้านบาทหรือประมาณ 1.8 ล้านล้านบาท (กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2561) พื้นที่ที่มีปัญหามลพิษทางอากาศจะเป็นพื้นที่เมืองใหญ่ที่มีการจราจรหรือบรรทุกขนส่งหนาแน่น เช่นกรุงเทพมหานคร นครราชสีมา ขอนแก่น เป็นต้น และพื้นที่ที่มีการเผาในที่โล่ง เช่นพื้นที่ภาคเหนือ กาญจนบุรี ขอนแก่น เป็นต้น นอกจากนี้พื้นที่ที่มีปัญหาฝุ่นละออง ซึ่งนำไปสู่การระดมสรรพกำลังในการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ยังพบว่ามีพื้นที่จังหวัดอื่นๆ อีกหลายพื้นที่ที่ประสบปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กในบางช่วงเวลา เช่นพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งในปี 2561 และปี 2562 ที่ผ่านมามีพบว่า พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีค่าฝุ่นละอองเฉลี่ย 24 ชั่วโมง เกินมาตรฐานในช่วงเดือนมกราคม-มีนาคม ซึ่งเป็นช่วงที่พบจำนวนจุดความร้อนสะสมในพื้นที่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนจุดความร้อนตามการใช้ประโยชน์ที่ดิน พบว่าในพื้นที่เกษตรมีจุดความร้อนสูงสุดถึงร้อยละ 50 ของจำนวนจุดความร้อน ในพื้นที่ทั้งหมด จังหวัดที่ประสบปัญหาฝุ่นละอองใช้กฎหมายที่มีอยู่ เช่น พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นต้น (กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2562) สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์พบว่า ดัชนีคุณภาพอากาศในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 22.6 (7 วัน) เกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 77.4 (24 วัน) และ สารมลพิษทางอากาศที่เป็นตัวแทนของดัชนีคุณภาพอากาศส่วนใหญ่จะเป็นฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 10 ไมครอน (PM10) ทั้งหมด ร้อยละ 87.1 (27 วัน) รองลงมาคือ ก๊าซโอโซน (O₃) ทั้งหมด ร้อยละ 12.9 (4 วัน) ในปี 2561 นั้นดัชนีคุณภาพอากาศในเขตเทศบาลนครขอนแก่น อยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 32.6 (119 วัน) เกณฑ์ปานกลาง ร้อยละ 37.8 (138 วัน) เกณฑ์มีผลกระทบต่อสุขภาพ ร้อยละ 1.6 (6 วัน) และสารมลพิษทางอากาศที่เป็นตัวแทนของดัชนีคุณภาพอากาศส่วนใหญ่จะเป็นฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมครอน (PM10) ทั้งหมด ร้อยละ 36.7 (134 วัน) รองลงมาคือ ก๊าซโอโซน (O₃) ทั้งหมด ร้อยละ 35.3 (129 วัน) ทั้งนี้จังหวัดขอนแก่นควรมีมาตรการควบคุมในการเผาไหม้ในพื้นที่เกษตรและควรมีการใช้กฎหมายควบคุมการระบายมลพิษจากรถยนต์และโรงงานอุตสาหกรรมให้เข้มงวดมากขึ้น รวมถึงการป้องกันตนเองจากมลพิษทางอากาศของประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบ (พรพรรณ สกุลคูและ ธนาวุธ โนราช, 2564)

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 เป็นปัญหาระดับประเทศและจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศจึงมีวาระแห่งชาติเร่งด่วนแก้ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ทุกปีคณะผู้วิจัยได้เห็นช่องว่างของปัญหาอะไรควรเป็นการดำเนินงานและมาตรการที่ใช้ในการ

ป้องกันปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็กของประชาชนที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานและการแก้ปัญหาการป้องกันฝุ่นละอองขนาดเล็กคณะผู้วิจัยจึงศึกษาความคิดเห็นของประชาชนจังหวัดขอนแก่นต่อแหล่งกำเนิดฝุ่นละออง ผลกระทบต่อสุขภาพ การดำเนินงานและวิธีการป้องกันตนเองในการแก้ปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 เพื่อนำข้อมูลที่ได้ให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องใน จังหวัดขอนแก่นสามารถนำไปพัฒนาดำเนินงานและการแก้ปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 เพื่อลดผลกระทบด้านสุขภาพจาก มลพิษทางอากาศจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 และลดแหล่งกำเนิดฝุ่นละออง ควัน เขม่า เถ้าที่มีต่อประชาชนจังหวัด ขอนแก่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาแหล่งกำเนิดฝุ่นละอองและผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละออง PM2.5 ในจังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะการดำเนินงานแก้ปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 ประชาชนจังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาวิธีการป้องกันตนเองในการแก้ปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 ของประชาชนจังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดการวิจัย

วิจัยนี้ได้แนวคิด แหล่งกำเนิดฝุ่นละออง ผลกระทบต่อสุขภาพ ซึ่งเกิดจากมลพิษทางอากาศในบรรยากาศเป็นปัจจัย เสี่ยงทางสุขภาพที่ร้ายแรงที่สุด ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคร้ายแรงต่างๆ โดยเฉพาะโรคระบบทางเดินหายใจ และเป็นปัญหาที่ แพร่หลายและก่อให้เกิดปัญหาในเกือบทุกจังหวัดในประเทศไทย และจังหวัดขอนแก่นเป็นอีกหนึ่งจังหวัดที่เป็นเมืองแห่ง การศึกษา มีประชากรเป็นจำนวนมากและการจราจรที่หนาแน่น รวมถึงโรงงานอุตสาหกรรมต่างๆ และมีประชากรที่ประกอบ อาชีพเกษตรกร เช่น ปลูกอ้อย ทำให้มีการเผาไหม้ในพื้นที่ ซึ่งจังหวัดขอนแก่นจึงให้ความสำคัญกับปัญหามลพิษทางอากาศ โดยมีสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศอัตโนมัติที่ตั้งในเขตเทศบาลนครขอนแก่นเพื่อเฝ้าระวังและเผยแพร่ข้อมูลคุณภาพอากาศ ของจังหวัดขอนแก่น โดยได้มีการติดตามตรวจสอบสารมลพิษทางอากาศที่สำคัญในบรรยากาศ จำนวน 6 ชนิดคือ 1) ก๊าซ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์ (SO₂) 2) ก๊าซไนโตรเจนไดออกไซด์ (NO₂) 3) ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (CO) 4) ก๊าซโอโซน (O₃) 5) ฝุ่น ขนาด ไม่เกิน 10 ไมครอน (PM10) 6) ฝุ่นขนาด ไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) (พรพรรณ สุกุล และ ธนาวุธ โนราช, 2564) และ สอดคล้องกับ ประชาชนกลุ่มเสี่ยง (Vulnerable Populations) ที่เกิดจากปัญหา PM2.5 โดยทั่วไปแล้วเมื่อร่างกายได้รับสัมผัสหรือสูด ดมหมอกควันเข้าสู่ร่างกายในระยะเวลาสั้นๆ จะสามารถทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพ ได้แก่ แสบจมูก จาม ไอ ฯลฯ ซึ่งประชาชน ทั่วไปที่มีสุขภาพแข็งแรง จะมีความสามารถในการปรับตัวและฟื้นฟูสภาพร่างกายได้อย่างรวดเร็วและไม่เกิดผลกระทบต่อสุขภาพใน ระยะยาว แต่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงนั้น เมื่อได้รับสัมผัสหรือสูดดมหมอกควันเข้าสู่ร่างกาย อาจเกิดปัญหาต่อสุขภาพจากการสัมผัสกับ หมอกควันทั้งระยะสั้นและระยะยาวได้ นอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยอุตุณิยวิทยาก็มีผลต่อการเกิดโรคระบบหายใจเช่นเดียวกัน ซึ่งสิ่งที่ ได้สามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการจัดการด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม กำหนดมาตรการในการควบคุมป้องกัน และติดตามเฝ้า ระวังปัญหาฝุ่นละอองไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ รวมถึงเตรียมรับมือกับปัญหาในอนาคตที่อาจเกิดขึ้นอีก ทั้งด้านข้อมูลสิ่งแวดล้อมมีจำนวนสถานีตรวจวัดคุณภาพอากาศอัตโนมัติที่จำกัดดังนั้นจึงควรมีการเพิ่มจุดในการเฝ้าระวัง PM2.5 ใน พื้นที่ต่างๆ ให้ครอบคลุมเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่นั้นๆ ได้อย่างเหมาะสม (พรสุตา มโนชัย และ พรพรรณ สุกุล, 2564) จากสิ่งที่ได้จากการรวบรวมเอกสารงานวิจัยดังกล่าวเป็นกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ระเบียบวิธีการวิจัย

วิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชากรจังหวัดขอนแก่นจำนวน 1,802,771 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือการเลือกเฉพาะเจาะจง ได้กลุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญตามเกณฑ์ที่กำหนด อำเภอเมืองและอำเภอซำสูงจังหวัดขอนแก่น เนื่องจากเป็นอำเภอที่มีการมีปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 (อ้างอิง จำนวนประชากรทะเบียนราษฎรของเขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น (1 มกราคม 2562)

ประกอบด้วย อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น ได้แก่ จำนวน 415,320 คน อำเภอซำสูง ได้แก่ จำนวน 23,668 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในงานวิจัย โดยผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Taro Yamane (1967) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.05 ซึ่งเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยพิจารณาจากการตัดสินใจของผู้วิจัย กลุ่มที่เลือกเป็นตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงต้องอาศัยความรู้ ความชำนาญและประสบการณ์ของผู้วิจัย ได้แก่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่นจำนวน จำนวน 400 คนและอำเภอซำสูง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 394 คน รวมทั้งหมด จำนวน 794 คนป้องกันการสูญหาย 5-10% โดยใช้ 7 % จำนวน 56 คน รวมทั้งหมด จำนวน 850 คน

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. ประชาชนที่อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น
2. ผู้ให้ข้อมูลมีความยินยอมเข้าร่วมในการให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยตลอดจนเสร็จสิ้นการให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ในช่วงของวันที่ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลไม่สามารถให้ข้อมูลได้.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ดัดแปลงและปรับปรุงมาจาก แบบสอบถามของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558 แบ่งออกเป็น 6 ส่วนดังนี้

ส่วนที่1 แบบสอบถามปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อมีข้อคำถามเป็นแบบเติมข้อความและเลือกตอบได้แก่ เพศ อายุ อาศัยในพื้นที่ปัจจุบันตั้งแต่เกิด ปัจจุบันได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีโรคประจำตัว อาชีพหลัก คนในบ้านท่านสูบบุหรี่ และลักษณะบ้านพักอาศัย

ส่วนที่2 แบบสอบถามเกี่ยวกับแหล่งกำเนิดฝุ่นละอองและผลกระทบต่อสุขภาพ จำนวน 13 ข้อเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับได้แก่ ไม่มีอาการ มีนานๆครั้งมีอาการ มีอาการเกือบทุกวัน มีอาการทุกวันเป็นประจำ โดยใช้เกณฑ์ของ ประคอง กรรณสูตร (2542) ดังนี้ 3.50-4.00 หมายถึงมีอาการทุกวันเป็นประจำ 2.50-3.49 หมายถึงมีอาการเกือบทุกวัน 1.50-2.49 หมายถึง มีนานๆครั้งมีอาการ 1.00-1.49 หมายถึงไม่มีอาการ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับวิธีการดูแลตน จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 1) ไม่ได้รักษา 2) ไปหาหมอ 3) ซื้อยากินเอง คิดเป็นคะแนน 0, 1, 2 ตามลำดับ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับด้านวิธีป้องกันตนเองจากฝุ่น/ควัน จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ 1) ไม่ได้ป้องกัน 2) อยู่ในห้องอาคารเพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสฝุ่นควัน 3) ใช้ผ้าปิดจมูกปาก 4) อื่นๆระบุ

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานและป้องกันตนเองจากละอองฝุ่น PM_{2.5} เป็นคำถามปลายเปิดที่กลุ่มตัวอย่างสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับการดำเนินงานและแก้ปัญหาฝุ่น PM_{2.5} ตามแนวคิดของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2558) ในประเด็นผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศแบบรายวัน แนวทางการเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยง จากมลพิษทางอากาศ กรณีฝุ่นละอองขนาดเล็ก (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2558) มาปรับปรุงและดัดแปลง ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ด้านสุขภาพ ด้านสาธารณสุข ด้านสิ่งแวดล้อม ตรวจสอบความตรงของโครงสร้างและเนื้อหา (Content Validity) มีการปรับแก้เนื้อหาให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ นำไปวิเคราะห์หาค่าดัชนีสอดคล้อง (Item-Objective Congruence Index : IOC) ของแบบสอบถาม โดยเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป นำมาพิจารณาความเหมาะสมของสำเนาภาษา การใช้ถ้อยคำและนำแบบสอบถามไปปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ครบถ้วน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถามได้ค่า อยู่ในช่วง 0.68-1.00 แล้วนำเครื่องมือที่ได้ไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน จากนั้นนำเครื่องมือที่ได้จากการทดลองใช้ไปหาความเที่ยง (Reliability) แบบวัดการดำเนินการและการแก้ปัญหาฝุ่นละออง PM_{2.5} ทั้ง 4 ด้านโดยใช้เชื่อมั่นค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่น .70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยวิจัยได้ทำตามคำชี้แจงที่ผู้ช่วยวิจัย เพื่อวางแผนในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวบรวม ตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจำนวน 850 ฉบับได้กลับคืนมาฉบับที่สมบูรณ์จำนวน 850 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1.วิเคราะห์แหล่งกำเนิดฝุ่นละอองควันเข้ามาในจังหวัดขอนแก่นโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2.วิเคราะห์ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ ฝุ่นละออง PM_{2.5} ในจังหวัดขอนแก่นโดยใช้สถิติ การแจกแจงความถี่และร้อยละ
- 3.วิเคราะห์ข้อเสนอแนะการดำเนินงานแก้ปัญหาฝุ่นละออง PM_{2.5} ของประชาชนจังหวัดขอนแก่นโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่และร้อยละ
- 4.วิเคราะห์วิธีการป้องกันตนในการแก้ปัญหาฝุ่นละออง PM_{2.5} ของประชาชนจังหวัดขอนแก่นโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่และร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการวิจัยคณะผู้วิจัยได้ประสานผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยชี้แจงชื่อโครงการวิจัยและวัตถุประสงค์ รวมทั้งระยะเวลาการดำเนินการเข้าเก็บข้อมูลให้ทราบก่อนเก็บข้อมูลและได้แจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้อาจจะเป็นความลับ ไม่นำมาเปิดเผยเป็นรายบุคคลแต่นำเสนอเป็นภาพรวมและนำมาใช้เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ที่เข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ได้และมีสิทธิ์ที่จะทราบผลของการวิจัยเมื่องานวิจัยเสร็จสิ้นตาม หนังสือจริยธรรมเลขที่ HE6210178 สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น วันที่ 7 มิถุนายน 2562

ผลการวิจัย

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำแนกตามเพศ เพศหญิงมากกว่าเพศชาย (509, 340) คิดเป็นร้อยละ 60 และ 40 ตามลำดับ จำแนกตามอายุมากที่สุดอายุ 15-45 ปี (427) คิดเป็นร้อยละ 50.24 รองลงมาอายุ 45-60 ปี (314) คิดเป็นร้อยละ 36.94 อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่นตั้งแต่เกิด ใช้มากที่สุด (541) คิดเป็นร้อยละ 63.7 รองลงมา ไม่ใช่ (309) คิดเป็นร้อยละ 36.3 จำแนกตามปี พ.ศ. ที่มีอยู่จังหวัดขอนแก่นมากที่สุด ได้แก่ 2541-2550 (328) คิดเป็นร้อยละ 38.7 รองลงมา พ.ศ. 2551-2560 (269) คิดเป็นร้อยละ 31.7 จำแนกตามได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุด (652) คิดเป็นร้อยละ 76.9 รองลงมา มีโรคประจำตัว (148) คิดเป็นร้อยละ 23.1 จำแนกตามอาชีพหลัก มากที่สุดทำนา/ทำสวน/ทำไร่ จำนวน (216) คิดเป็นร้อยละ 25.41 รองลงมา นักเรียน (185) คิดเป็นร้อยละ 21.76 จำแนกตามคนในบ้านของท่านสูบบุหรี่ ไม่สูบมากที่สุด (676) คิดเป็นร้อยละ 79.5 รองลงมา ไม่สูบ (174) คิดเป็นร้อยละ 20.5 ตามลำดับ จำแนกตามลักษณะบ้าน มากที่สุด 2 ชั้นเต็ม (476) คิดเป็นร้อยละ 56 รองลงมา ชั้นเดียวติดดิน (219) คิดเป็นร้อยละ 25.8

ตารางที่ 1 จำนวนความถี่และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ
1.เพศ		
ชาย	340	40
หญิง	509	60
2.อายุ		
ต่ำกว่า 14 ปี	-	-
15-45 ปี	427	50.24
45-60 ปี	314	36.94
60 ปีขึ้นไป	109	12.82

ตารางที่ 1 จำนวนความถี่และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ
3. อาศัยในพื้นที่ปัจจุบันตั้งแต่เกิด		
- ใช่	541	63.7
- ไม่ใช่	309	36.3
4. ระบุปีที่เริ่มอยู่ในพื้นที่นี้ตั้งแต่พ.ศ. ที่อยู่ขอนแก่น ถึง ปัจจุบัน		
< 2500	2	0.2
2501-2510	115	13.4
2511-2520	4	0.4
2521-2530	10	1.3
2531-2540	20	2.3
2541-2550	328	38.7
2551-2560	269	31.7
2561-2562	102	12
5. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่า		
- มีโรคประจำตัว	148	23.1
- ไม่มี	652	76.9
6. อาชีพหลัก		
- นักเรียน	185	21.76
- นักศึกษา	182	21.41
- ทำนา/ทำสวน/ ทำไร่	216	25.41
- ว่างงาน/ไม่มีงานทำ	5	20.59
- รับจ้างทั่วไป	19	2.24
- ค้าขาย	59	6.94
- ข้าราชการ	151	17.76
- พนักงานรัฐวิสาหกิจ	21	2.47
- ทำงานบริษัทเอกชน	12	1.41
7. คนในบ้านของท่านสูบบุหรี่หรือไม่		
- ไม่สูบ	676	79.5
- สูบ	174	20.5

ตารางที่ 1 จำนวนความถี่และร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n)	ร้อยละ
8. ลักษณะบ้านพักอาศัยของท่านเป็นอย่างไร		
- ชั้นเดียวติดดิน	219	25.8
- ชั้นเดียว ใต้ถุนสูง	44	5.2
- 2 ชั้นเต็ม	476	56
- มากกว่า 2 ชั้น	81	9.5
- อื่นๆ	30	3.5

จากตารางที่ 2 พบว่ารายชื่อของผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ เกี่ยวกับอาการช่วงฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ในจังหวัดขอนแก่น เรียงจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ ลำดับ 1 ข้อ 1) อาการคัดจมูก จำนวน 501 คน คิดเป็นร้อยละ 58.9 ลำดับ 2 ข้อ 2) อาการน้ำมูกจำนวน 404 คน คิดเป็นร้อยละ 47.5 และลำดับ 3 ข้อ 3) อาการแสบจมูก จำนวน 331 คน คิดเป็นร้อยละ 38.5 ตามลำดับ และอาการช่วงฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ในจังหวัดขอนแก่น 3 ลำดับ ที่เป็นน้อยถึงน้อยสุด ได้แก่ ลำดับ 1 ข้อ 19) อาการตาแดงจำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 10.7 ลำดับ 2 ข้อ 4) อาการเลือดกำเดาไหลจำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 9.3 และข้อ 14) อาการทำบวมผิดปกติจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 3.3 ตามลำดับ

ตารางที่ 2 จำนวนความถี่และร้อยละรายชื่อของผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ เกี่ยวกับอาการช่วงฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ในจังหวัดขอนแก่น (n= 850 คน)

ข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ เกี่ยวกับอาการช่วงฝุ่น ละอองขนาดเล็ก PM2.5 ในจังหวัดขอนแก่น	มีอาการ		ไม่มีอาการ	
	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ
1. อาการคัดจมูก	501	58.9	349	41.1
2. อาการน้ำมูก	404	47.5	446	52.5
3. อาการแสบจมูก	331	38.9	519	61.1
4. อาการเลือดกำเดาไหล	79	9.3	771	90.6
5. อาการแสบคอ	232	27.3	616	72.5
6. อาการเสียงแหบ	211	24.8	639	75.2
7. อาการไอไม่มีเสมหะ	270	31.8	580	68.2
8. อาการไอมีเสมหะ	165	19.4	685	80.6
9. อาการหายใจลำบาก	237	27.9	613	72.1
10. อาการหายใจมีเสียงหวีด	114	13.4	736	86.6
11. อาการปวดหัว	298	35.1	552	64.9
12. อาการเวียนหัว	294	34.6	556	65.4

ตารางที่ 2 จำนวนความถี่และร้อยละรายชื่อของผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ เกี่ยวกับอาการช่วงฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ในจังหวัดขอนแก่น (n= 850 คน) (ต่อ)

ข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ เกี่ยวกับอาการช่วงฝุ่น ละอองขนาดเล็ก PM2.5 ในจังหวัดขอนแก่น	มีอาการ		ไม่มีอาการ	
	จำนวน (n)	ร้อยละ	จำนวน (n)	ร้อยละ
13. อาการเหนื่อยง่ายผิดปกติ	248	29.2	602	70.8
14. อาการหอบหืดผิดปกติ	28	3.3	822	96.7
15. อาการหัวใจเต้นเร็วผิดปกติ	101	11.9	749	88.1
16. อาการคันตามร่างกาย	227	26.7	622	73.2
17. อาการมีผื่นแดงตามร่างกาย	132	15.5	718	84.5
18. อาการแสบตาหรือคันตา	283	33.3	567	66.7
19. อาการตาแดง	91	10.7	759	89.3
20. อาการน้ำตาไหลมากผิดปกติ	126	14.8	724	85.2
21. อาการปวดตา	229	26.9	621	73.1
22. มองภาพไม่ค่อยชัด	183	21.5	667	78.4

จากตารางที่ 3 พบว่าการดูแลตนเองของประชาชนจากผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ เกี่ยวกับอาการช่วงฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ในจังหวัดขอนแก่น เรียงจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ไม่ได้รักษา จำนวน 600 คน คิดเป็นร้อยละ 70.6 ไปหาหมอจำนวน 112 คน คิดเป็นร้อยละ 13.2 และซื้อยากินเองจำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 16.2 ตามลำดับ ส่วนวิธีป้องกันตนเอง จากฝุ่น/ควัน เรียงจากมากไปหาน้อย ได้แก่ อยู่ในห้องอาคาร เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสฝุ่นควันใช้ผ้าปิดจมูกปากจำนวน 384 คน คิดเป็นร้อยละ 45.2 ไม่ได้ป้องกัน จำนวน 265 คน คิดเป็นร้อยละ 31.2 และอื่นๆ ระบุจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 0.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 3 จำนวนความถี่และร้อยละของการดูแลตนเองของประชาชนจากผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ เกี่ยวกับอาการช่วงฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ในจังหวัดขอนแก่น (n= 850 คน)

ข้อมูลการดูแลตนเองของประชาชนจากผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ เกี่ยวกับอาการช่วงฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM _{2.5} ในจังหวัดขอนแก่น	จำนวน (n)	ร้อยละ %
ไม่ได้รักษา	600	70.6
ไปหาหมอ	112	13.2
ซื้อยากินเอง	138	16.2
วิธีป้องกันตนเอง จากฝุ่น/ควัน		
- ไม่ได้ป้องกัน	265	31.2
- อยู่ในห้อง/อาคาร เพื่อหลีกเลี่ยงการสัมผัสฝุ่น/ควัน	197	23.2
- ใช้ผ้าปิดจมูก/ปาก	384	45.2
- อื่นๆ	4	0.4

จากตารางที่ 4 พบว่าแหล่งกำเนิดฝุ่นละอองควันเข้ามาเกี่ยวข้องกับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ ควันจากการประกอบอาหาร (M=2.43) ฝุ่น/ควันรถ จากยานพาหนะ เช่น ฝุ่นจากถนนรถบรรทุก (M=2.32) และ ควันจากรูป (M=1.84) ตามลำดับ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแหล่งกำเนิดฝุ่นละออง ควัน เขม่า เถ้า (n= 850 คน)

ข้อมูลแหล่งกำเนิดฝุ่นละอองควันเขม่าเถ้า	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1. ควันจากการสูบบุหรี่ภายในบ้าน	1.58	0.82	นานๆครั้ง
2. ควันจากการประกอบอาหาร	2.43	0.82	นานๆครั้ง
3. ควันจากรูป	1.84	0.58	นานๆครั้ง
4. ฝุ่นควันรถ จากยานพาหนะ เช่น ฝุ่นจากถนนรถบรรทุก	2.32	0.93	นานๆครั้ง
5. ฝุ่นเขม่าควันจากขี้มน้ำมัน	1.37	0.66	ไม่มี
6. ฝุ่นควันจากการเผาฟางข้าวไร่นาอ้อย	1.62	0.64	ไม่มี
7. ควันจากการเผาขยะหรือเศษใบไม้	1.82	0.61	นานๆครั้ง
8. ฝุ่นจากการขุดเจาะหิน	1.31	0.55	ไม่มี
9. ฝุ่นจากการก่อสร้าง	1.58	0.65	นานๆครั้ง
10. ฝุ่นควันจากโรงงานอุตสาหกรรมประเภทของโรงงานที่เกิดฝุ่น	1.18	0.49	ไม่มี

จากตารางที่ 5 พบว่าข้อเสนอแนะของประชาชนต่อการดำเนินงานแก้ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} 3 อันดับแรก ได้แก่ ลำดับที่ 1 ควรณรงค์ให้ทุกคนใส่หน้ากากปิดจมูกและปากเพื่อป้องกันฝุ่นละออง PM_{2.5} จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 14.25 ลำดับที่ 2 ควรมีมาตรการออกมารองรับการดำเนินงานและป้องกันตนเองจากปัญหาฝุ่นละอองอย่างชัดเจนจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 6.95 และลำดับที่ 3 ควรมีมาตรการในการเผาขยะ, เผาถ่าน, เผาอ้อย, เผาไร่ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 3.18 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 จำนวนและความถี่ของข้อเสนอแนะของประชาชนต่อการดำเนินงานแก้ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5}

ข้อเสนอแนะของประชาชนต่อการดำเนินงานแก้ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM _{2.5}	จำนวน (n=850)	ร้อยละ
1. ควรณรงค์ให้ทุกคนใส่หน้ากากปิดจมูกและปากเพื่อป้องกันฝุ่นละออง PM _{2.5}	121	14.24
2. ควรมีมาตรการออกมารองรับการดำเนินงานและป้องกันตนเองและสิ่งแวดล้อมปัญหาฝุ่นละอองอย่างชัดเจน	56	6.59
3. ควรมีมาตรการในการเผาขยะเผาถ่านเผาอ้อยเผาไร่	27	3.18

จากตารางที่ 6 พบว่าวิธีการป้องกันตนเองของประชาชนในการแก้ปัญหาฝุ่นละออง PM_{2.5} 3 อันดับแรก ได้แก่ ลำดับที่ 1 ใช้ผ้าปิดจมูกและปากหรือ Mask จำนวน 384 คน คิดเป็นร้อยละ 45.18 ลำดับที่ 2 ช่วยกันลดการเกิดมลพิษทางอากาศเช่นงดเผาอ้อยเผาขยะ เผาฟางข้าว ลดการก่อสร้างลดการใช้รถยนต์หรือพาหนะต่างๆ ที่ปล่อยควันดำออกมา

จำนวน 224 คน คิดเป็นร้อยละ 26.35 และลำดับที่ 3 หลีกเลียงการสัมผัสที่มีฝุ่นละอองจำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 20.59 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละวิธีการป้องกันตนเองของประชาชนในการแก้ปัญหาละอองฝุ่น PM2.5

วิธีการป้องกันตนเองของประชาชนในการแก้ปัญหาละอองฝุ่น PM2.5	จำนวน	ร้อยละ
1. ใช้ผ้าปิดจมูกและปาก	384	45.18
2. ช่วยกันลดการเกิดมลพิษทางอากาศเช่นงดเผาอ้อยเผาขยะเผาฟางข้าวและลดการก่อสร้างลดการใช้รถยนต์หรือพาหนะต่างๆ ที่ปล่อยควันดำออกมาหลีกเลียงการสัมผัสที่มีฝุ่นละออง	224	26.35
3. หลีกเลียงการสัมผัสที่มีฝุ่นละออง	175	20.59

อภิปรายผล

1. ผลการวิจัยพบว่าแหล่งกำเนิดฝุ่นละอองควันเข้ามาเกี่ยวข้องกับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ ควันจากการประกอบอาหาร ($M=2.43$) ฝุ่น/ควันรถ จากยานพาหนะ เช่น ฝุ่นจากถนนรถบรรทุก ($M=2.32$) และ ควันจากรูป ($M=1.84$) ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2561 พบว่าแหล่งกำเนิดที่สำคัญ 3 ประเภท คือ ไอเสียรถยนต์ดีเซล การเผาชีวมวล และฝุ่นทุติยภูมิอันเกิดจากปฏิกิริยารวมตัวกันของไอเสียรถยนต์และแอมโมเนียจากปุ๋ยที่ใช้ในเกษตรกรรมสอดคล้องกับชนิษฐา ชัยรัตนาวรรณ และณัฐพศุทธิ์ ภัทธีราสินศิริพบว่า แหล่งกำเนิดของฝุ่นละออง PM2.5 อันดับแรกมาจากการเผาในที่โล่ง รองลงมาเกิดขึ้นจากไอเสียรถโดยเฉพาะดีเซล ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีทั้งการบดบังทัศนวิสัยการมองเห็น ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม สอดคล้องกับ Baumgartner และคณะพบว่า การเผาไหม้เชื้อเพลิงชีวมวลทำให้เกิดอาการความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหัวใจ การใช้เชื้อเพลิงชีวมวลในการปรุงประกอบอาหาร ควรจัดให้มีการระบายอากาศที่เพียงพอ หรือ หลีกเลียงการใช้เชื้อเพลิงชีวมวล ซึ่งก่อให้เกิดโรคมะเร็งจากการสัมผัสมลพิษทางอากาศในครัวเรือน โดยมีอาการดังนี้ฝุ่นละออง ไรฝุ่น แบคทีเรีย ขนสัตว์ เชื้อรา ละอองเกสร โรคมะเร็ง โรคหอบหืดและโรคจมูกอักเสบ

2. ผลการวิจัยพบว่ารายชื่อของผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษทางอากาศ เกี่ยวกับอาการช่วงฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 ในจังหวัดขอนแก่น อาการที่เป็นมากไปหาน้อย 3 ลำดับแรก ได้แก่ ลำดับ 1 ข้อ 1) อาการคัดจมูก (501) คิดเป็นร้อยละ 58.9 ลำดับ 2 ข้อ 2) อาการน้ำมูก (404) คิดเป็นร้อยละ 47.5 และลำดับ 3 ข้อ 3) อาการแสบจมูก (331) คิดเป็นร้อยละ 38.5 ตามลำดับ สอดคล้องกับงานวิจัยของกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2561 พบว่าฝุ่นละออง PM2.5 มีอันตรายมากกว่าฝุ่นขนาดใหญ่ โดยเฉพาะฝุ่นจากไอเสียรถดีเซลถูกจัดว่าเป็นสารก่อมะเร็ง อีกทั้งองค์การอนามัยโลกระบุว่าไม่มีระดับฝุ่นละอองชั้นต่ำใดที่ยอมรับได้ว่าปลอดภัยต่อสุขภาพอนามัย ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกคาดคะเนว่าประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากมลพิษทางอากาศในปี 2556 ประมาณ 50,000 คน และการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย ฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนสามารถหายใจเข้าไปได้ถึงระบบทางเดินหายใจส่วนล่างและถุงลมปอด มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งแบบเฉียบพลัน (ชั่วโมงหรือวัน) และผลเรื้อรัง (เดือนหรือปี) ได้แก่ อาการป่วยทางระบบหายใจและหลอดเลือดหัวใจ เช่น หอบหืด อาการป่วยของระบบหายใจ และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ

การเสียชีวิตจากโรคระบบหายใจและหลอดเลือดหัวใจรวมถึงมะเร็งปอด และฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอนมีผลเสียต่อสุขภาพอย่างชัดเจนมากกว่าฝุ่นหยาบที่มีขนาดใหญ่กว่า มีผลการศึกษาที่ประมาณว่าอัตราการเสียชีวิตจากทุกโรคเพิ่มขึ้น 0.2-0.6% ต่อ PM₁₀ ที่เพิ่มขึ้น 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร ขณะที่อัตราการเสียชีวิตเฉพาะจากโรคระบบหายใจเพิ่มขึ้น 6-13% ต่อ PM_{2.5} ที่เพิ่มขึ้น 10 ไมโครกรัมต่อลูกบาศก์เมตร (WHO, 2013 : อ้างอิงกรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2561) และสอดคล้องกับเมตดา เก่งชูวงศ์, 2561 พบว่าผลกระทบจากฝุ่นละอองที่มีต่อประชาชน พบว่า โดยภาพรวมประชาชนได้รับผลกระทบจากฝุ่นละอองอยู่ในระดับปานกลาง ($X = 3.11$) และสอดคล้องกับงานวิจัยของสรายุทธ ลาภบุญเรือง, 2552 พบว่า อาการเจ็บป่วยด้านระบบทางเดินหายใจมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับฝุ่นละออง ($r_{xy} = .299$) พฤติกรรมด้านการป้องกันตนเองจากฝุ่นละออง ($r_{xy} = .121$) และด้านการดูแลสุขภาพ ($r_{xy} = .260$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ประชาชนยังขาดการปฏิบัติในเรื่องของการรับรู้ข่าวสารด้านฝุ่นละออง บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีการณรงค์ให้ความรู้และชี้ให้เห็นถึงอันตรายจากผลกระทบของปัญหาฝุ่นละออง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและปลอดภัยจากโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากฝุ่นละออง สอดคล้องกับชนิษฐา ชัยรัตนาวรรณ และณัฐพศุทธิ์ ภัทธีราสินศิริ, 2563 พบว่า แหล่งกำเนิดของฝุ่นละออง PM_{2.5} อันดับแรกมาจากการเผาในที่โล่ง รองลงมาเกิดขึ้นจากไอเสียรถโดยเฉพาะดีเซล ผลกระทบที่เกิดขึ้นมีทั้งการบดบังทัศนวิสัยการมองเห็น ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม ส่วนแนวทางในการจัดการฝุ่นละออง PM_{2.5} ที่ควรดำเนินการอย่างเร่งด่วน ทั้งการป้องกันและการควบคุม เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ผลเสียและผลกระทบที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับฝุ่นละออง PM_{2.5} ทั้งด้านเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตที่เกิดขึ้นให้กับประชาชนได้รับทราบ พร้อมๆ กับภาครัฐควรกำหนดมาตรการอย่างเคร่งครัดในการป้องกันและควบคุมเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างยั่งยืน และสอดคล้อง Ranathunga, N., Perera, P., Nandasena, S., Sathiakumar, N., Kasturiratne, A. and Wickremasinghe, R.J.B.P. 2019 พบว่าการศึกษากลุ่มประชากรเด็กจำนวน 262 คน ที่อาศัยอยู่ในบ้านที่ใช้เชื้อเพลิงชีวมวลและน้ำมันก๊าด จะมีอัตราการเกิดโรคหอบหืดได้มากกว่าถึง 1.6 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มประชากรที่มีการใช้เชื้อเพลิงแบบอื่นๆ พบว่าบ้านที่มีการใช้พลังงานชีวมวลเป็นเชื้อเพลิงเทียบกับบ้านที่ใช้แก๊สหุงต้มหรือไฟฟ้าในการประกอบอาหาร มีปริมาณก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์และอนุภาคที่มีขนาดเล็กกว่า 2.5 ไมครอน มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญ

3. ผลการวิจัยพบว่าข้อเสนอแนะของประชาชนต่อการดำเนินงานแก้ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM_{2.5} 3 อันดับแรก ได้แก่ ลำดับที่ 1 ควรณรงค์ให้ทุกคนใส่หน้ากากปิดจมูกและปากเพื่อป้องกันฝุ่นละออง PM_{2.5} จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 14.25 ลำดับที่ 2 ควรมีมาตรการออกมารองรับการดำเนินงานและป้องกันตนเองจากปัญหาฝุ่นละอองอย่างชัดเจนจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 6.95 และลำดับที่ 3 ควรมีมาตรการในการเผาขยะ, เผาถ่าน, เผาอ้อย, เผาไร่ จำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 3.18 ตามลำดับ สอดคล้องกับ กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม, 2561 พบว่าช่วงวิกฤติจะต้องมีมาตรการที่เข้มงวดเป็นพิเศษ เพื่อลดระดับฝุ่นละออง ได้แก่ การกำหนดเขตปลอดมลพิษ การลดแหล่งกำเนิดมลพิษทั้งภาครัฐและภาคประชาชน และเข้มงวดการเผาในที่โล่ง และในการบริหารจัดการคุณภาพอากาศโดยองค์รวมจะต้องมีมาตรการทั้งในด้านการมีส่วนร่วมของประชาชน การพัฒนาองค์ความรู้ในด้านการจัดทำมาตรฐานคุณภาพอากาศ การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย และการประเมินความรู้ทุนของแผนจัดการคุณภาพอากาศ การควบคุมแหล่งกำเนิดมลพิษที่สำคัญ การบริหารจัดการแบบบูรณาการการขนส่ง ผังเมือง โดยประชาชนมีส่วนร่วม

ร่วมในการลดแหล่งกำเนิดมลพิษและประชาสัมพันธ์และดูแลสุขภาพประชาชน ลดการเผาในที่โล่ง เพื่อลดแหล่งที่มาของฝุ่น 1 ใน 3 ปรับปรุงเตาและตะแกรงปิ้งย่างเพื่อลดการเสียชีวิตจากก๊าซพิษ 24,520 รายต่อปี มาตรการแก้ไขปัญหามลพิษ PM2.5 แบบบูรณาการการบริหารจัดการ ได้แก่ บูรณาการมาตรการควบคุมมลพิษเพิ่มประสิทธิภาพการใช้พลังงาน ลดก๊าซเรือนกระจกและลดการจราจรติดขัด ปรับปรุงผังเมืองและการใช้ที่ดิน ส่งเสริมการใช้ที่ดินรอบสถานีขนส่งมวลชน สอดคล้องกับขนิษฐา ชัยรัตนาวรรณ และณัฐพศุทธิ์ ภัทธีราสินศิริ, 2563 พบว่า ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ ผลกระทบด้านคุณภาพชีวิตและสิ่งแวดล้อม ส่วนแนวทางในการจัดการฝุ่นละออง PM 2.5 ที่ควรดำเนินการอย่างเร่งด่วน ทั้งการป้องกันและการควบคุม เช่น การถ่ายทอดองค์ความรู้ผลเสียและผลกระทบที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับฝุ่นละออง PM 2.5 ทั้งด้านเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตที่เกิดขึ้นให้กับประชาชนได้รับทราบ พร้อมๆ กับภาครัฐควรกำหนดมาตรการอย่างเคร่งครัดในการป้องกันและควบคุมเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างยั่งยืน

4. ผลการวิจัยพบว่าวิธีการป้องกันตนเองข้อเสนอแนะของประชาชนในการแก้ปัญหาฝุ่น PM2.5 3 อันดับแรก ได้แก่ ลำดับที่ 1 ใช้ผ้าปิดจมูกและปากหรือ Mask จำนวน 384 คน คิดเป็นร้อยละ 45.18 ลำดับที่ 2 ช่วยกันลดการเกิดมลพิษทางอากาศเช่นงดเผาอ้อยเผาขยะ เผาฟางข้าว ลดการก่อสร้างลดการใช้รถยนต์หรือพาหนะต่างๆ ที่ปล่อยควันดำออกมาจำนวน 224 คน คิดเป็นร้อยละ 26.35 และลำดับที่ 3 หลีกเลี่ยงการสัมผัสที่มีฝุ่นละอองจำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 20.59 ตามลำดับ สอดคล้องกับของศรายุทธ ลาภบุญเรือง, 2552 พบว่า พฤติกรรมด้านการป้องกันตนเองจากฝุ่นละออง ($r_{xy} = .121$) และด้านการดูแลสุขภาพ ($r_{xy} = .260$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่า ประชาชนยังขาดการปฏิบัติในเรื่องของการรับรู้ข่าวสารด้านฝุ่นละออง บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีการณรงค์ให้ความรู้และชี้ให้เห็นถึงอันตรายจากผลกระทบของปัญหาฝุ่นละออง เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจและปลอดภัยจากโรคระบบทางเดินหายใจที่เกิดจากฝุ่นละออง

การนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะการดำเนินงานแก้ปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 ของประชาชนจังหวัดขอนแก่นและข้อเสนอแนะการแก้ปัญหาฝุ่นละออง PM2.5 ของประชาชนจังหวัดขอนแก่น

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ควรได้นำข้อมูลที่ได้จากข้อเสนอแนะของประชาชนต่อการดำเนินงานแก้ปัญหาฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 โดยณรงค์ให้ทุกคนใส่หน้ากากปิดจมูกและปาก เพื่อป้องกันฝุ่นละออง
2. ควรมีมาตรการออกมารองรับการดำเนินงานและป้องกันตนเองจากปัญหาฝุ่นละอองอย่างชัดเจน โดยให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายและมาตรการทางกฎหมายได้แก่พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ. 2535 พระราชบัญญัติสาธารณสุข พ.ศ. 2535 เพื่อให้ประชาชนเข้าใจไม่ฝ่าฝืนกฎหมาย ในการเผาขยะ, เผาถ่าน, เผาอ้อย, เผาไร่ ส่งผลให้ปลอดภัยด้านสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
3. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรได้นำข้อมูลที่ได้จากวิธีการป้องกันตนเองของประชาชนในการแก้ปัญหาฝุ่น PM_{2.5} ได้แก่ ใช้ผ้าปิดจมูกและปากหรือ Mask หลีกเลี่ยงการสัมผัสที่มีฝุ่นละออง ช่วยกันลดการเกิดมลพิษทางอากาศ เช่น งดเผาอ้อย เผาขยะ เผาฟางข้าว ลดการก่อสร้าง ลดการใช้รถยนต์หรือพาหนะต่างๆ ที่ปล่อยควันดำออก จัดกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง.

4. ควรมีการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ Input- process- Output- Impact- Effect ต้องครอบคลุมโดยบูรณาการทุกภาคส่วนภาครัฐ เอกชนและประชาชน ทุกมิติเช่นด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม ในมิติการมีส่วนร่วม ตั้งแต่บุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศ เพื่อลดปัญหาผลกระทบจากฝุ่นละอองขนาดเล็ก PM2.5 เพื่อความยั่งยืนอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยรูปแบบการป้องกัน ผลกระทบจากแหล่งกำเนิดฝุ่นละอองควันเขม่า การดำเนินงานและแก้ปัญหา
2. ควรวิจัยการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันฝุ่น ต่อสุขภาพของประชาชนจากมลพิษทางอากาศ ฝุ่นละออง PM2.5 ในจังหวัดขอนแก่นและจังหวัดใหญ่ๆที่ได้รับผลกระทบฝุ่นละออง PM2.5 จากในประเทศไทย

References

- กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. (2561). *โครงการศึกษาแหล่งกำเนิดและแนวทางการจัดการฝุ่นละอองขนาด 2.5 ไมครอน ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. กองจัดการคุณภาพอากาศและเสียง กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม.
- เขตควบคุมมลพิษและพื้นที่เฉพาะ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมควบคุมมลพิษ. (2562). *คู่มือปฏิบัติการจัดการปัญหามลพิษในเขตควบคุมมลพิษ*.
- ชนิษฐา ชัยรัตนาวรรณ และณัฐพศุทธิ์ ภัทธีราสินศิริ. 2563.. แหล่งกำเนิด ผลกระทบและแนวทางการจัดการฝุ่นละออง PM2.5 บริเวณภาคเหนือของประเทศไทย. *วารสารสมาคมนักวิจัย* , 25 (1) ,461-474.
- ประคอง กรรณสูต. (2542). *สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติพ.ศ.2535. สืบค้นเมื่อ 3 พฤศจิกายน 2563 จาก <http://web.krisdika.go.th/law>
- พรพรรณ สกุลคุและธนาวุธ โนราช. *คุณภาพอากาศของจังหวัดขอนแก่นระหว่างปี 2561-2562 และข้อเสนอแนะในการเฝ้าระวัง*. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 14 (2), 1-8.
- พรสุดา มโนชัย,พรพรรณ สกุลคุ. 2564. *ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรกระบบหายใจในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น*. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*. 14 (4), 41-48.
- เมตตา เก่งชูวงศ์.(2561). *รายงานวิจัย เรื่อง การศึกษาปริมาณฝุ่นละอองในบรรยากาศและผลกระทบต่อประชาชน ในเขตชุมชนเทศบาลเมืองมหาสารคาม*. *หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิตสิ่งแวดล้อม คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม*.
- ราชกิจจานุเบกษา.(2561). *พระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2561*. หน้า 30 เล่ม 135 ตอนที่ 27.

- ศรายุทธ ลาภบุญเรือง. (2552). การตรวจวัดปริมาณฝุ่นละอองและสถานะสุขภาพจากฝุ่นละอองต่อ
ประชาชนที่อยู่อาศัยในตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขา
การบริหารจัดการสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศิริอุมา เจาะจิตต์และคณะ. (2562). การประเมินความเสี่ยงในการสัมผัสฝุ่นละอองขนาดเล็กกว่า 10 ไมโครเมตร
ระหว่างชุมชนที่อยู่ใกล้และไกลโรงโม่หิน จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 27 (2)
,336-348.
- สุดจิต ครุจิตและคณะ. (2556). ระบบเฝ้าระวังฝุ่นละอองและคุณภาพอากาศแบบบูรณาการระยะที่ 2. มหาวิทยาลัย
เทคโนโลยีสุรนารี.
- อังศินันท์ อินทรกำแหงและกองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2563.รายงาน
การศึกษาฉบับสมบูรณ์(Final Report)การจัดทำสถานการณ์ความรอบรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อมในการป้องกัน
ผลกระทบต่อสุขภาพจากฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน (PM2.5) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)
ในพื้นที่เมืองอุตสาหกรรมเชิงนิเวศ
- อนุสราร รอดธานี. (2558). ปริมาณฝุ่นละอองขนาดเล็กไม่เกิน 2.5 ไมครอน ภายในห้องโดยสารรถโดยสารสาธารณะใน
กรุงเทพฯ. สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อมภาควิชาวิทยาศาสตร์สิ่งแวดล้อม. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัย
ศิลปากร.
- Baumgartner, J., Schauer, J.J., Ezzati, M., Lu, L., Cheng, C., Patz, J. and Bautista, L.E. 2011.
*Patterns and predictors of personal exposure to indoor air pollution from biomass
combustion among women and children in rural China. Indoor Air* 21: 479-488.
- Ranathunga, N., Perera, P., Nandasena, S., Sathiakumar, N., Kasturiratne, A. and
Wickremasinghe, R.J.B.P. 2019. *Effect of household air pollution due to solid fuel
combustion on childhood respiratory diseases in a semi urban population in Sri Lanka.*
19: 306.
- Yamane, Taro. (1967). *Statistics: An Introductory Analysis*, 2nd Edition, New York: Harper and Row

การพัฒนามาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน
ตำบลป่าแฝก อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา

The Development of Dengue Hemorrhagic Fever Preventive and Control Measures
by Community-Base, Pafaek Subdistrict, Maechai District, Phayao Province

ชุติกัญจน์ สมสิงห์ใจ¹, สุทธิชัย ศิรินวล^{2,*}

Chutikan Somsingjai¹, Suthichai Sirinual²

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแฝก¹, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา²

Pafaek SubDistrict Health Promoting Hospital¹, School of Public Health, University of Phayao²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based action research: CAR) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พื้นที่ตำบลป่าแฝก หมู่ที่ 4 บ้านป่าแฝกตอย อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม – 30 ธันวาคม 2565 คัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ตัวแทนภาคประชาชนและภาครัฐ จำนวนทั้งหมด 35 คน การพัฒนามาตรการฯ ใช้รูปแบบวงจรของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย ขั้นตอนวางแผน โดยการร่างมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ขั้นปฏิบัติ พัฒนามาตรการประยุกต์ใช้เทคนิคการจัดประชุมด้วยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC โดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ขั้นสังเกตกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC และขั้นสะท้อนผลผลการวิจัยพบว่า

มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้ มาตรการ PAFAEK มีการดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนระบาด (มกราคมถึงเมษายน) ระยะระบาด (พฤษภาคมถึงกันยายน) ระยะหลังระบาด (ตุลาคมถึงธันวาคม) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการมีส่วนร่วม (Participation : P) 2) ด้านภาคีเครือข่าย (Association : A) 3) ด้านผู้สนับสนุนหรือพี่เลี้ยง (Facilitators : F) 4) ด้านข้อมูลข่าวสาร (Advocacy : A) 5) ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม (Environment : E) และ 6) ด้านการสร้างความรู้ (Knowledge : K)

ข้อเสนอแนะ ในการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออก หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีมาตรการการป้องกันและควบคุมที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยควรมีการดำเนินการทั้ง 3 ระยะทั้งก่อนการระบาด ระยะระบาดและระยะหลังระบาด โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาคีเครือข่ายในชุมชน การสนับสนุนของหน่วยงานภาครัฐทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร การจัดการสิ่งแวดล้อมและการสร้างองค์ความรู้ให้กับชุมชนอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ : พฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า, การตัดสินใจ, บุหรี่ไฟฟ้า, นักศึกษาสถาบันอาชีวศึกษา

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail : suthichai.si@up.ac.th เบอร์โทรศัพท์ 0948237828)

Abstract

This community-based action research (CAR) aimed to develop preventive and control measures for dengue hemorrhagic fever by community-base at Pafaek Subdistrict, Moo 4, Ban Pafaekdoi, Maechai District, Phayao Province. The study was conducted during October 1 - December 30, 2022. The participants were 35 representatives from the public sector, development measures used the cycle of Kemmis & McTaggart model, which was the planning stage by drafting dengue prevention and control measures; the practical stage, developing measures by AIC technique using semi-structured interview; observation stage of the AIC participatory planning process and reflection stage.

The result showed that summary of the development of dengue hemorrhagic fever preventive and control measures, i.e. PAFAEK measures, which implemented in 3 phases: pre-epidemic period(January to April), Epidemic period(May to September) and Post-epidemic period (October to December), consisting of 6 aspects: 1) Participation (Participation : P) 2) network partner (Association : A) 3) supporter or mentor (Facilitators : F) 4) information (Advocacy : A) 5) environmental management (Environment : E) and 6) knowledge creation (Knowledge : K).

Suggestion, for solving the problem of dengue fever, relevant agencies should have prevention and control measures appropriate to the local context. Actions should be taken in all 3 phases; before the outbreak, Epidemic period and post-epidemic period, taking into account community participation, network partners in the community, support of government agencies in terms of information, proper environmental management and knowledge creation for communities.

Keyword : Measures, Community-Based, Prevention and Control of Dengue Hemorrhagic Fever

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (WHO) ระบุว่าผู้ติดเชื้อไวรัสเด็งกีที่ก่อโรคไข้เลือดออกเฉลี่ยปีละ 390 ล้านคนทั่วโลก และมีอัตราการเสียชีวิต ที่ 2.5% ต่อปี โดยมีรายงานการแพร่ระบาดในอย่างน้อย 129 ประเทศส่วนใหญ่อยู่ในภูมิภาคเอเชียและจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นกว่า 8 เท่าในระยะเวลา 20 ปี สำหรับประเทศไทย ในระยะ 15 ปี ย้อนหลัง ลักษณะการระบาดมีแนวโน้มระบาดสองปีเว้นสองปี โดยมีการระบาดในช่วง 5 ปีย้อนหลัง โดยในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยมากถึง 53,961 (มัธยฐาน=79,593) , ปี 2561 พบผู้ป่วย 86,922 (มัธยฐาน=63,931) , ปี 2562 พบผู้ป่วย 131,157 (มัธยฐาน=63,931), ปี 2563 พบผู้ป่วย 72,130 (มัธยฐาน=86,922) และ 2564 พบผู้ป่วย 8,754 ราย (มัธยฐาน=72,519) ตามลำดับ จากสถิติการเกิดโรคพบว่าในปี พ.ศ. 2561-2562 มีการระบาดต่อเนื่องสูงกว่าค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง และลดลงใกล้เคียงกับค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง ใน พ.ศ. 2563 และพยากรณ์แนวโน้มการเกิดโรคไข้เลือดออกด้วยวิธีอนุกรมเวลา คาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยจะมีการระบาดโรคไข้เลือดออก โดยจำนวนผู้ป่วยตลอดทั้งปีประมาณ 95,000 ราย โดยช่วงไตรมาสแรกของปีจะมีผู้ป่วยประมาณ 3,000-4,000 รายต่อเดือน และเริ่มสูงขึ้นในเดือนพฤษภาคม จนสูงที่สุดในช่วงฤดูฝน คือ เดือนมิถุนายน-กันยายน ซึ่งอาจมีผู้ป่วยถึง 10,000-16,000 รายต่อเดือน (Department of disease control, 2022)

จังหวัดพะเยามีจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก 6 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 - 2564 จำนวน 1606, 312, 759, 1910, 1332 และ 108 ราย ตามลำดับ และมีอัตราป่วย 333.25, 65.11, 159.09, 403.88, 281.99 และ 23.11 ต่อแสนประชากร รูปแบบการเกิดโรคแบบปีเว้นสองปี อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา พบผู้ป่วย 6 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2559 - 2564 พบจำนวน 435, 60, 44, 1082, 18 และ 6 ราย ตามลำดับ และมีอัตราป่วย 1269.04, 176.21, 129.65, 3218.71, 53.54, 18.90 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ โดยในปี พ.ศ. 2562 พบผู้เสียชีวิตในพื้นที่ตำบลป่าแฝก จำนวน 1 ราย คิดเป็นอัตราตาย 2.91 ต่อแสนประชากร (Phayao Provincial Public Health, 2022)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่าแฝก อำเภอแม่ใจ จังหวัดพะเยา มีเขตพื้นที่รับผิดชอบจำนวน 7 หมู่บ้าน จำนวนผู้ป่วย 6 ปีย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2559 - 2564 จำนวน 1, 1, 0, 122, 1 และ 1 ราย ตามลำดับ มีอัตราป่วย 37.60, 157.74, 0, 4839.35, 839.35 และ 37.53 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่ง ปี พ.ศ. 2562 มีการระบาดที่ไม่เคยพบมาก่อน มีจำนวนผู้ป่วยสูงสุด จำนวน 122 ราย อัตราป่วย 4,839.35 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต 1 ราย อัตราตาย 39.66 ต่อแสนประชากร พบผู้ป่วยระหว่างวันที่ 28 พฤษภาคม - 30 สิงหาคม 2562 และจากแผนที่ทางระบาดวิทยาเมื่อวิเคราะห์การเกิดโรคตามเวลา พบว่า การเกิดโรคจะแยกส่วนในการระบาด พบผู้ป่วยมากที่สุดในหมู่ที่ 4,3,2,11,9,7,5 จำนวน 51,34,23,4,4,3,3 ราย ตามลำดับ อัตราป่วย 11383.93, 8673.47, 7958.48, 1498.13, 1098.90, 894.85, 740.74 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ พบผู้ป่วยรายแรกในสัปดาห์ที่ 21 และรายสุดท้ายในสัปดาห์ที่ 33 ในหมู่ที่ 4 การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ มีการดำเนินงานตามนโยบายหรือแนวทางของกระทรวง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยาและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ซึ่งนโยบายหรือแนวทางส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินการสำหรับหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้รับผิดชอบหลัก และเป็นรูปแบบการดำเนินงานที่ถูกกำหนดและสั่งการมาจากหน่วยงานต้นสังกัด ใช้รูปแบบเดียวกันสำหรับทุกพื้นที่ แม้ว่าจะส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วม แต่่นโยบายสำหรับชุมชนยังไม่เป็นระบบและไม่ชัดเจนเท่าที่ควร ชุมชนยังปฏิบัติตามข้อสั่งการจากภาครัฐ ขาดการมีส่วนร่วมในการคิดวิเคราะห์หาสาเหตุและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่แท้จริง (Pafaek Health Promoting Hospital, 2021)

ผู้วิจัยจึงมีความตระหนักถึงปัญหาที่จะเกิดขึ้น และเล็งเห็นความสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลป่าแฝก โดยการกำหนดมาตรการและวางแผนปฏิบัติงานป้องกันล่วงหน้า เพื่อป้องกันการเกิดโรคที่ต้องรักษาสอดคล้องกันระหว่าง ปัจจัยหลัก 3 ประการ คือ คน (Host) สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) และสิ่งแวดล้อม (Environment) ตามแนวคิดทฤษฎีของจอห์น กอร์ดอน (ไพบูลย์ โล่สุนทร, 2553) ทั้ง 3 ระยะ ได้แก่ ก่อนการระบาด (มกราคม-เมษายน) ระยะระบาด (พฤษภาคม-สิงหาคม) และระยะหลังระบาด (กันยายน-ธันวาคม) ตามแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย ปี พ.ศ. 2564 (กองโรคติดต่อฯ โดยแมลง กรมควบคุมโรค, 2564) มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนามาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยประยุกต์ใช้เทคนิคการจัดประชุมด้วยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการระดมความคิดในการพัฒนามาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มาจากประสบการณ์และวิธีการปฏิบัติของชุมชนเอง และนำประโยชน์ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนของชุมชนตำบลป่าแฝกต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อพัฒนามาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ตำบลป่าแฝก อำเภอมะนัง จังหวัดยะลา

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based action research: CAR) ตามรูปแบบวงจรแนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติ ขั้นสังเกตและขั้นสะท้อนผล

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก คือ ตัวแทนภาคประชาชนและภาครัฐ จำนวนทั้งหมด 35 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 22 คน สมาชิกสภาเทศบาลตำบลป่าแฝก จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเทศบาลตำบลป่าแฝก จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รพ.สต.ป่าแฝก จำนวน 2 คน และตัวแทนประชาชน จำนวน 4 คน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นโดยการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ถูกสัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 ส่วนคำถามโดยประยุกต์ตามแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อฯ โดยยุงลาย ปี พ.ศ. 2564 แบ่งเป็น 3 ข้อหลัก 4 ข้อย่อย การดำเนินงานระยะก่อนระบาด ระยะระบาด และระยะหลังระบาด มีอะไรบ้าง ปฏิบัติอย่างไร

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างที่ผู้วิจัยจัดทำขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความสอดคล้อง ความถูกต้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ และข้อเสนอแนะหรือข้อสังเกตเพิ่มเติม ค่าดัชนี CVI ความสอดคล้องรวมเท่ากับ 1

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ชั้นวางแผน (Plan) โดย 1) ศึกษาบริบทด้านสิ่งแวดล้อมของชุมชนร่วมกับชุมชน ศึกษามาตรการเดิมด้านการป้องกันโรคไข้เลือดออกของชุมชนโดยสัมภาษณ์ผู้มีประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน 2) ทบทวนวรรณกรรม แนวคิดทฤษฎี และศึกษาคู่มีแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคของกรมควบคุมโรค และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ แล้วนำมาวิเคราะห์แก่นสาระ thematic analysis โดยเริ่มต้นจากการกำหนด Codes และตั้งชื่อ Themes ของหัวข้อเรื่องวิจัยที่ศึกษา ผู้วิจัยกำหนดเป็นร่างมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ชั้นปฏิบัติ(Action) นำร่างมาตรการที่ได้จากชั้นวางแผน มาร่วมกับชุมชน พัฒนาเป็นมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ในพื้นที่หมู่ที่ 4 บ้านป่าแฝกตอย ด้วยเทคนิคการจัดประชุมด้วยกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เก็บข้อมูลโดยแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย 3 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างความรู้ (Appreciation) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที คณะผู้วิจัยได้เกริ่นนำคืนข้อมูลประเด็นที่ศึกษาจากชั้นวางแผน ได้แก่ ข้อมูลบริบทพื้นที่ ด้านสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมชุมชน และทบทวนการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ผ่านมาของพื้นที่ตำบลป่าแฝก เปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น พร้อมชวนให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักร่วมกันกำหนดอนาคตชุมชน

กิจกรรมที่ 2 การสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence) ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง คณะผู้วิจัยได้ยกร่างมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นโมเดลในการพัฒนาให้เป็นไปตามที่ผู้ให้ข้อมูลหลักต้องการจะพัฒนาในกิจกรรมที่ 1 การสร้างความรู้ (Appreciation) เปิดโอกาสให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักแสดงความคิดเห็นหาข้อตกลง วิธีการหรือกิจกรรมร่วมกัน โดยให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักยกมือ เพื่อให้คะแนนที่ละประเด็นจากนั้น คณะผู้วิจัยสรุปและทบทวนวิธีการหรือกิจกรรมการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แล้วชวนผู้ให้ข้อมูลหลักพิจารณาลำดับความสำคัญ

กิจกรรมที่ 3 การสร้างแนวทางการปฏิบัติ (Control) ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง โดยเอากิจกรรมต่าง ๆ มาพิจารณาถึงการนำไปใช้ได้จริงในชุมชน จากนั้นคณะผู้วิจัยทบทวน สรุปวิธีการหรือกิจกรรม และจัดทำเป็นมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตำบลป่าแฝก

ชั้นสังเกต(Observe) กระบวนการปฏิบัติการประชุมวางแผนแบบมีส่วนร่วม AIC ผู้ให้ข้อมูลหลักมีความสนใจ และตั้งใจมาก เนื่องจากทุกฝ่ายมีความคุ้นเคยกัน มีประสบการณ์เป็นผู้ปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออก คณะผู้วิจัยใช้ภาษาเหนือหรือภาษาถิ่นด้วย ทำให้บรรยากาศ การประชุมเป็นกันเอง กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก มีความสนุกสนาน กับการประชุม มีการถาม ตอบ แสดงความคิดเห็น เล่าประสบการณ์ ปัญหาอุปสรรคการปฏิบัติงานที่ผ่านมาแบบไม่เคอะเขิน ให้ความร่วมมือในการประชุม เป็นอย่างดี และมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนา

ชั้นสะท้อนผล คณะผู้วิจัยจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มภาครัฐและตัวแทนภาคประชาชน 7 ร. (โรงเรียน, โรงเรียน, โรงงาน, วัด, เทศบาล, รพ.สต., รีสอร์ท) เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงานและความพึงพอใจของมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตำบลป่าแฝกร่วมกัน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์ ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ และจดบันทึก โดยทำการถอดเทปข้อมูลที่ได้และจดบันทึกข้อมูล ทำการให้รหัส (Coding) จัดหมวดหมู่ข้อมูล (Category) และสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม และตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data source triangulation)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยพะเยา เอกสารรับรองเลขที่ UP-HEC 1.2/080/65 ลงวันที่ 6 ตุลาคม พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

จากการพัฒนามาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน พบว่า มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตำบลป่าแฝกที่พัฒนาขึ้นนี้ มีการดำเนินงานและมีกิจกรรมการดำเนินงานรายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกชุมชนตำบลป่าแฝก

	มาตรการระยะก่อนระบาด (มกราคมถึงเมษายน)	มาตรการระยะระบาด (พฤษภาคมถึงกันยายน)	มาตรการระยะหลังระบาด (ตุลาคมถึงธันวาคม)
Facilitators	เทศบาล 1) จัดทำแผนการป้องกันโรคไข้เลือดออก 2) จัดกิจกรรมจิตอาสาณรงค์ BIG CLEANING WEEK ร่วมกับชุมชน 3) สนับสนุนบุคลากร งบประมาณ ทรายอะเบท เครื่องมือพ่นหมอกควัน น้ำยา สารเคมีให้เพียงพอ และพร้อมใช้งานตลอดทั้งปี	เทศบาล 1) ออกมาตรการสังคม สำหรับบ้านที่ไม่ให้ความร่วมมือและภายในบริเวณบ้านเป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย 2) พ่นหมอกควันพุ่ม 3) เปิดศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินระดับตำบล เมื่อมีการระบาด เพื่อติดตามสถานการณ์ผู้ป่วยและแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย	เทศบาล สรุปการใช้ทรัพยากรทั้งด้านบุคลากรงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์
	รพ.สต. 1) ติดตามสถานการณ์และชี้เป้าพื้นที่เสี่ยง พื้นที่ระบาด และประเมินพื้นที่เสี่ยงในระดับหมู่บ้าน 2) สนับสนุนด้านวิชาการ ให้ความรู้ ให้ข้อมูลข่าวสาร ชื่นชมให้กำลังใจชุมชน ผ่านไลน์ ผ่านหอกระจายข่าวในชุมชน และเวทีชาวบ้าน	รพ.สต. 1) วิเคราะห์ติดตามสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ในระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน 2) ค้นหาผู้ป่วยเชิงรุกในชุมชน เมื่อมีการระบาด 3) จัดตั้งมุ่มคัดกรองโรคไข้เลือดออกใน รพ.สต.	รพ.สต. 1) ติดตามสถานการณ์ ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เพื่อประเมินสถานการณ์ระบาดในปีต่อไป 2) ติดตามการส่งและเช็ครายงานสำรวจลูกน้ำยุงลาย ของ อสม. 3) สรุปสถานการณ์ แหล่งแพร่กระจายโรคที่สำคัญในช่วงการระบาดที่ผ่านมา

	มาตรการระยะก่อนระบาด (มกราคมถึงเมษายน)	มาตรการระยะระบาด (พฤษภาคมถึงกันยายน)	มาตรการระยะหลังระบาด (ตุลาคมถึงธันวาคม)
	3) ติดตามการส่งและเช็ครายงาน สำรวจลูกน้ำยุงลาย ของ อสม.	4) ให้คำแนะนำวิธีการป้องกันยุงกัด ให้ความรู้วิธีปฏิบัติ เมื่อสงสัยว่าป่วย เป็นโรคไข้เลือดออก และวิธีการ กำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย 5) ติดตามการส่งและเช็ครายงาน สำรวจลูกน้ำยุงลาย ของ อสม.	
	ชุมชน 1) อสม. สำรวจลูกน้ำยุงลายใน ชุมชน โรงเรียน วัด พื้นที่ สาธารณะ และแจกทรายอะเบท โดยการห่อผ้าให้คุ้มที่ตนเอง รับผิดชอบ พฤษภาคมที่ 2 ของเดือน เดือนละ 1 ครั้ง	ชุมชน 1) ผู้ใหญ่บ้านประกาศเสียงตามสาย ให้ประชาชนในชุมชนทราบ เมื่อมี การเริ่มใช้มาตรการปรับเงิน อสม. สำรวจลูกน้ำยุงลายในชุมชน โรงเรียน วัด พื้นที่สาธารณะ และ แจกทรายอะเบทโดยการห่อผ้าให้คุ้ม ที่ตนเองรับผิดชอบ ทุกวันศุกร์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	ชุมชน 1) อสม. สำรวจลูกน้ำยุงลายใน ชุมชน โรงเรียน วัด พื้นที่ สาธารณะ และแจกทรายอะเบท โดยการห่อผ้าให้คุ้มที่ตนเอง รับผิดชอบ พฤษภาคมที่ 2 ของเดือน เดือนละ 1 ครั้ง
Participation	ชุมชน 7 ร. ทำแผนการป้องกันโรคไข้เลือดออก ชุมชน 7 ร. ร่วมกันจัดทำผ้าป่าขยะในชุมชนและพัฒนาหมู่บ้าน ชุมชน 7 ร. ร่วมกันสำรวจทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ชุมชน 7 ร. ควบคุมโรค เมื่อพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก โดยดำเนินการตามมาตรการ 3-3-1 (รพ.สต. แจ้งข่าวสารในพื้นที่ ภายใน 3 ชั่วโมง, ชุมชนร่วมกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ภายใน 3 ชั่วโมง, พ่นหมอก ควันควบคุมโรคในพื้นที่ ภายใน 1 วัน ชุมชน 7 ร. ร่วมสรุป ปรับปรุง การดำเนินงานโดยมีเวทีชาวบ้าน		
มาตรการสังคม ของชุมชน		ใช้มาตรการปรับเงิน เมื่อ อสม. สำรวจพบลูกน้ำยุงลาย ดังนี้ - พบลูกน้ำยุงลายภายในบ้านและ บริเวณบ้าน ครั้งที่ 1 ตักเตือน อีก 1 อาทิตย์ อสม. สำรวจซ้ำ - พบลูกน้ำยุงลาย ครั้งที่ 2 ปรับเงิน ดังนี้ บ้านประชาชนทั่วไป ปรับ 50 บาท บ้านข้าราชการ แกนนำชุมชน ปรับ 100 บาท	

	มาตรการระยะก่อนระบาด (มกราคมถึงเมษายน)	มาตรการระยะระบาด (พฤษภาคมถึงกันยายน)	มาตรการระยะหลังระบาด (ตุลาคมถึงธันวาคม)
Environment	1) ทำผ้าป่าขยะในชุมชนและพัฒนาหมู่บ้าน ในช่วงเดือนมกราคมและมกราคม จำนวน 2 ครั้ง และขยะที่ได้ในการพัฒนานำไปขาย เงินที่ได้จากการขายนำไปซื้อโลชั่นทากันยุงแจกประชาชนในชุมชน 2) สวนยาง สวนลิ้นจี่ เจ้าของสวนต้องตัดหญ้า สรรวจและเก็บภาชนะที่มีน้ำขังที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงได้ ให้สะอาดเรียบร้อย ไม่รกรุงรังอย่างสม่ำเสมอ 3) ตลาด เจ้าของตลาด ต้องมีการล้างตลาด และเก็บภาชนะที่มีน้ำขังที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงได้ ให้สะอาดเรียบร้อย ไม่รกรุงรัง เดือนละ 1 ครั้ง 4) โรงงาน เจ้าของโรงงานหรือตัวแทน สรรวจและเก็บภาชนะที่มีน้ำขังที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงได้ เดือนละ 1 ครั้ง	1) ทำผ้าป่าขยะในชุมชนและพัฒนาหมู่บ้าน เดือนละ 1 ครั้ง (พฤษภาคม-กันยายน) และขยะที่ได้ในการพัฒนานำไปขาย เงินที่ได้จากการขายนำไปซื้อโลชั่นทากันยุงแจกประชาชนในชุมชน 2) สวนยาง สวนลิ้นจี่ เจ้าของสวนต้องตัดหญ้า สรรวจและเก็บภาชนะที่มีน้ำขังที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงได้ ให้สะอาดเรียบร้อย ไม่รกรุงรังอย่างสม่ำเสมอ 3) ตลาด เจ้าของตลาด ต้องมีการล้างตลาด และเก็บภาชนะที่มีน้ำขังที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงได้ ให้สะอาดเรียบร้อย ไม่รกรุงรัง เดือนละ 1 ครั้ง 4) โรงงาน เจ้าของโรงงานหรือตัวแทน สรรวจและเก็บภาชนะที่มีน้ำขังที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงได้ เดือนละ 1 ครั้ง	1) ทำผ้าป่าขยะในชุมชนและพัฒนาหมู่บ้าน ในเดือนพฤศจิกายน ของทุกปี และขยะที่ได้ในการพัฒนานำไปขาย เงินที่ได้จากการขายนำไปซื้อโลชั่นทากันยุงแจกประชาชนในชุมชน 2) สวนยาง สวนลิ้นจี่ เจ้าของสวนต้องตัดหญ้า สรรวจและเก็บภาชนะที่มีน้ำขังที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงได้ ให้สะอาดเรียบร้อย ไม่รกรุงรัง อย่างสม่ำเสมอ 3) ตลาด เจ้าของตลาด ต้องมีการล้างตลาด และเก็บภาชนะที่มีน้ำขังที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงได้ ให้สะอาดเรียบร้อย ไม่รกรุงรัง 4) โรงงาน เจ้าของโรงงานหรือตัวแทน สรรวจและเก็บภาชนะที่มีน้ำขังที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์ยุงได้ เดือนละ 1 ครั้ง

สรุปผลการพัฒนามาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตำบลป่าแฝก แบ่งการดำเนินงาน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะก่อนระบาด (มกราคมถึงเมษายน) ระยะระบาด (พฤษภาคมถึงกันยายน) ระยะหลังระบาด (ตุลาคมถึงธันวาคม) ประกอบไปด้วย 6 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 ด้านการมีส่วนร่วม (Participation:P) ด้านที่ 2 ด้านภาคีเครือข่าย (Associate:A) ด้านที่ 3 ด้านผู้สนับสนุนหรือพี่เลี้ยง (Facilitators:F) ด้านที่ 4 ด้านข้อมูลข่าวสาร (Advocate:A) ด้านที่ 5 ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม (Environmental) และด้านที่ 6 ด้านการสร้างความรู้ (Knowledge:K) จึงได้เป็นมาตรการ PAFAEK ดังภาพ



ภาพ มาตรการ PAFAEK

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยที่ได้ พบว่ามาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยใช้ชุมชนเป็นฐานตำบลป่าแฝก จำเป็นต้องมีมาตรการ 6 ด้าน ดังนี้

1. ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) โดยส่งเสริมภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ รวมถึงร่วมติดตามประเมินผล ทำให้ชุมชนเกิดความรู้สึกความเป็นเจ้าของ (Ownership) และจะทำให้ชุมชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนั้น ยินยอมปฏิบัติตาม (Compliance) และรวมถึงตกลงยอมรับ (Commitment) ได้อย่างสมัครใจ เต็มใจ และสบายใจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ari (2019) ที่ศึกษา ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับหมู่บ้าน ในตำบลตะกุกเหนือ อำเภอเวียงเหนือ จังหวัดสุราษฎร์ธานีที่พบว่า หลังการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชน พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน และค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายของชุมชนดีขึ้น และการศึกษาของ Chatuporn (2018) ศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการเสริมสร้างสมรรถนะ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัด ชัยภูมิ พบว่า หลังการเสริมสร้างสมรรถนะและการมีส่วนร่วมของชุมชน ส่งผลให้ประชาชนมีการปฏิบัติตนและ มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง รวมถึงส่งผลให้ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลาย มีค่าต่ำกว่าเกณฑ์ มาตรฐาน

2. ด้านภาคีเครือข่าย (Association) ประกอบด้วย เทศบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและชุมชน 7 ร. เป็นพันธมิตรสำคัญที่ทำให้เกิดระบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของตำบลป่าแฝก ทั้งภาวะปกติและกรณีเกิดการระบาดของโรค ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Sakesan (2020) ที่ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ของพื้นที่ตำบลมะเขือแจ้ อำเภอลำพูน จังหวัดลำพูน พบว่า รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ได้พัฒนาขึ้น มีการดำเนินการ 3 ระยะ คือ 1) ระยะก่อนการเกิดโรค 2) ระยะเมื่อเกิดโรค และ 3) ระยะหลังการเกิดโรค โดยมีกิจกรรมการดำเนินการที่เชื่อมโยงกัน 3 หน่วยงาน คือ 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 3) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และพบว่า รูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่พัฒนาขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลมะเขือแจ้ อำเภอลำพูน จังหวัดลำพูน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-Value) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chanchai (2019) ได้ศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ภาคีเครือข่าย มีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ส่งผลให้ค่ามัธยฐานของอัตราป่วยโรคไข้เลือดออกต่อแสนประชากรลดลงเหลือเท่ากับ 0.0

3. ด้านผู้สนับสนุนหรือพี่เลี้ยง (Facilitators) การสนับสนุนจากองค์กรภาคีเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ เทศบาล เป็นผู้สนับสนุนด้านการควบคุมโรค ทั้งงบประมาณ ทรัพยากร อุปกรณ์ และมี รพ.สต. เป็นผู้สนับสนุน และพี่เลี้ยงด้านวิชาการให้ความรู้กับประชาชน สอดคล้องกับการศึกษาของ Mathuporn and et al. (2017) ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต.โคกสัก อ.บางแก้ว จ.พัทลุง ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลโคกสัก อำเภอบางแก้ว จังหวัดพัทลุง ประกอบด้วย กิจกรรม 6 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมของประชาชน 2) การออกกฎเกณฑ์ของชุมชน 3) การมีผู้นำที่เข้มแข็งและกรรมการรับผิดชอบที่ชัดเจน 4) การประชาสัมพันธ์ 5) การสนับสนุนจากองค์กรภาคีเครือข่ายในชุมชน และ 6) ชุมชนมีความตระหนัก

4. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Advocacy) การให้ข้อมูลข่าวสาร และการประชาสัมพันธ์เมื่อเริ่มใช้มาตรการสังคมของชุมชน ระยะระบาด (พฤษภาคมถึงกันยายน) ผ่านไลน์หรือหอกระจายข่าวในชุมชน เพื่อให้ประชาชนในชุมชนตื่นตัวและตระหนักถึงโรคไข้เลือดออกในช่วงฤดูฝน สอดคล้องกับการศึกษาของ พลอยประกาย ฉลาดล้ำ และคณะ (2563) การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชน การออกนโยบายสาธารณะ การประชาสัมพันธ์ตามสื่อต่าง ๆ การกำจัดลูกน้ำยุงลาย และการติดตามกำกับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Suwit (2022) ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลดงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม/โครงการ คือ 1) การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน 2) การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติในชุมชน 3) การกำหนดกฎระเบียบของชุมชน 4) การส่งเสริมนวัตกรรมจากภูมิปัญญาท้องถิ่น 5) การจัดการคั้งนี้ลูกน้ำ 6) โครงการกำกับ ติดตามและสำรวจลูกน้ำ 7) การสร้างเครือข่าย อสม. น้อย และ 8) การจัดการสิ่งแวดล้อม

5. ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม (Environment) ได้แก่ การสำรวจทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายและประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน (Folk wisdom) ทราบยะเบทจากของที่ได้รับจากเทศบาล เป็นการห่อผ้าแทนและการจัดทำผ้าป่าขยะ โดยแกนนำชุมชนประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าว เชิญชวนให้ประชาชนในชุมชนร่วมทำบุญ โดยให้ประชาชนการคัดแยกขยะรีไซเคิลภายในบ้านตนเองใส่กระสอบหรือตะกร้าวางไว้หน้าบ้าน แกนนำชุมชนจะรวบรวมนำขาย เพื่อนำเงินที่ได้จากการขายขยะมาพัฒนาหมู่บ้าน เช่น ซื้อยาทากันยุงแจกประชาชนในชุมชน ซึ่งงานวิจัยฉบับนี้มีความแตกต่างกับทฤษฎี คือ ระยะเวลาปฏิบัติมาตรการระยะระบาด (พฤษภาคมถึงกันยายน) และระยะหลังระบาด (ตุลาคมถึงธันวาคม) และสอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีของ จอห์น กอร์ดอน ว่า การเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม (Environment) จะช่วยสนับสนุนการแพร่กระจายของเชื้อโรค (Agent) อ้างใน Paiboon (2010) เช่น เดียวกับการศึกษาสภาพแวดล้อมจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการก่อให้เกิดแหล่งโรคที่มียุงเป็นพาหะ ซึ่งอาจมีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น อุณหภูมิความชื้น ปริมาณน้ำฝน กระแสลม การเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม สภาพภูมิอากาศ ปริมาณน้ำฝน อุณหภูมิความชื้น และการเคลื่อนย้ายของประชากรหรือทำกิจกรรมอื่น ๆ เป็นปัจจัยสนับสนุนต่อการระบาดของโรคไข้เลือดออกที่ต่อเนื่องและความชุกของโรคที่เพิ่มขึ้น (Martens et al.,1999;Suwonkerdet al., 2006;Shekhar & Huat,1992; Biswaset al., 1993; Schultz,1993 อ้างใน Nardlada, Prayuth, Aungkana, Rungrawee, and Wannapa (2011)

6. ด้านการสร้างความรู้ (Knowledge) สร้างความรู้ผ่านทุกช่องทาง ร่วมเรียนรู้ ร่วมให้ความรู้ ตลอดจนการชื่นชมและให้กำลังใจ (Appreciation) ผ่านทางไลน์กลุ่ม หอกระจายข่าว เวทีชาวบ้าน ร่วมสรุปผลการดำเนินงาน ปรับปรุงสิ่งที่เห็นโอกาสในการพัฒนา ค้นข้อมูลการดำเนินงานโรคไข้เลือดออก เป็นการสร้างความสัมพันธ์ของความร่วมมือกัน ซึ่งจะก่อให้เกิดพลังที่สร้างสรรค์ (Empowerment) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nattapatsorn, Anucha, and Theerawut (2014) ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลค่าน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ผลของการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนหลังการพัฒนามีการพัฒนา การป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนทั้ง 4 ด้าน คือ 1) ด้านมุมมองเชิงคุณค่าหรือระดับประชาชน 2) มุมมองเชิงการเรียนรู้และพัฒนาหรือระดับรากฐาน 3) มุมมองเชิงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือระดับภาคี 4) มุมมองเชิงบริหารจัดการหรือระดับกระบวนการ โดยรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. มาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกตำบลป่าแฝก โดยชุมชนได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจและร่วมพัฒนา ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีความสมบูรณ์และสอดคล้องกับสภาพบริบทของพื้นที่ สำหรับการนำมาตราการการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนที่พัฒนาขึ้นนี้ในพื้นที่อื่น ๆ ควรพิจารณาปรับให้เหมาะสมกับบริบท ทั้งพื้นที่ วิถีชีวิต สังคม วัฒนธรรม และตรงตามความต้องการของประชาชนในพื้นที่นั้น ๆ

2. เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก ควรกระตุ้นให้ประชาชนเกิดความตระหนักต่อการป้องกันโรคไข้เลือดออก เช่น กิจกรรมการสำรวจลูกน้ำยุงลาย การกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และการจัดการสิ่งแวดล้อมบริเวณบ้านตนเองและชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเพื่อติดตามผลต่อเนื่องของมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนโดยชุมชนมีส่วนร่วม อย่างน้อย 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อศึกษาความยั่งยืนของมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

2. ควรมีการศึกษาผลของมาตรการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่อื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลของมาตรการ

References

- Chalardlon, P. Anansirikasem, P. Thuajop, S. Srisugsai, N. and Noochpun D. (2020). The Development model for prevention and control of dengue fever by community participation in Suankuay Subdistrict Ratchaburi Province. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology*, 5(12). (in Thai)
- Charoensuk, C. (2019). Development of prevention and control measures for dengue hemorrhagic fever by participation of network partners in Kaset Sombun District Chaiyaphum Province. *Disease Control Journal*, 45(1). (in Thai)
- Department of disease control. (2022). *Knowledge about dengue fever*. Retrieved May 5, 2022, from https://ddc.moph.go.th/disease_detail.php?d=44.
- Department of disease control. (2022). *Forecasting of Dengue Haemorrhagic Fever*. Retrieved May 4, 2022, from http://www.watkeaw.go.th/site/attachments/article/1355/%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B8%B2%E0%B8%94%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84%E0%B9%84%E0%B8%82%E0%B9%89%E0%B9%80%E0%B8%A5%E0%B8%B7%E0%B8%AD%E0%B8%94%E0%B8%AD%E0%B8%AD%E0%B8%81%202565_29112564.pdf
- Division of Vector bourn Diseases Department of Diseases Controls. (2021). *Guidelines for surveillance prevention and control of infectious diseases carried by Aedes mosquitoes For public health officials 2021*. (1st ed). Bangkok. Aksorn Grphic and design.
- Khantikul, N. Sudathip, P. Saejeng, A. Tipmontree, R. and Suwonkerd, W. Social and Environmental factors affect dengue hemorrhagic fever epidemics in upper northern Thailand. *Lanna Puclic health Journal*, 9(1). (in Thai)
- Lertrit, C. (2018). Empowerment and participation for developing dengue hemorrhagic disease prevention and control feature in Muang district, Chaiyaphum. *Journal of Health Science and Community Public Health*, 5(1), 118-130. (in Thai)
- Pafaek Health Promoting Hospital. (2021). Report 506 Pafaek Health Promoting Hospital, Retrieved June 1, 2022, from Document report 506 Pafaek Health Promoting Hospital.
- Phayao Provincial Public Health. (2022). *Report dengue hemorrhagic fever*. Retrieved June 5, 2022, from annual report document.
- Polpong, M. Nima, S and Petchuay, P. (2017). Development of a Participative Model for Prevention and Control of Dengue Hemorrhagic Fever in Koksak Sub District, Bangkeaw District, Phatthalung. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health*, 4(special), 243-259. (in Thai)

- Pumprawai, A. (2019). Effects of Community Participation on Hemorrhagic Fever Prevention of the village. *Journal of Health and Health Management*, 5(1). (in Thai)
- Lohsoonthorn, P. (2010). *Epidemiology* (4th ed.). Chulalongkorn University Press.
- Mamar, S. (2022). A Preventive Development Model of Dengue Hemorrhagic Fever at Community Level in Dong Mun Lek Sub-District, Mueang District, Phetchabun Province. *Journal of Health Science and Community Public Health*, 5(1), 82-95. (in Thai)
- Ya-a-nan, S. (2019). The Development of model for prevention and control of dengue fever in the community, Makhuea chae Sub-district, Mueang Lamphun District, Lamphun Province. *Ganesha Journal*, 16(2), 147-162. (in Thai)
- Wongsasuk, N. Peanchana, A. Akakul, T. (2014). A Development of the Dengue Hemorrhagic Fever Preventive Model in the Communities of Tambon Kumnumsaep in Ubon Ratchathani's Warinchamrap District. *KKU Journal for Public Health Research*. 5(1), 41-52. (in Thai)

การเห็นคุณค่าในตนเอง และแนวทางเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ
เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

Self-esteem and Guidelines for Developing Self-esteem among the Elderly,
Yala City Municipality, Yala Province

อุบลทิพย์ ไชยแสง*, นิวัติ ไชยแสง, วิชาภรณ์ อินทรชุตติ, อาบาดี เจ๊ะอาแดร์ และฮานีฟะห์ บูรกะ
Ubontip Chaisang*, Niwat Chaisang, Wichaporn Intharachuti, Abadee Chaeadee
and Hanifah Booraka
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา*
Sirindhorn College of Public Health, Yala Province*

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง และแนวทางเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ วิธีดำเนินการวิจัย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ศึกษาและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 368 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ และการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป และแบบสอบถามระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง จำนวน 15 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแควร์ ส่วนที่ 2 ศึกษาแนวทางเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา จำนวน 10 คน และตัวแทนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำนวน 10 คน เลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=3.70$, $SD=0.52$) และปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง ได้แก่ ระดับการศึกษา แหล่งที่มาของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน

2. แนวทางเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ต้องดำเนินการพัฒนาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เหมาะสมตามประเภทของผู้สูงอายุ เน้นการส่งเสริมสนับสนุนการ ตามความสนใจ ความเชื่อ และวัฒนธรรมของท้องถิ่นของผู้สูงอายุ ให้เหมาะสมกับพื้นที่ และเครือข่ายพื้นฐานทางสังคมที่เกี่ยวข้อง

ดังนั้น องค์กรที่เกี่ยวข้อง ควรดำเนินการเน้นการสร้างเสริมภาวะสุขภาพ รวมถึงความเพียงพอของรายได้ และจัดกิจกรรมตามความสนใจ ความเชื่อ ให้เหมาะสมตามบริบทของพื้นที่ และวัฒนธรรมท้องถิ่นของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: คุณค่าในตนเอง, แนวทางในการพัฒนาคุณค่าในตนเอง, ผู้สูงอายุ

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: ubontip20@hotmail.com เบอร์โทรศัพท์ 089-4636605)

Abstract

This mixed-method research aimed to study the levels of self-esteem, personal factors associated with self-esteem and implications for improving self-esteem among elderly people. The two processes were performed simultaneously comprised: 1) studying the levels and personal factors associated with the self-esteem. 368 participants were recruited by using utilizing stratified and simple random sampling methods. Personal information and self-esteem levels were collected through survey questionnaire as the research instrument. The reliability of the instrument was 0.82. The collected data were analyzed using percentage, frequency distribution, and Chi – Square test 2) studying the implications for developing the level of self-esteem among elderly. The data was collected from 10 elderly in Yala municipality, Yala province, and 10 health personnel working in the field of elderly health promotion. These participants were selected based on purposive sampling method. In-depth interview was used for data collection and analyzed using content analysis. The results of the study found that

1. The level of self-esteem was high ($M=3.70$, $SD=0.52$). Also, educational level, source of income, sufficient income, and awareness of the current health status were significantly associated with the level of self-esteem among elders.

2. Self-esteem among elderly could be improved with physical, mental, social, and environmental supports. These supports, nevertheless, need to be suited according to the types of elderly people and their personal, cultural, as well as social contexts.

Finally, authorities should take an action on promoting health, and adequate household incomes. The relevant activities should be appropriated with the personal, cultural, and social contexts of the elderly.

Keywords: Self-esteem, Guideline for Self- esteem developing, Elderly

บทนำ

ในปี 2565 ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ โดยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี กว่า 12.9 ล้านคน หรือร้อยละ 20 จากประชากรทั้งหมด (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565) และมีการคาดการณ์ว่าในอีกไม่เกิน 15 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด เมื่อสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปีสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2562) การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุส่งผลต่อปัญหาที่จะตามมาคือวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ รวมถึงการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม โดยการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้สูงอายุ ระบบต่างๆทำงานได้ลดลง ส่งผลให้ร่างกายเสื่อมถอยลง เช่น ผิวหนังเหี่ยวย่น เคลื่อนไหวร่างกายได้ช้าลง กำลังน้อยลง การได้ยินเสียงไม่ชัดเจน เป็นต้น ส่วนการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับจิตใจและอารมณ์ ที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ เช่น การรับรู้ ซึ่งผู้สูงอายุมักยึดติดกับความคิดและเหตุผลของตนเอง จำเหตุการณ์ปัจจุบันไม่

ค่อยได้ เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ยากเพราะไม่มีความมั่นใจในการปรับตัว การแสดงออกทางอารมณ์ อาจจะมีการซึมเศร้า หงุดหงิด ขี้ระแวง วิตกกังวล โกรธง่าย เอาแต่ใจตนเอง มักจะคิดซ้ำซาก ลังเล หวาดระแวง หมกมุ่นเรื่องของตนเอง ทั้งเรื่องในอดีตและอนาคต กลัวลูกหลานทอดทิ้ง รวมถึงสนใจสิ่งแวดล้อมน้อยลง ผู้สูงอายุมักสนใจเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองมากกว่าเรื่องของผู้อื่น และด้านการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม ได้แก่ ภาระหน้าที่และบทบาททางสังคมลดน้อยลง ทำให้ผู้สูงอายุห่างจากสังคม อีกทั้งคนส่วนใหญ่มักมองว่าผู้สูงอายุมีสมรรถภาพ และความสามารถลดน้อยลง จึงไม่ให้ความสำคัญหรือใส่ใจมากนัก (ฟิลิซฐ์ จารุศิริพจน์, 2562)

การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุด้วย โดยเมื่อร่างกายเสื่อมถอยลงความสามารถในการทำกิจกรรมหรืองานบางอย่างลดลงจึงส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกด้อยคุณค่า เหน็ด เสร้า น้อยใจ รวมถึงการต้องการความสนใจเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว ลูกหลาน ประกอบกับเป็นวัยที่ต้องพบกับการสูญเสียไม่ว่าจะเป็นการสูญเสียคนรัก อาชีพ บทบาท ตำแหน่ง หน้าที่การงาน และรายได้ส่งผลกระทบต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน (มาธูรี อุไรรัตน์ และ มาลี สบายยิ่ง, 2560) และเมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตของคนไทย ตามแบบสำรวจสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ของกรมสุขภาพจิตตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยสุขภาพจิตต่ำกว่ากลุ่มวัยอื่น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559)

การเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นความรู้สึกของจิตใจในการเห็นคุณค่าของตน เป็นการตัดสินใจว่ามีคุณค่าในตนเอง ซึ่งแสดงถึงเจตคติที่บุคคลมีต่อตนเอง เป็นการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเอง และแสดงถึงขอบเขตของความเชื่อที่บุคคลมีต่อความสามารถความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีค่าของตนเอง (Coopersmith, 1984) รวมถึงเป็นการพิจารณาตัดสินคุณค่าของตนเองตามความรู้สึก และทัศนคติที่มีต่อตนเองทั้งในด้านดีและไม่ดี ในเรื่องต่างๆ เช่น การประสบความสำเร็จ การประสบความสำเร็จล้มเหลว การปฏิเสธตนเอง การพึ่งตนเอง คิดว่าตนเองมีค่าในสังคม ตลอดจนได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นและสังคม ความรู้สึกของบุคคลที่มีความเชื่อมั่นในตนเองเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า มีความรู้ ความสามารถ ความชำนาญในการกระทำ การกิจต่างๆ มีความพอใจในตนเองเกิดจากการยอมรับของบุคคลอื่น (สมิทธิ์ เจือจินดา และวรรณ นภา โพธิ์ผล, 2562) การเห็นคุณค่าในตนเองจึงมีความสำคัญต่อทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุซึ่งเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงในเรื่องของขีดความสามารถและการรับรู้จากการประเมินของบุคคลอื่นโดยผ่านการกระทำหรือพฤติกรรมที่บุคคลอื่นแสดงต่อตนเอง ซึ่งหากบุคคลปฏิบัติต่อตนเองในลักษณะที่ดีก็จะทำให้ตนเองรู้สึกดี และมีคุณค่าได้รับการยอมรับ ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอีกด้วย (ฟิลิซฐ์ จารุศิริพจน์, 2562)

เทศบาลนครยะลาประกอบด้วย 43 ชุมชน จากการสำรวจผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา พบว่ามีผู้สูงอายุจำนวนมากถึง 8,616 คน (สำนักสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครยะลา, 2565) ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ นอกจากจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามวัย การประสบปัญหาเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ ภาวะเศรษฐกิจและสังคม รวมถึงการเกิดความห่างเหินกับคนในครอบครัว รู้สึกตนเองไร้ค่าและเป็นภาระกับครอบครัว ความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินจากสถานการณ์ความไม่สงบ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ ล้วนส่งผลต่อการต้องประสบปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ นำไปสู่ความมีคุณค่าในตนเองที่ลดลง จากข้อมูลของเทศบาลนครยะลาพบว่ามีผู้สูงอายุที่มีผลการตรวจสุขภาพจิตในระดับปกติ หรือไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 4,195 ราย ซึ่งนับเป็นเพียงครึ่งหนึ่งของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดของเทศบาลนครยะลา (กองยุทธศาสตร์ และงบประมาณเทศบาลนครยะลา , 2566) และจากการศึกษาของอุบลทิพย์ ไชยแสง และนิวัติ ไชยแสง (2566) ศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุประเภทติดบ้านในเขต

อำเภอเมือง จังหวัดยะลา พบว่ามีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง อาจหมายถึงการที่ผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในภาวะที่ต้องการการดูแลพึ่งพิงช่วยเหลือบางส่วนจากผู้ดูแล ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย และสภาพแวดล้อมต่าง ๆ รวมถึงปัญหาความไม่สงบในพื้นที่ ส่งผลให้มีผู้ย้ายถิ่นจากชนบทเข้ามาสู่สังคมเมือง คนรุ่นหนุ่มสาวต้องทำงานหนักเพื่อสร้างตัว และใช้เวลาในการแสวงหารายได้เพื่อความมั่นคงของครอบครัว และครอบครัว ส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุอยู่บ้านเพียงลำพังต้องรับภาระในการเลี้ยงดูบุตรหลาน และผู้สูงอายุหลายราย ยังคงต้องประกอบอาชีพเพื่อเลี้ยงตนเองและครอบครัว

ด้วยความตระหนักในปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเอง และแนวทาง เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ซึ่งอยู่ในเขตพื้นที่ชายแดนใต้ของ ประเทศไทย ประกอบด้วยประชากรผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 16.48 ไกล่เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แบบ และเทศบาลนครยะลา มีนโยบายส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ และผู้ที่กำลังจะเข้าสู่วัยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีกลไกการ ขับเคลื่อนเพื่อให้เมืองยะลาพร้อมเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ในอนาคต พร้อมทั้งส่งเสริมให้เกิดสังคมที่อยู่ร่วมกับ ความแตกต่างในช่วงวัยได้อย่างมีความสุข (เทศบาลนครยะลา, 2565) การวิจัยเรื่องนี้ จึงเป็นวิจัยเพื่อนำข้อมูล ดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนารูปแบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และการจัด กิจกรรมเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุได้ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ รวมถึงผู้ มีส่วนเกี่ยวข้อง ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สุขภาพดีและมีความสุข อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เทศบาล นครยะลา จังหวัดยะลา
3. เพื่อศึกษาแนวทางเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์ แนวคิดการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1984) ซึ่งกล่าวไว้ว่าการเห็นคุณค่า ในตนเอง เป็นความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง หรือเป็นการตัดสินใจว่ามีคุณค่าของตนเอง ซึ่งแสดงถึงเจตคติที่บุคคลมี ต่อตนเอง เป็นการยอมรับหรือไม่ยอมรับตนเองและแสดงถึงขอบเขตของความเชื่อที่บุคคลมีต่อความสามารถ ความสำคัญ ความสำเร็จ และความมีค่าของตนเอง ประกอบด้วยองค์ประกอบภายในและภายนอกของตนเอง และ จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่ผ่านมา การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของคูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1984) และสมิธ เจือจินดา และวรรณภา โพธิ์ผล (2562)



รูปที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ในลักษณะพร้อมกันหรือแบบแผนคู่ขนาน (Concurrent or Simultaneous Design) ซึ่งดำเนินการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) พร้อมกับการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยให้ความสำคัญการวิจัยทั้งสองแบบเท่าเทียมกัน แล้วนำผลการศึกษา ที่ได้มาแปลผลร่วมกันชนิดดำเนินการไปพร้อมกัน

ส่วนที่ 1 ศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ใช้วิธีวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา จำนวนทั้งสิ้น 8,616 คน (สำนักสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา จำนวน 368 คน จากสูตรคำนวณประมาณค่าเฉลี่ยกรณีทราบประชากร (Weiers, 2005)

$$\text{ดังนั้น } n = \frac{\sigma^2}{Z^2 \left(\frac{e^2}{N} + \frac{\sigma^2}{N} \right)}$$

โดยให้ n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

N = ขนาดของประชากร

Z = ค่า Z ซึ่ง $\pm Z$ จะสอดคล้องกับระดับความเชื่อมั่นที่ต้องการ

σ = ค่าของส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของประชากรที่ทราบ (หรือประมาณการได้ถ้าจำเป็น)

e = ความคลาดเคลื่อนสูงสุดที่ยอมรับได้

$$\text{ดำเนินการคำนวณทางคณิตศาสตร์จะได้} \quad n = \frac{Nz^2(100)}{N + 100z^2}$$

และแทนค่าด้วย $Z_{0.025} = 1.96$ (คือค่าความเชื่อมั่น 95 %) จะได้สูตร ดังนี้

$$n = \frac{N(1.96)^2(100)}{N + 100(1.96)^2}$$

ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา มีทั้งหมด 8,616 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้

$$n = \frac{8,616(1.96)^2(100)}{8,616 + 100(1.96)^2}$$

$$n = \frac{3,308,544}{9,000.16}$$

$$n = 367.61$$

$$n = 368 \text{ คน}$$

ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ทั้งหมดมีจำนวน 368 คน

ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Systematic Random Sampling) แบ่งกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนประชากรให้กระจายทุกตำบล จำนวน 43 ชุมชน แบบเป็นสัดส่วน และคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยนำรายชื่อผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา มาจับสลากโดยไม่ใส่คืน โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป จนได้จำนวนครบตามสัดส่วนแต่ละตำบล

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) กำหนดคุณสมบัติ คือ

- 1) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบประเมิน TMSE ≤ 8 คะแนน
- 2) มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
- 3) อยู่ในพื้นที่วิจัยอย่างน้อย 1 ปี
- 4) เต็มใจที่จะเข้าร่วมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) กำหนดคุณสมบัติ คือ

- 1) ย้ายออกจากพื้นที่วิจัย
- 2) เสียชีวิตระหว่างดำเนินการวิจัย
- 3) มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงที่มีผลกระทบต่อการวิจัย เช่น หมดสติ หอบเหนื่อยรุนแรง เจ็บหน้าอกเฉียบพลัน และรุนแรง เป็นต้น
- 4) ถอนตัวออกจากการศึกษาวิจัยกะทันหัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบกับการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ ศาสนา สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ แหล่งของรายได้ ความเพียงพอของรายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว กลุ่มเพื่อน / บุคคล

ที่ค้นหาไปมาหาสู่เป็นประจำ โรคประจำตัว และการรับรู้ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้เลือกตอบ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง

2. แบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเอง จำนวน 15 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ คูเปอร์สมิธ (Coopersmith, 1981) และสมิธ เจือจินดา และวรรณภา โพธิ์ผล (2562) ลักษณะของแบบวัดเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จาก “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” จนถึง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ซึ่งให้ผู้ตอบประเมินตนเองว่ามีความรู้สึก/ความคิดเห็นตามที่ระบุไว้ในแต่ละข้อในระดับใด โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน และการแปลผลคะแนน ใช้มาตราส่วนประมาณค่า ตามเกณฑ์การให้คะแนน แปลผลเป็นค่าคะแนนเฉลี่ยตามหลักการแปลผลค่าเฉลี่ยในการให้ความหมายเฉลี่ยของแบบวัดระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยใช้เกณฑ์ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ
4.21 – 5.00	สูงมาก
3.41 – 4.20	สูง
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	ต่ำ
1.00 – 1.80	ต่ำมาก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยทำการออกแบบเครื่องมือและนำเครื่องมือไปหาความตรงเชิงเนื้อหา โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ 2 ท่าน ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต 1 ท่าน ได้ค่า IOC ทั้งฉบับเท่ากับ 0.86 จากนั้นจึงนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะให้มีความถูกต้อง ชัดเจนและความเหมาะสม จากนั้นนำไปทดลองสอบถามกับผู้สูงอายุเทศบาลปัตตานี จังหวัดปัตตานี ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ทดสอบความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach, 1990) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง เท่ากับ 0.82

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา โดยทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลถึงสำนักงานสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อมเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยและขออนุญาตให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยมีการคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้

- 1) เข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ
- 2) เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหรือจิตอาสาที่อยู่ในเขตพื้นที่
- 3) สามารถอ่านออกเขียนได้

ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมผู้ช่วยวิจัย พร้อมทั้งสาธิตการเก็บข้อมูลและให้ผู้ช่วยวิจัยสาธิตย้อนกลับ จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่างพร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และให้การพิทักษ์สิทธิ์ก่อนการเก็บข้อมูล ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถปฏิเสธและยกเลิกการให้ข้อมูลได้ตามความต้องการ ซึ่งผู้วิจัยได้รับแบบสอบถามกลับคืนทั้งหมดจากการแจกแบบสอบถามจำนวน 368 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวนร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
2. วิเคราะห์ระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน
3. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์

ส่วนที่ 2 ศึกษาแนวทางเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา
ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา จำนวน 10 คน และตัวแทนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน จากการเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา กำหนดคุณสมบัติ คือ

- 1) ไม่มีภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินจากแบบประเมิน TMSE ≤ 8 คะแนน
- 2) ได้รับการประเมินระดับการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในระดับดีขึ้นไป (มากกว่าหรือเท่ากับ 3.5 จากคะแนนเต็ม 5)
- 3) มีสติสัมปชัญญะ สามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ
- 4) อยู่ในพื้นที่วิจัยอย่างน้อย 1 ปี
- 5) เต็มใจที่จะเข้าร่วมวิจัย

กลุ่มที่ 2 ตัวแทนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กำหนดคุณสมบัติ คือ

- 1) รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2) มีประสบการณ์การดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดยะลา อย่างน้อย 6 เดือน
- 3) ไม่มีปัญหาการสื่อสาร
- 4) เต็มใจที่จะเข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสัมภาษณ์แนวทางเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ประกอบด้วยประเด็นคำถามการเห็นคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ และการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา โดยคำนึงถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และนิยามศัพท์ในการกำหนดประเด็นสัมภาษณ์ และให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2 ท่าน และด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.82 หลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

2. อุปกรณ์บันทึกเสียง เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยทำการขออนุญาต และบันทึกอย่างเปิดเผย พร้อมรับรองว่าจะไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้ให้ข้อมูล โดยจะเริ่มทำการบันทึกเสียงเมื่อได้รับอนุญาต และสิ้นสุดการบันทึกเสียงเมื่อการสัมภาษณ์เสร็จสิ้น หรือผู้ให้ข้อมูลขอให้หยุดการบันทึกเสียงไว้ชั่วคราว

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ในพื้นที่เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา พร้อมทำการชี้แจงผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย การเก็บรวบรวม การนำเสนอข้อมูล และประโยชน์ที่จะได้รับการศึกษาครั้งนี้ พร้อมขออนุญาตบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย และผู้ช่วยวิจัยจดบันทึก ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เชิงลึก ครั้งละ 30 – 45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ซึ่งมีขั้นตอน (Crabtree & Miller (1992) ได้แก่ การจัดแฟ้มข้อมูล การลงรหัสข้อมูล การจัดประเภทของข้อมูล การพัฒนาและการสร้างหมวดหมู่ การเชื่อมโยงหาความสัมพันธ์ของหมวดหมู่ การตรวจสอบความถูกต้อง นำข้อมูลที่วิเคราะห์แล้วมาตรวจสอบซ้ำเพื่อให้เกิดความถูกต้อง และการสรุปและรายงานการวิจัย

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลผลการวิเคราะห์เนื้อหา ด้วยวิธีวิเคราะห์แบบสามเส้า (Triangulation) โดยทีมผู้วิจัย 3 คน บุคลากรผู้ดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดยะลา 3 คน ตัวแทนผู้สูงอายุ 3 คน และอาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการทำวิจัยเชิงคุณภาพ 1 คน และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ได้จากการบันทึกเสียง โดยผู้วิจัยทำการถอดคำพูดอย่างละเอียด และแยกข้อมูลตามหัวข้อแนวคำถาม โดยแยกเป็นรายบุคคล ใส่ชื่อ และลำดับการสัมภาษณ์กำกับ ส่วนข้อมูลที่ได้จากการบันทึก จะสรุปเป็นประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์เท่านั้น เพื่อนำไปสนับสนุนการวิเคราะห์นั้นต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์ข้อมูลรวม ผู้วิจัยนำผลการสัมภาษณ์ทั้ง 10 คน ทั้ง 2 กลุ่ม มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อหาแนวทางเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา โดยผู้วิจัยทำการจัดหมวดหมู่ ที่พิจารณาจากรูปแบบความสัมพันธ์ของข้อมูลระหว่างสิ่งที่ได้จากการสัมภาษณ์ และจากประสบการณ์การศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 การตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสม ของแนวทางเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

ผู้วิจัยตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแนวทางที่สร้างขึ้น โดยการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ และรับผิดชอบด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 5 ท่าน ด้วยแบบประเมินเป็นลักษณะเลือกตอบ 2 คำตอบ คือเหมาะสม และไม่เหมาะสม นำมาวิเคราะห์เป็นร้อยละของความเหมาะสม และไม่เหมาะสม และมีรายละเอียดของข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อความสมบูรณ์และการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง ซึ่งพบว่าแนวทางเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลาเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 82

จริยธรรมการวิจัย

เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา ได้เลขจริยธรรมหมายเลข SCPHYLIRB – 2566 / 089 ลงวันที่รับรอง 12 เมษายน 2566 - 12 ตุลาคม 2566

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 79.62) มีอายุระหว่าง 60 – 69 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 68.88 ปี (SD=6.71) นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 82.34) ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 52.45) มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.87 ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 36.14 และแหล่งรายได้ที่สำคัญที่สุด ในการดำรงชีวิตได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากทางราชการ (ร้อยละ 37.77) ซึ่งพบว่ามีรายได้เพียงพอที่ใช้จ่ายต่อเดือนในระดับพอใช้ (ร้อยละ 65.76) และมีจำนวนสมาชิกโดยเฉลี่ย 2.71 คน/ครอบครัว ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรส (ร้อยละ 22.01) และมีกลุ่มเพื่อน/บุคคล ที่ผู้สูงอายุคบหาไปมาหาสู่เป็นประจำร้อยละ 92.66 รวมถึงผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนร้อยละ 57.88 ผู้สูงอายุเกินครึ่ง มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 51.09) ส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 21.20) รองลงมาได้แก่โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 13.32) โดยผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวร้อยละ 34.00 มีโรคประจำตัวเพียง 1 โรค ผู้สูงอายุร้อยละ 46.50 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันรับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพแข็งแรงดี (ร้อยละ 46.47)

2. ระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุรายข้อ และโดยรวม (n= 368)

ข้อความ	M	SD	ระดับ
ฉันชอบแสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ	3.64	0.88	สูง
ฉันไม่หวาดกลัวที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ต่าง ๆ	3.64	0.86	สูง
ฉันจะพูดและทำในสิ่งที่ถูกต้อง แม้ว่าคนอื่นจะไม่เห็นด้วยก็ตาม	3.61	0.95	สูง
ฉันรู้สึกพอใจกับสภาพร่างกายของตนเองในขณะนี้	3.68	0.91	สูง
ฉันเป็นคนมีคุณค่าเท่าเทียมกับผู้อื่น	3.79	0.85	สูง
ฉันพอใจในสภาพชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน	3.91	0.84	สูง
ฉันรู้สึกว่าตนเองทำอะไรก็ไม่สำเร็จ	3.74	1.19	สูง
ฉันสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ดีเท่ากับคนอื่น ๆ	3.67	0.93	สูง
ฉันเชื่อว่าตัวฉันยังสามารถทำสิ่งต่างๆ ได้ด้วยตนเอง	3.79	0.89	สูง
คงไม่มีใครอยากมีชีวิตเหมือนฉัน	3.53	1.22	สูง
ฉันไม่เคยได้รับการชื่นชมเหมือนกับคนอื่น	3.53	1.21	สูง
ฉันต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือสังคม	3.84	0.89	สูง
ฉันชอบทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม	3.85	0.93	สูง
ฉันเป็นที่รู้จัก และได้รับการยอมรับจากผู้คนเป็นอย่างดี	3.65	0.88	สูง
ฉันถูกมองข้ามบ่อยครั้ง	3.70	1.16	สูง
โดยรวมเฉลี่ย	3.70	0.52	สูง

หมายเหตุ : ข้อคำถามที่ 7, 10, 11 และ 15 เป็นคำถามเชิงลบที่ได้ทำการปรับคะแนนใหม่แล้ว (Recode)

จากตารางที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่าแบบสอบถามการเห็นคุณค่าในตนเองจำนวน 15 ข้อ พบว่า ข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ฉันพอใจในสภาพชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ($M=3.91$, $SD=0.84$) ส่วนข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ข้อคำถาม คงไม่มีใครอยากมีชีวิตเหมือนฉัน ($M=3.00$, $SD=1.22$) และ ฉันไม่เคยได้รับการชื่นชมเหมือนคนอื่น ($M=3.53$, $SD=1.21$) และค่าเฉลี่ยโดยรวมทุกด้านโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M=3.70$, $SD=0.52$)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ($n=368$)

ตัวแปร	การมีคุณค่าในตนเอง		χ^2	df	p-value
	ปานกลาง (%)	สูง (%)			
1.เพศ			.039	1	.472
ชาย	160 (46.67)	133 (45.39)			
หญิง	40 (53.33)	35 (46.67)			
2.อายุ			2.924	3	.403
60 – 69 ปี	114 (52.05)	105 (47.95)			
70 -79 ปี	61 (56.48)	47 (43.52)			
80 -90 ปี	25 (62.50)	16 (37.50)			
3.ศาสนา			3.014	1	.055
อิสลาม	171 (56.44)	132 (43.56)			
พุทธ	29 (44.62)	36 (55.38)			
4.สถานภาพสมรส			4.910	3	.179
โสด	42 (64.62)	23 (35.38)			
คู่	101 (52.33)	92 (47.67)			
หม้าย	43 (48.86)	45 (51.14)			
หย่า / แยก	14 (63.64)	8 (36.36)			
5.ระดับการศึกษาสูงสุด			19.240	5	.002*
ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ อ่านและเขียนไม่ได้	4 (40.00)	6 (60.00)			
ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ อ่านและเขียนได้	27 (75.00)	9 (25.00)			
ประถมศึกษา	41 (51.90)	38 (48.10)			
มัธยมศึกษา	52 (66.67)	26 (33.33)			
ปริญญาตรี	65 (66.67)	67 (50.76)			
อื่น ๆ	11 (33.33)	22 (66.67)			

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา
(n= 368) (ต่อ)

ตัวแปร	การมีคุณค่าในตนเอง		χ^2	df	p-value
	ปานกลาง (%)	สูง (%)			
6.อาชีพ			5.009	5	.415
ไม่ได้ทำงาน	31(68.89)	14(31.11)			
ข้าราชการบำนาญ	70(52.63)	63(47.37)			
ค้าขาย	25(53.19)	22(46.81)			
เกษตรกรรม	15(50.00)	15(50.00)			
รับจ้าง	19(47.50)	21(52.50)			
อื่น ๆ	40(54.79)	33(45.21)			
7.แหล่งของรายได้ที่สำคัญ			18.145	6	.006*
การทำงานของตนเอง	35(40.23)	52(59.77)			
เงินบำเหน็จ / บำนาญ	75(53.96)	64(46.04)			
เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากทางราชการ	52(71.23)	21(28.77)			
ดอกเบี้ยเงินออม / ทรัพย์สินเดิม	3(37.50)	5(62.50)			
คู่สมรส	10(71.43)	4(28.57)			
บุตร	18(51.43)	17(48.57)			
หลาน	7(58.33)	5(41.67)			
8. ความเพียงพอของรายได้ที่ใช้จ่ายต่อเดือน			25.392	3	.000*
เหลือเก็บ	19(27.54)	50(72.46)			
พอใช้	148(61.16)	94(38.84)			
ไม่พอใช้	28(56.00)	22(44.00)			
ไม่พอใช้และเป็นหนี้	5(71.73)	2(28.57)			
9.ลักษณะโครงสร้างของครอบครัว			15.431	9	.080
อาศัยอยู่คนเดียว	38(56.72)	29(43.28)			
อาศัยอยู่กับคู่สมรสเท่านั้น	40(49.38)	41(50.62)			
อาศัยอยู่กับบุตรเท่านั้น	23(58.97)	16(41.03)			
อาศัยอยู่กับหลานเท่านั้น	6(75.00)	2(25.00)			
อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตร	42(65.63)	22(34.38)			
อาศัยอยู่กับคู่สมรสและหลาน	6(60.00)	4(40.00)			
อาศัยอยู่กับบุตรและหลาน	13(38.24)	21(61.76)			
อาศัยอยู่กับญาติ	9(39.13)	14(60.87)			
อาศัยอยู่กับคู่สมรส บุตรและหลาน	23(54.76)	19(45.24)			

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา (n= 368) (ต่อ)

ตัวแปร	การมีคุณค่าในตนเอง		χ^2	df	p-value
	ปานกลาง (%)	สูง (%)			
10. การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน			0.139	1	.395
ไม่มี	86(55.48)	69(44.52)			
มี	114(53.52)	99(46.48)			
11. การมีโรคประจำตัว			0.146	1	.391
ไม่มี	96(53.33)	84(46.67)			
มี	104(55.32)	84(44.68)			
12. การรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน			29.821	3	.000*
แข็งแรงดี	68(39.77)	103(60.23)			
แข็งแรงปานกลาง	103(64.38)	57(35.63)			
อ่อนแอ	24(77.42)	7(22.58)			
อ่อนแอมาก	5(83.33)	1(16.67)			

* ระดับนัยสำคัญ < .05

จากตารางที่ 2 ผลการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ด้วยค่าไคสแควร์ พบว่า ระดับการศึกษา แหล่งของรายได้ที่สำคัญ ความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุที่ใช้จ่ายต่อเดือน และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ดังข้อมูลในตาราง

ส่วนที่ 2 ศึกษาแนวทางเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ซึ่งได้แก่กลุ่มผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จำนวน 10 คน และตัวแทนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ตามข้อมูลของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จำนวน 10 คน

1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) มีอายุระหว่าง 60 – 72 ปี ส่วนใหญ่นับถือ ศาสนาพุทธ (ร้อยละ 80) อาศัยอยู่ในพื้นที่เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา อายุเฉลี่ย 54 ปี และมีสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 60) การศึกษาส่วนใหญ่ในระดับมัธยมศึกษา และไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 80) แหล่งรายได้ที่สำคัญที่สุดในการดำรงชีวิตได้จากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุจากทางราชการ (ร้อยละ 60.00) ซึ่งพบว่ามีรายได้เพียงพอที่ใช้จ่ายต่อเดือนในระดับพอใช้ ร้อยละ 60 และมีจำนวนสมาชิกประมาณ 2 - 5 คน/ครอบครัว ลักษณะโครงสร้างของครอบครัวส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับคู่สมรสและบุตรมากที่สุด คิดเป็น ร้อยละ 40 และมีกลุ่มเพื่อน/บุคคล ที่ผู้สูงอายุคบหาไปมาหาสู่อยู่เป็นประจำร้อยละ 60 ผู้สูงอายุร้อยละ 60 มีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนอยู่บ้าง ผู้สูงอายุร้อยละ 60 ไม่มีโรคประจำตัว (เฉพาะจากการ

วินิจฉัยของแพทย์) ซึ่งผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง รองลงมาได้แก่โรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งมีการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันส่วนใหญ่รับรู้ว่ามีภาวะสุขภาพแข็งแรงดีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 50

1.2 ประเด็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประเด็นที่ 1 นิยามของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุได้ให้นิยามไว้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองคือการภูมิใจ และพอใจในสถานะชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองในปัจจุบัน ไม่ต้องขวนขวายอยากได้ให้มีความทุกข์ใจ พึงตนเองได้ รวมถึงการเป็นตัวของตัวเอง รวมถึงการสามารถเป็นแบบอย่างให้กับผู้อื่นได้ มีความกล้าแสดงความคิดเห็น และมั่นใจในตนเอง ดังตัวอย่างข้อมูล

“ ป้าคิดว่าก็เหมือนกับเราพอใจในปัจจุบัน พึงตนเองได้ ไม่ต้องดิ้นรนขวนขวายทรมานทรมาย อยากได้ อยากมี รวมถึงการที่เรามีความภูมิใจในตนเอง ”

“ ก็จะเป็นความภูมิใจว่าชีวิตเรานั้นดี เป็นตัวอย่างให้ลูกหลาน หรือเป็นแบบอย่างให้คนอื่น ๆ ได้ด้วย ”

ประเด็นที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าผู้สูงอายุให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ แบ่งได้ 2 แบบ คือ จากปัจจัยภายในตนเอง กับปัจจัยภายนอก กล่าวคือ ปัจจัยในตนเอง คือ การเอาตนเองไปเปรียบเทียบกับคนอื่น หรืออยากทำให้เหมือนคนอื่นที่ส่งผลต่อการลดคุณค่าในตนเอง การฝึกจิตใจของตนเองให้มีสมาธิ และอยู่กับปัจจุบัน ส่วนปัจจัยภายนอกตนเอง ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และกระทบต่อการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังตัวอย่างข้อมูล

“ ถ้าจากภายในตนเองก็จะเป็นจิตใจของเราที่แหละ บางทีมันก็วนเวียนสับสน คิดมาก ยิ่งถ้าไปเทียบกับ แข่งขันกับคนอื่นก็เลยลดคุณค่าของเราไป ยิ่งเศรษฐกิจแบบนี้ทุกคนก็ต้องดิ้นรน ”

“ เดียวนี้เศรษฐกิจมันแย่ ยิ่งช่วงหลังโควิดทุกคนต้องปากกัดตีนถีบยิ่งคนแก่ที่ไม่มีเงินก็ยิ่งเดือดร้อน สังคม เดียวนี้มันหลายอย่างบางทีก็ทำให้เศร้าให้เสียใจ ถ้าไม่พอกิน ต้องขอเงินคนอื่นคุณค่าของตัวเองก็ลดลงได้ ”

ประเด็นที่ 3 เครือข่ายทำงานที่จะสามารถช่วยกันทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา และบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าผู้สูงอายุให้ข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายทั้งส่วนของนอกและในหน่วยงานภาครัฐ ที่จะสามารถช่วยกันทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยภาครัฐ ได้แก่ เทศบาลนครยะลา หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชน ได้แก่ วัด มัสยิด สมาคม หรือการรวมกลุ่มของคนในชุมชน และมีบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา เช่น การเชิญชวนเข้าร่วมโครงการที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมโรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมผู้สูงอายุของเทศบาลนครยะลา การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้น ดังตัวอย่างข้อมูล

“ ที่เห็นอยู่ก็มีเทศบาลนี่แหละทำกิจกรรมบ่อย โรงเรียนผู้สูงอายุก็มี หรือกิจกรรมวันต่าง ๆ เช่น วันสงกรานต์ก็ช่วยให้คนสูงอายุได้ทำกิจกรรมกันอยู่ตลอด ”

“หน่วยสาธารณสุขเขาก็ทำกิจกรรมให้อยู่นะ เช่น โรงพยาบาลละเขาก็ช่วยเรื่องสุขภาพอยู่ เทศบาลก็มีประชาสัมพันธ์อยู่นะ แล้วก็มี อสม. มาหาตลอดเหมือนกัน”

“ถ้าไม่ใช่ของรัฐก็จะมี ไทยพุทธก็วัดนี้แหละได้ไปทำบุญ ถ้าอิสลามก็คงเป็นมัสยิดเขานั่นแหละ หรือการรวมกลุ่มในชุมชน ที่เห็นก็เช่น ชุมชนหน้าศูนย์แม่ ชุมชนเบญจมิตร”

ประเด็นที่ 4 แนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

จากการสัมภาษณ์ พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มผู้ให้ข้อมูล มีการรับรู้ เกี่ยวกับแนวทางที่ช่วยพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ตามที่ตนรับรู้ ได้แก่ การดำเนินการจะต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุหลายกลุ่มถ้าออกมารวมกลุ่มนอกบ้านได้ก็นับกิจกรรมที่สนุกสนาน สนทนากันไม่เครียด ก็ช่วยส่งเสริมคุณค่าในตนเองได้ รวมถึงกิจกรรมที่ช่วยให้สุขภาพแข็งแรงก็จะเป็นอีกทางที่ช่วยส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองถ้าเป็นผู้สูงอายุที่ไม่สะดวกกับการเข้าร่วมกลุ่ม ก็จะต้องทำได้ง่ายไม่เป็นการเพิ่มความเครียดให้กับผู้สูงอายุ และต้องเป็นกิจกรรมส่งเสริมสนทนากัน สนุกสนาน และเข้าถึงได้ง่าย ดังตัวอย่างข้อมูล

“ ถ้าจะส่งเสริมคุณค่าให้กับคนสูงอายุก็ต้องง่ายนะ แล้วก็ต้องสนุกถ้ารวมกลุ่มได้ก็จัดเป็นกลุ่มก็นับสนุกสนาน ไม่เครียด ถ้าอยู่กับบ้านก็เอาที่เหมาะสมกับเขาทำที่บ้านได้ก็จะดี”

“ เอาแบบง่าย ๆ เพราะแก่แล้วอะไรยากก็ทำไม่ได้แล้ว ถ้าแบบมานั่งเรียนนี่คือไม่ชอบไม่เอาละ”

“ กิจกรรมอีกอย่างคงต้องช่วยเรื่องสุขภาพด้วยนะ เพราะถ้าร่างกายดีก็ทำให้คนแก่ไม่ต้องรบกวนใครก็ส่งเสริมคุณค่าในผู้สูงอายุได้”

2.กลุ่มตัวแทนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน

2.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกคนทำงานอยู่ในสังกัดหน่วยงานภาครัฐบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเทศบาลนครยะลา ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 12 จังหวัดยะลา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 80) มีอายุระหว่าง 32 – 56 ปี และ นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 70) ประสบการณ์ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระหว่าง 4 – 12 ปี

2.2 ประเด็นจากการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประเด็นที่ 1 นิยามของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าการเห็นคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุขได้ให้นิยามไว้ว่า การเห็นคุณค่าในตนเองคือการมีสุขภาพกาย และจิตใจที่ดี มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ไม่เป็นภาระของลูกหลาน มองโลกในแง่ดี และพอใจในสถานะชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองในปัจจุบัน รวมถึงการเป็นตัวของตัวเอง และการสามารถเป็นแบบอย่างให้กับผู้อื่นได้ ดังตัวอย่างข้อมูล

“ ผู้สูงอายุที่มีคุณค่าในตนเอง จะเป็นคนที่มีสุขภาพกาย และจิตใจที่ดี มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น พอใจกับชีวิตของตนเองในปัจจุบัน”

“ คนสูงอายุที่มีคุณค่าในตนเองที่ดี ส่วนใหญ่ก็จะแข็งแรง พึ่งตัวเองได้ ไม่เป็นภาระใคร มองโลกในแง่ดี เป็นตัวของตัวเอง กล้าแสดงความคิดเห็น”

ประเด็นที่ 2 ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าบุคลากรสาธารณสุข ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ แบ่งได้ 2 แบบ คือ จากปัจจัยภายใน กับปัจจัยภายนอก กล่าวคือ ปัจจัยในตนเอง คือ การคิดบวก การฝึกจิตใจของตนเองให้มองโลกในแง่ดี และมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ส่วนปัจจัยภายนอกตนเอง ได้แก่ ภาวะเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมรอบตัว การเข้าถึงบริการสาธารณสุข รวมถึงการยอมรับจากบุคคลอื่นซึ่งกระทบต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ดังตัวอย่างข้อมูล

“คิดว่ามีอยู่ 2 องค์ประกอบ คือภายในกับภายนอกของผู้สูงอายุ ภายในก็จะเกี่ยวข้องกับจิตใจ ความคิดความรู้สึก จำเป็นอย่างมากคือการคิดบวก และภายนอกก็เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ สังคม และที่สำคัญอีกอย่างก็คือต้องเป็นที่ยอมรับของคนรอบตัวโดยเฉพาะลูกหลาน”

“ก็มีทั้งโดยตัวของผู้สูงอายุเอง กับสิ่งที่อยู่รอบตัว ถ้ามีคุณค่าในตนเองก็จะรู้สึกดีกับตนเอง มีค่าไม่ต้องพึ่งพาใครมากจนเกินไป ส่วนที่อยู่รอบตัวนอกจากรายได้ เศรษฐกิจสังคมแล้ว ก็คงเป็นเรื่องของการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ด้วยซึ่งก็จะส่งผลต่อการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเช่นกัน”

ประเด็นที่ 3 เครือข่ายทำงานที่จะสามารถช่วยกันทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา และบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าบุคลากรให้ข้อมูลเกี่ยวกับเครือข่ายทำงานที่จะสามารถช่วยกันทำงานร่วมกันเพื่อส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ประกอบด้วยภาครัฐ ได้แก่ เทศบาลนครยะลา หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาลยะลา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึงการรวมกลุ่มกันในศาสนสถาน และผู้นำทางศาสนา สมาคม หรือการรวมกลุ่มของคนในชุมชน และมีบทบาทในการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา ในส่วนของการจัดกิจกรรมโครงการที่ช่วยส่งเสริมคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ดังตัวอย่างข้อมูล

“อย่างที่เราบอกกันว่าหน่วยงานหลัก ๆ ก็จะเป็นหน่วยงานราชการนี้แหละ สาธารณสุขเทศบาล โรงพยาบาล บางครั้งก็มีของศูนย์อนามัยที่ 12 มาร่วมด้วย แต่ถ้าแบบไม่เป็นทางการก็จะเป็นส่วนของการรวมกลุ่มกันของชุมชนค่ะ”

“ก็มีหน่วยงานของรัฐอย่างที่เราคุ้นเคยกับ อีกอย่างก็ช่วยกันโดยเฉพาะสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ เรื่องทางศาสนา ผู้นำศาสนาตามศาสนาที่ผู้สูงอายุนับถือเอง”

ประเด็นที่ 4 แนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

จากการสัมภาษณ์ บุคลากรกลุ่มผู้ให้ข้อมูล มีแนวทางที่ช่วยพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยการดำเนินการจะต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุตามประเภทของผู้สูงอายุ คือติดบ้าน ติดเตียง และติดสังคม โดยเน้นกิจกรรมที่เป็นสันตนาการไม่เครียด ก็ช่วยส่งเสริมคุณค่าในตนเองได้ รวมถึงกิจกรรมที่ช่วยให้สุขภาพแข็งแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ก็จะเป็นอีกทางที่ช่วยส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองถ้าเป็นผู้สูงอายุ และจะต้องทำได้ง่ายไม่เป็นการเพิ่มความกังวลให้กับผู้สูงอายุ ไม่ใช่เวลานานจนเกินไป และมีการสร้างแรงจูงใจ รวมถึงมีการสร้างโอกาสและเวทีต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุ และต้องเป็นกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนทาง การ สนุกสนาน และเข้าถึงได้ง่าย รวมถึงเหมาะสมกับบริบทความหลากหลายทางวัฒนธรรม ดังตัวอย่างข้อมูล

“กิจกรรมจะต้องเหมาะกับผู้สูงอายุตามกลุ่มของเขา ติดบ้าน ติดเตียง ติดสังคม และต้องไม่น่าเบื่อเกินไป มีการสร้างแรงจูงใจ และเหมาะกับวัฒนธรรมบ้านเรา “

“ต้องเน้นแบบง่าย ๆ ไม่ซับซ้อนเพราะผู้สูงอายุจะกังวลว่าทำอะไรไม่ค่อยได้ กิจกรรมก็ต้องเน้นแบบสนุกสนาน นันทนาการ ไม่เครียดไม่ต้องมีการนั่งเรียนในห้อง”

“ ต้องให้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจสังคม และสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบตัวผู้สูงอายุ ซึ่งจะต้องคำนึงให้มาก ”

ส่วนที่ 3 สรุปแนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้ง 2 กลุ่มได้แก่กลุ่มผู้สูงอายุในเทศบาลนครยะลา และกลุ่มตัวแทนบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถสรุปแนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา ได้ดังนี้

1. การดำเนินการกิจกรรมโครงการต่าง ๆ จะต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุในด้านการพัฒนาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยการดำเนินการจะต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุตามประเภทของผู้สูงอายุ คือติดบ้าน ติดเตียง และติดสังคม
2. กิจกรรมที่จัดจะต้องเป็นกิจกรรมส่งเสริมนันทนาการ ไม่เพิ่มความเครียด เหมาะสมตามความถนัด และความสนใจของผู้สูงอายุไม่ใช้เวลาจนเกินไป และมีการสร้างแรงจูงใจ รวมถึงมีการสร้างโอกาสและเวทีต่าง ๆ ให้กับผู้สูงอายุ
3. กิจกรรม และสื่อที่ใช้จะต้องเหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม ความเชื่อ และศาสนาที่ผู้สูงอายุนับถือตามลักษณะของสังคมพหุวัฒนธรรม
4. ควรจัดกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมโดยความร่วมมือกับองค์กร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรวมถึงการติดตามประเมินผลกิจกรรมต่าง ๆ โดยการทำงานอย่างบูรณาการร่วมกันให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และเครือข่ายพื้นฐานทางสังคมที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสม ของแนวทางการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

ผู้วิจัยตรวจสอบความเป็นไปได้และความเหมาะสมของแนวทางที่สร้างขึ้น โดยการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 3 ท่าน ด้วยแบบประเมินเป็นลักษณะเลือกตอบ 2 คำตอบ คือเหมาะสม และไม่เหมาะสม นำมาวิเคราะห์เป็นร้อยละของความเหมาะสม และไม่เหมาะสม และมีรายละเอียดของข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อความสมบูรณ์และการนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างแท้จริง ซึ่งพบว่าแนวทางของการพัฒนาการดำเนินชีวิต เพื่อสร้างเสริมสุขภาพทางจิตของผู้สูงอายุเหมาะสมคิดเป็นร้อยละ 86.00

อภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ตามลำดับวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. เพื่อศึกษาระดับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุใน เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

จากการศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมทุกด้านโดยรวมอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร ภาคาหาญ (2560) ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีการเห็นคุณค่าในตนเองภาพรวม อยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงถึงการที่ผู้สูงอายุมีทัศนคติทางบวก

ตนเอง การเข้าใจ ยอมรับแถมมที่มีหลากหลายของตนเองและการรู้สึกทางบวกกับชีวิตของตนเอง โดยเฉพาะการรับรู้ด้านสุขภาพที่ยังมีความแข็งแรงดีถึงร้อยละ 46.47 ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัจจัยภายในตนเอง คือ ผู้สูงอายุมองตนเองในปัจจุบัน ว่ามีความแข็งแรงของร่างกาย และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ (มาธูรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง , 2560) ซึ่งส่งผลต่อความรู้สึกของการ มีคุณค่าในตนเองจากความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จากภาวะสุขภาพที่ยังแข็งแรงดี ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุมีการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนถึงร้อยละ 57.88 ซึ่งแสดงถึงการมีโอกาสดำเนินชีวิตเพื่อรักษาสุขภาพด้านจิตใจและสังคมของตนเองโดยการเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ซึ่งกิจกรรมทางสังคมจะทำให้ผู้สูงอายุได้พบปะกับผู้อื่นในวัยใกล้เคียงกัน จึงไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ปรับตัวและยอมรับตัวเองได้ง่ายขึ้น สนับสนุนให้พวกเขามีความนับถือในตัวเอง (กรมอนามัย, 2561) จะเห็นได้ว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมมีส่วนสนับสนุนการเกิดการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของพิสิษฐ์ จารุศิริพจน์ (2562) ทำการศึกษาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ สมาคมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองนครปฐม ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุในสมาคมผู้สูงอายุ มีการเห็นคุณค่าในตนเองโดยรวม และรายด้านอยู่ในระดับสูง จากการได้มีโอกาสของการได้เข้าร่วมกิจกรรม

ผลการศึกษาที่สำคัญ และมีความสอดคล้องกันโดยการศึกษาเชิงปริมาณพบว่าผู้สูงอายุมีความพอใจในสภาพชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบันมีค่าเฉลี่ย 3.91 ซึ่งมีค่าสูงที่สุดสอดคล้องกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพในประเด็นนิยามของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ คือการภูมิใจ และพอใจในสถานะชีวิตความเป็นอยู่ของตนเองในปัจจุบัน ไม่ต้องขวนขวายอยากได้ให้มีความทุกข์ใจ ฟุ้งตนเองได้ รวมถึงการเป็นตัวของตัวเอง รวมถึงการสามารถเป็นแบบอย่างให้กับผู้อื่นได้ มีความกล้าแสดงความคิดเห็น และมั่นใจในตนเอง เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุรางค์ เชื้ออณิชากร, พูนสุข ช่วยทอง และเปรมวดี ฤทธิ์เดช (2561) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรับรู้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คือ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันโรคประจำตัว การรับรู้ภาวะสุขภาพกายเมื่อเทียบกับคนวัยเดียวกันในปัจจุบัน

2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ระดับการศึกษา แหล่งของรายได้ที่สำคัญ ความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุที่ใช้จ่ายต่อเดือน และการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบัน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ อมรมิตร ญัฐสินี แสนสุข และ ธนศักดิ์ รังสีพรหม (2565) ศึกษาความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่าระดับความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ระดับการศึกษา ระดับรายได้ และสุขภาพ ที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อระดับคะแนนความสุขที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาเพียงชั้นประถมศึกษา จึงส่งผลต่อการมีความอ่อนน้อมถ่อมตน แต่ก็มีภาคภูมิใจในตัวเอง เพราะถึงแม้จะมีอายุมากก็ยังพึ่งพาตนเองจากรายได้หรือเงินที่มีเพียงพอในการใช้จ่ายต่อเดือน ผู้สูงอายุบางรายมีรายได้แค่เพียงจากเบี้ยยังชีพที่รัฐให้เท่านั้น แต่ก็มีภาคภูมิใจและรู้สึกในคุณค่าของตนเองที่สามารถดูแลตนเองได้ และจะเห็นได้ว่าผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองที่พบว่าผู้สูงอายุ มีทัศนคติทางบวกต่อตนเอง การเข้าใจ ยอมรับแถมมที่มีหลากหลายของตนเองและการรู้สึกทางบวกกับชีวิตของตนเอง โดยเฉพาะการรับรู้ด้านสุขภาพที่ยังมีความแข็งแรงดีถึงร้อยละ 46.47 ซึ่งการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับปัจจัยภายในตนเอง คือ ผู้สูงอายุมองตนเองในปัจจุบัน ว่ามีความแข็งแรงของร่างกาย และความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ (มาธูรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง , 2560) เช่นเดียวกับการศึกษาของสุรางค์ เชื้ออณิชากร, พูนสุข

ช่วยทอง และเปรมวดี คฤหเดช (2561) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คือ ภาวะสุขภาพ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการรับรู้ภาวะสุขภาพกายเมื่อเทียบกับคนวัยเดียวกันในปัจจุบัน ดังนั้นภาวะสุขภาพ จึงส่งผลต่อความรู้สึกของการมีคุณค่าในตนเอง จากความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จากภาวะสุขภาพที่ยังแข็งแรงดี ปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อความรู้สึกการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ

3.ศึกษาแนวทางเพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลา

แนวทางในการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุเทศบาลนครยะลา จังหวัดยะลาพบว่าการดำเนินการกิจกรรมโครงการต่าง ๆ จะต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุด้านการพัฒนาทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยการดำเนินการจะต้องเหมาะสมกับผู้สูงอายุตามประเภทของผู้สูงอายุ คือติดบ้าน ติดเตียง และติดสังคม เช่น ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่ไม่สะดวกกับการเข้าร่วมกลุ่มเพราะส่วนใหญ่จะอยู่ติดบ้านจึงควรเป็นกิจกรรมที่สามารถดำเนินการได้ด้วยตัวผู้สูงอายุเองที่บ้าน ผลการศึกษาที่สำคัญคือกิจกรรมที่จัดจะต้องเป็นกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนา สอดคล้องกับการศึกษาของ ฤทัยพานิช และพรสวรรค์ มณีทอง (2564) ศึกษาการเสริมสร้างสุนทรียภาพเพื่อสร้างคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ ผลการศึกษาพบว่าการออกแบบกิจกรรมที่สร้างสุนทรียภาพทางดนตรีและศิลปะสำหรับผู้สูงอายุนั้น ควรเป็นกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับอายุและสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในด้านความคล่องแคล่ว ว่องไว ความจำ นอกจากนี้กิจกรรมพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุควรเป็นกิจกรรมที่สามารถทำร่วมกับสมาชิกในครอบครัวได้เพื่อการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว และเหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรม ความเชื่อ และศาสนาที่ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านนับถือตามลักษณะของสังคมพหุวัฒนธรรม รวมถึงควรมีการประสานงานกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานต่าง ๆ และจากการที่จังหวัดยะลาเป็นสังคมพหุวัฒนธรรม มีการนับถือศาสนาที่แตกต่างกันทั้งศาสนาพุทธ อิสลาม และคริสต์จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อศาสนาที่ผู้สูงอายุติดบ้านนับถือ ในบางกิจกรรมอาจไม่เหมาะสมสำหรับบางศาสนา เช่น ผู้นับถือศาสนาอิสลามบางรายไม่นิยมกิจกรรมที่มีเสียงดนตรีประกอบ เป็นต้น นอกจากนี้ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาวะทางจิตยังรวมถึงการสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายในสังคม และกิจกรรมทางสังคมอีกด้วย

จากข้อมูลที่ได้จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุ และบุคลากรสาธารณสุขมีความคิดเห็นที่ตรงกันว่ากิจกรรมที่จัดจะต้องเป็นกิจกรรมส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนา และจะต้องเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความเข้าใจห่วงใยความรู้สึกของผู้อื่นการรับรู้ผู้สูงอายุต้องการการจัดกิจกรรมนันทนาการ เพราะมีเวลาว่างมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรินทร์ เสมามอญ (2556) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และจังหวัดอ่างทองที่พบว่า ความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดกิจกรรมนันทนาการมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด เนื่องจากการทำกิจกรรมนันทนาการจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทใหม่การปรับตัวในสังคม และการพัฒนากิจกรรมจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับความพึงพอใจในการช่วยเหลือตัวเองเป็นการใช้ศักยภาพในตัวเองทำให้ผู้สูงอายุยอมรับและพร้อมที่จะเผชิญกับความเปราะบางของชีวิตได้จึงเป็นการทำตามทฤษฎีการสูงอายุวิทยา ซึ่งเชื่อว่าการให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่อไปอย่างปกติ จะช่วยชะลอความเสื่อมทางด้านร่างกายจิตใจและสังคมลงได้การทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้พบเพื่อนวัยเดียวกันได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันมีความสุขได้แสดงออกลดความเหงาได้ผ่อนคลายความเครียดที่อัดแน่นทางจิตใจจะรู้สึกได้ว่าตัวเองมีประโยชน์ มีคุณค่าในตนเอง ตรงข้ามกับผู้สูงอายุที่ไม่มีกิจกรรมจะมีความรู้สึกเบื่อหน่ายหดหู่ จิตใจจะเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว

การนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำผลการวิเคราะห์ จากงานวิจัยซึ่งพบว่าระดับของการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง แต่ก็มีข้อคำถามที่มีค่าน้อย เช่น การได้รับคำชื่นชมจากคนอื่น จึงควรส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเอง ผ่านการสร้าง กิจกรรมที่ส่งเสริมการยอมรับผู้สูงอายุ ไปเป็นแนวทางเพื่อกำหนดนโยบาย และแผนปฏิบัติการ สำหรับสถาน บริการสาธารณสุขที่สำคัญ ได้แก่ สาธารณสุขจังหวัดยะลา สำนักการสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครยะลา ศูนย์อนามัยที่ 12 จังหวัดยะลา และหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองของ ผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการขยายผลการศึกษาไปยังผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ แบบเจาะจง เช่น กลุ่มผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำกว่าเกณฑ์ เช่น ผู้สูงอายุในศูนย์การจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มโรคเรื้อรัง กลุ่มเปราะบาง ในพื้นที่ที่แตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุในบริบทชุมชนเมือง ชนบท หรือภูมิภาคอื่น ๆ เพื่อพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองที่เหมาะสมตามบริบท
2. ควรนำข้อมูลที่ได้จากการการวิจัยไปศึกษา และพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองเป็นรูปแบบวิจัยกึ่งทดลอง หรือใช้กลุ่มเปรียบเทียบ การสร้างนวัตกรรม เพื่อใช้เป็นรูปแบบสำหรับผู้สูงอายุตามบริบทของพื้นที่
3. ควรศึกษารูปแบบความร่วมมือทั้งองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน กับเครือข่ายทางสังคมในพื้นที่ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการศึกษาการให้ความร่วมมือในการพัฒนาการเห็นคุณค่าในตนเองสำหรับผู้สูงอายุ

References

- กรมอนามัย. (2561). สร้างจิตใจที่แจ่มใสให้ผู้สูงอายุด้วยกิจกรรมทางสังคม. สืบค้น 2 ตุลาคม 2566 จาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/help-knowledgs/social-activities-for-elders>.
- กองยุทธศาสตร์ และงบประมาณเทศบาลนครยะลา. (2566). *ข้อมูลพื้นฐานเทศบาลนครยะลา ประจำปี 2566*. ยะลา: เทศบาลนครยะลา.
- ดวงพร ภาคทัญ. (2560). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเองกับระดับคุณค่าในตนเอง กับระดับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเขตรับผิดชอบศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง รพ. แพร์ (รองชื่อ). *วารสารโรงพยาบาลแพร์*, 25(2), 13 – 23.
- เทศบาลนครยะลา. (2565). *เล่าขาน นครยะลา*. ยะลา: บริษัท เอสพีเอ็น (2004) จำกัด.
- พิสิษฐ์ จารุศิริพจน์. (2562). *การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ สมาคมผู้สูงอายุเทศบาลเมืองนครปฐม* (วิทยานิพนธ์)มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์, นครปฐม.
- มาตุรี อุไรรัตน์ และมาลี สบายยิ่ง. (2560). การเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษามูลนิธิ สงเคราะห์คนชราอนาถาแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา. *RUSAMILAE JOURNAL*, 38(1), 29–44.
- วัชรินทร์ เสมามอย. (2556). การมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาและจังหวัดอ่างทอง. มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา. สืบค้น 1 พฤษภาคม 2564 จาก http://rdi.aru.ac.th/e_journal/pdf/158.pdf.

สำนักสาธารณสุข และสิ่งแวดล้อม เทศบาลนครยะลา. (2565). รายงานการคัดกรองผู้สูงอายุ เทศบาลนครยะลา. ยะลา : เทศบาลนครยะลา.

สมิทธิ์ เจือจินดา และวรรณภา โพธิ์ผล. (2562). การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการเห็นคุณค่าของ
ตนเองสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเขตธนบุรี. มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี : กรุงเทพมหานคร

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2562). การคาดประมาณประชากรของ
ประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการ
เศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุขคนไทย) พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ : สำนัก
สถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2565). *Research Brief การเข้าถึงระบบบริการทาง
สังคมของประชากรในครัวเรือนก่อนวัยสูงอายุและผู้สูงอายุที่มีรูปแบบการอยู่อาศัยต่างกันเพื่อ
นำไปสู่แนวทางการสนับสนุนการบริการที่เหมาะสม*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุรางค์ เชื้อวนิชชากร, พูนสุข ช่วยทอง และเปรมวดีคฤหเดช. (2561). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าใน
ตนเองของผู้สูงอายุในตำบลบางนางลี่ จังหวัดสมุทรสงคราม. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*. 62(1): 119 – 33.

ฤทัย พานิช และพรสวรรค์ มณีทอง. (2564). การเสริมสร้างสุนทรียภาพเพื่อสร้างคุณค่าในตนของผู้สูงอายุ.
มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ปริทัศน์, 9(3), 28 – 39.

อุบลทิพย์ ไชยแสง และนิวัติ ไชยแสง. (2566). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเห็นคุณค่าในตนเอง
แรงสนับสนุนทางสังคม กับสุขภาวะทางจิตของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดยะลา.
วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 9(1), 160 -169.

อุไรวรรณ อมรมิมิตร, ณัฐสินี แสนสุข และ ธนุศักดิ์ รังสีพรหม. (2565). การศึกษาความสุขในชีวิตของผู้สูงอายุ.
วารสารสังคมศาสตร์. 11(1), 116 -127.

Coopersmith, S. (1984). *SEI : Self-Esteem Inventories*. California : Consulting
Psychologist Press,Inc.

Crabtree, Benjamin F., & Miller, William L. (1992). *Doing qualitative research*. London,
UK: Sage.

Cronbach, L.J. (1990). *Essentials of psychological testing*. (5th ed.). New York: Harper &
Row.

Weiers, Ronald M. (2005). *Introduction to Business Statistics. International Student
Edition.Fifth Edition*.Pennsylvania, USA. Duxbury Press, Thomson –
Brooks/cole.

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งบทความ

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

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องจะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัยทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การสาธารณสุข การแพทย์ การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
3. ผลงานวิชาการและงานวิจัยจะได้รับการพิจารณากลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 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. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้

8.1 บทความวิจัย (ภาษาไทย)

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- วัตถุประสงค์วิจัย
- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย/การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- รายการอ้างอิง

8.2 บทความวิจัย (ภาษาอังกฤษ)

- Abstract (in Thai)
- Abstract
- Introduction
- Objectives
- Hypotheses (if available)
- Conceptual Framework
- Methods
- Population and Sample
- Research Instrument
- Validity and Reliability of the Research Instrument
- Data Collection
- Data Analysis
- Ethical Consideration/Informed Consent
- Results
- Discussion

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

9. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (Abstract)
- บทนำ (Introduction)
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ต้งการนำเสนอตามลำดับ
- 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 อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี 11000

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

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



สภาการสาธารณสุขชุมชน

อาคาร 5 ชั้น 5 ตึกสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

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



www.ccph.or.th



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



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



02-591-9186

