JOURNAL OF DISEASE PREVENTION AND CONTROL : DPC. 2 PHITSANULOK VOL.10 NO.3 SEPTEMBER - DECEMBER 2023

ISSN 2672-975X (ONLINE)

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก
กรมควบคุมโรค DDC

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก

ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม 2566

1.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์
สนธยา ไสยสาลีและคณะ

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ มนัญญา ธรรมพณิชย์และคณะ

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
ธนูย์สิญจน์ สุขเสริมและคณะ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
เอกสิทธิ์ โสดาดี และคณะ

5. ผลกระทบ และการปรับตัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (COVID-19)
ประจวบ แหลมหลักและคณะ

6.คุณภาพชีวิตการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลถลางจังหวัดภูเก็ต
สุธาทิพย์ เดชะโชติและคณะ

7. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก
ธรรมรัตน์ เพชรี

8.สถานการณ์และแนวทางการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชน จังหวัดอุตรดิตถ์
ศรัณยู เรือนจันทร์ และคณะ

ฉบับเต็ม
HTTPS://HE01.TCI-THAIJO.ORG/INDEX.PHP/DPCPHS

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 พิษณุโลก ที่อยู่ : 306 หมู่ 5 ถนนพิษณุโลก-วัดโบสถ์ ตำบลหัวรอ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก 65000 โทรศัพท์ 0-5521-4615-7

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่วิทยาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพและเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างผู้ที่สนใจหรือปฏิบัติงานควบคุมโรค
2. เพื่อเพิ่มช่องทางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสื่อกลางการจัดการความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งด้านสาธารณสุขทั่วไป
3. เพื่อเป็นเวทีในการนำเสนอผลงานวิชาการของบุคลากรสาธารณสุข

เจ้าของวารสาร

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลกThe Office of Disease Prevention and Control Region 2

ที่ปรึกษา

น.พ.ศรายุธ อุตตมางคพงศ์ ผู้อำนวยการฯ

ดร.นิรมล พิมน้ำเย็น รองผู้อำนวยการฯ

บรรณาธิการ

ดร.ไพรัตน์ อ้นอินทร์

กองบรรณาธิการ

น.พ.พีริยะ วตะกูลสิน นายแพทย์ชำนาญการ

นางสาวทิพย์สุดา กองเนียม

กำหนดออกเผยแพร่ ปี ละ **3 ฉบับ** (ส่งบทความล่วงหน้าก่อนตีพิมพ์ 3 เดือน)

ฉบับ ที่ 1 ม.ค.-เม.ย. กำหนดส่งบทความขอตีพิมพ์ภายใน **เดือน ธ.ค.**

ฉบับ ที่ 2 พ.ค.-ส.ค. กำหนดส่งบทความขอตีพิมพ์ภายใน **เดือน เม.ย**

ฉบับ ที่ 3 ก.ย.-ธ.ค. กำหนดส่งบทความขอตีพิมพ์ภายใน **เดือนส.ค.**

เผยแพร่ทางช่องทางอิเลคทรอนิกส์เท่านั้น

https://he01.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

ชื่อ	สถานที่ทำงาน
ดร.สุทิน อ้อนอุบล	มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี
ผศ.ดร.ไพฑูรย์ สอนทน	มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
รศ.ดร. มณฑา เก่งการพานิช	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.อนุกูล มะโนทน	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.สมคิด จูหว้า	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.สุทธิชัย ศิรินวล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ประจวบ แหลมหลัก	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ผศ.ดร.บุญเรือง คำศรี	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร. นงนุช โอบะ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.จักรพันธ์ เพชรภูมิ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.อภิชาติ วิทย์ตะ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ.ดร.สุทธิรัตน์ สิทธิศักดิ์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร. เสน่ห์ แสงเงิน	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.จิรโรจน์ ตอสะสุกุล	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร. ภัทรพล มากมี	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.รุ่ง วงศ์วัฒน์	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ดร.เริงวิทย์ บุญโยม	มหาวิทยาลัยนเรศวร
รศ. ดร.พัชรินทร์ สิรสุนทร	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.กวินธร เสถียร	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.ธนัช กนกเทศ	มหาวิทยาลัยนเรศวร
ผศ.ดร.สมตระกูล ราศิริ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร
ดร.พนารัตน์ เจนจบ	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
ดร.อัศนี วันชัย	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราช
นพ.วิทยา สวัสดิวุฒิพงศ์	นักวิชาการอิสระ
ดร.พงศ์พิษณุ บุญดา	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดพิษณุโลก
ผศ.ดร.ศิรินภา อายุยืน	มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
ดร.กุลรัตน์ บริรักษ์วาณิชย์	โรงพยาบาลเพชรบูรณ์
ทพญ.ดร.สุภาพร แสงอ่วม	มหาวิทยาลัยนเรศวร

ชื่อ	สถานที่ทำงาน
ดร.สุทิน อ้อนอุบล	มหาวิทยาลัยราชภัฏกาญจนบุรี
ผศ.ดร. ไพฑูรย์ สอนทน	มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์
รศ.ดร. มณฑา เก่งการพานิช	มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.อนุกูล มะโนทน	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.สมคิด จูหว้า	มหาวิทยาลัยพะเยา
ดร.สุทธิชัย ศิรินวล	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ประจวบ แหลมหลัก	มหาวิทยาลัยพะเยา
ผศ.ดร.ศักดิ์ชาย เพ็ชรตรา	มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ
ผศ.ดร.พิสิษฐ์ พูลประเสริฐ	มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
ดร.สุทรรศน์ สิทธิศักดิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก
ผศ.ดร.ศรัณยู เรือนจันทร์	มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

บทความหรือข้อคิดเห็นใดๆ ที่ปรากฏในวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร. 2 พิษณุโลก เป็นวรรณกรรมของผู้เขียน กองบรรณาธิการวิชาการ และ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลกไม่จำเป็นต้องเห็นพ้องด้วยทั้งหมด

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 3 ของปีที่ 10 กันยายน – ธันวาคม 2566 บทความทางวิชาการต่าง ๆ ที่มีคุณค่าของหลายๆท่านที่ได้รับการทบทวน ตีพิมพ์และเผยแพร่ ถือเป็นส่วนสำคัญของวารสาร กองบรรณาธิการยินดีรับผลงานวิชาการของทุกท่านเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่

โดยบทความที่ได้รับการเผยแพร่ผ่านการตรวจทานและแก้ไขต้นฉบับโดยมีผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาอ่านให้มีคุณภาพและมีความเหมาะสม ก่อนลงตีพิมพ์ ซึ่งข้อความต่างๆ ที่ผู้เขียนบทความนำเสนอ ถือเป็นความเห็นส่วนตัว โดยกองบรรณาธิการไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป

กองบรรณาธิการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิจัยที่ปรากฏในวารสารฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อท่านผู้อ่าน ในการเสริมสร้างความรู้ และ ความเข้าใจ ตลอดจนได้ข้อค้นพบทางวิชาการใหม่ ๆ อำนวยประโยชน์ต่อท่านในการต่อยอดองค์ความรู้โดยการดำเนินงานวิจัยสืบเนื่องของท่าน ต่อไป

กองบรรณาธิการ

สารบัญ

ชื่อบทความ	ชื่อผู้แต่ง	หน้า
คำแนะนำสำหรับผู้เขียน		ข
1.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ = Factors related to Health Literacy for Coronavirus Disease 2019 prevention among the population in Song Plueai Sub-District, Na Mon District, Kalasin Province.	สนธยา ไสยสาลี ธนูย์สิญจน์ สุขเสริม บุษกร สุวรรณรงค์ สุรศักดิ์ ธรรมรักษ์เจริญ ดำรงค์ ก่องดวง	1
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์= Factors Associated with The Risk factors of Type 2 Diabetes among of Rubber Farmers in Namnao District Phetchabun Province.	มนัญญา ธรรมพณิชย์ ศรีบุษย์ ศรีไชยจรูญพง สุพัฒน์ อาสนะ	19
3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ = The relationship between Health literacy and Behaviors to Prevent Coronavirus 2019 of Public Health Department Students Kalasin University.	ธนูย์สิญจน์ สุขเสริม บุษกร สุวรรณรงค์ สนธยา ไสยสาลี สุรศักดิ์ ธรรมรักษ์เจริญ ดำรงค์ ก่องดวง	41
4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี = Factors associated with preparedness before entering the old age of government officials in the Ministry of Public Health, Udon Thani province.	เอกสิทธิ์ โสดาดี สุพัฒน์ อาสนะ	56

สารบัญ

ชื่อบทความ	ชื่อผู้แต่ง	หน้า
5. ผลกระทบ และการปรับตัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (COVID-19) = Impact and Adaptation of Subdistrict Health Promoting Hospital in the COVID-19 Outbreak Situation	ประจวบ แหลมหลัก สมคิด จูหว้า เทียนทอง ต๊ะแก้ว ทวีวรรณ ศรีสุขคำ	75
6.คุณภาพชีวิตการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลถลางจังหวัดภูเก็ต= Quality of Work Life Associated with Organization Commitment Among Health Personnel Practicing in Thalang Hospital, Phuket Province.	สุธาทิพย์ เดชะโชติ อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ (ผู้วิจัยร่วม)	90
7. ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก = Effects of Empowerment Programs to Health Behaviors, Sodium Chloride Level and blood Pressure levels among Uncontrolled Blood Pressure of Hypertension Patients Muang Phitsanulok District, Phitsanulok Province	ธรรมรัตน์ เพชรี	101
8.สถานการณ์และแนวทางการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชน จังหวัดอุตรดิตถ์ = Situation and Management Approach of Occupational Health and Safety among the Self-Employed Elderly Workers in the Community, Uttaradit Province	ศรัณยู เรือนจันทร์ กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์ ธนากร ธนวัฒน์	116

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 ยินดีรับบทความวิจัย / สอบสวนโรค ที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค โรคติดต่อ โรคติดเชื้อและโรคไม่ติดต่อ โรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อลงตีพิมพ์ในวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 จะต้องไม่เคยลงตีพิมพ์หรือกำลังรอพิมพ์ในวารสารอื่น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการรับพิจารณาเรื่องต้นฉบับตามลำดับก่อนหลังในระบบ ThaiJo

ไม่มีการเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ใดๆ ในทุกขั้นตอน

ขั้นตอนการดำเนินงานจัดทำวารสาร

1. เจ้าของบทความ ต้องศึกษาหลักเกณฑ์คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องตีพิมพ์ และต้องส่งเอกสารมายังกองบรรณาธิการ 1 ฉบับ ทางระบบ ThaiJo (https://www.tci-thaijo.org/index.php/dpcphs) กองบรรณาธิการจะไม่รับพิมพ์ต้นฉบับที่ไม่ถูกแบบฟอร์มและไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง

2. กองบรรณาธิการพิจารณาเบื้องต้นว่าบทความอยู่ในขอบเขตของวารสารหรือไม่

3. กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้องของบทความและตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรมด้วยโปรแกรมอักขราวิสุทธิ์ แล้วจึงจัดส่งยังผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ (Peer Review) ในสาขาที่เกี่ยวข้อง อย่างน้อย 2 ท่าน พิจารณาให้ความเห็นว่าควรรับลงตีพิมพ์หรือไม่ รวมทั้งอาจให้คำแนะนำเพื่อการปรับปรุงแก้ไข และจัดส่งผลการประเมินยังผู้เขียนบทความ โดยทั้งนี้ ผู้ทรงคุณวุฒิ เจ้าของผลงานจะไม่ทราบชื่อซึ่งกันและกัน (Double-blind peer review)

4. หลังจากที่เจ้าของบทความได้ปรับปรุงแก้ไข ส่งกลับมายังกองบรรณาธิการพร้อมคำชี้แจงการปรับปรุงแก้ไขแล้ว กองบรรณาธิการจะพิจารณาในขั้นสุดท้าย ว่ามีการปรับปรุงแก้ไขครบถ้วนตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิหรือไม่ กรณีไม่ครบถ้วนจะมีการแจ้งกลับยังผู้เขียนเพื่อปรับปรุงเพิ่มเติมอีกครั้งหรืออาจปฏิเสธการตีพิมพ์

5. กองบรรณาธิการตรวจสอบความถูกต้อง และพิสูจน์อักษร ก่อนจัดพิมพ์ต้นฉบับวารสาร

6. กองบรรณาธิการจัดส่งวารสาร ดำเนินการเผยแพร่

7. การขอใบรับรองการตีพิมพ์จะต้อง ผ่านขั้นตอนครบถ้วนของการตีพิมพ์ ในขั้นตอนที่ 1-4 จึงจะสามารถออกใบรับรองการตีพิมพ์ได้ (ระยะเวลาดำเนินการขั้นต่ำ 1 เดือน)

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

1. จัดพิมพ์ออกเผย แพร่ ปี ละ 3 ฉบับ ฉบับ ที่ 1 ประจำเดือน ม.ค.-เม.ย. ตีพิมพ์ สมบูรณ์ เดือน พ.ค., ฉบับ ที่ 2 ประจำเดือน พ.ค.-ส.ค. ตีพิมพ์ สมบูรณ์ เดือน ก.ย. ,ฉบับ ที่ 3 ประจำเดือน ก.ย.-ธ.ค. ตี พิมพ์ สมบูรณ์ เดือน ม.ค. ***โดยผู้ที่ได้รับตีพิมพ์คือผู้ที่แก้ไขบทความเสร็จสิ้นตามเวลาที่กำหนด

การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ เอกสารดังQR code แนบ shorturl.asia/ObXKD	
คลิปสอนการส่งบทความ https://youtu.be/q5JCLrfuelY	

2.บทความที่รับตีพิมพ์ แบ่งเป็น 2 ประเภท

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) เป็นบทความรายงานผลการวิจัย ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้นิพนธ์ สถานที่ทำงาน บทคัดย่อภาษาไทย และอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปผลและวิจารณ์ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวไม่เกิน 14 หน้าพิมพ์ผลการตรวจสอบ plagiarism คัดลอกไม่เกิน 24 เปอร์เซ็น **มีวัตถุประสงค์ในการป้องกันควบคุมโรค และอ้างอิงเนื้อหาในวารสาร สคร.2 อย่างน้อย 1 เรื่อง**

การสอบสวนโรค (Outbreak investigation) เป็นรายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา บทคัดย่อภาษาไทย นำเสนอข้อคิดเห็นแก่ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นองค์ความรู้และแนวทางในการสอบสวนโรค ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ชื่อผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค สถานที่ทำงาน บทคัดย่อภาษาไทยและอังกฤษ คำสำคัญ บทนำ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการสอบสวนโรค กิจกรรมการควบคุมป้องกันโรค ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวนโรค วิจารณ์ สรุปเอกสารอ้างอิง **อ้างอิงเนื้อหาในวารสาร สคร.2 อย่างน้อย 1 เรื่อง**

3. การเตรียมนิพนธ์ต้นฉบับ เอกสารดังQR code แนบ shorturl.asia/ObXKD

การเตรียมบทความ ให้เจ้าของผลงานพิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 16 ใน Microsoft Word 97-2003 ขึ้นไป ใส่กระดาษหน้าเดียวลงบนกระดาษขนาด A4 ตั้งขอบกระดาษทุกด้าน 2.54 เซนติเมตร จำนวนหน้าโดยรวมทั้งหมด ไม่เกิน 14 หน้าตามคำแนะนำเพิ่มเติมดังนี้

ชื่อเรื่อง อ่านเข้าใจง่าย มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 18

ชื่อผู้นิพนธ์และที่อยู่ผู้นิพนธ์ ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เขียนชื่อ นามสกุล ตัวย่อวุฒิการศึกษาสูงสุด พิมพ์ด้วยอักษร Angsana New ขนาดอักษร 16

บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ การย่อเนื้อหาสำคัญ เฉพาะที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้ว ให้พิมพ์ใน 1 ย่อหน้า ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัดหรือไม่เกิน 250 คำประกอบด้วย บทนำ (ความสำคัญและความเป็นมา) วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา วิจารณ์หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ บทคัดย่อต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ คำสำคัญ หรือคำหลัก (Keywords) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อสำหรับทำดัชนีเรื่อง (Subject index) Abstract **วิธีการเขียนไวยากรณ์**

https://bit.ly/2lT7Hx1

บทความนี้ใช้ภาษาอังกฤษ ถูกต้องตามไวยากรณ์ ผู้ส่งบทความสามารถเริ่มต้นการเขียนบทความโดยให้พิมพ์ใน 1 ย่อหน้า ไม่แบ่งเป็นข้อๆ ความยาวไม่เกิน 15 บรรทัดหรือไม่เกิน 250 คำประกอบด้วย บทนำ/ความสำคัญและความเป็นมา Background information ใช้ present simple tense/present perfect tense) วัตถุประสงค์ วัสดุ กลุ่มตัวอย่าง Objectives ใช้ present simple tense/past simple tense วิธีการศึกษา Methodology ใช้ past simple tense ผลการศึกษา Results past simple tense/present simple tense และบทสรุปหรือข้อเสนอแนะ Conclusions (อย่างย่อ) present simple tense/tentative verbs/modal ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงถึงเอกสารอยู่ในบทความ ห้ามใส่รูปหรือตารางในส่วนของบทคัดย่อนี้บทความนี้

คำสำคัญ ควรเป็นคำที่สื่อถึงงานวิจัย เพื่อให้ผู้ที่สนใจในบทความสามารถสืบค้น ผลงานวิจัย 3-5 คำ คั่นด้วยจุลภาค (,) เช่น รูปแบบบทความ, ขนาดตัวอักษร, รูปแบบตัวอักษร

3. การเตรียมบทความเพื่อตีพิมพ์

1.บทนำ การย่อหน้าข้อความทั่วไป เว้นจากเส้นขอบหน้า 1.50 เซนติเมตร อธิบายความสำคัญของปัญหา ผลการวิจัยจากแหล่งอื่นที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้ข้อสรุปมาบ้างแล้ว วัตถุประสงค์ สมมติฐาน(ถ้ามี) และขอบเขตการวิจัย จำนวนไม่เกิน 14 หน้าต้องมีการอ้างอิงบทความในวารสาร สคร.2อย่างน้อย 1 เรื่อง

2.วิธีการ ระบุรูปแบบการวิจัย ประชากร กลุ่มตัวอย่าง วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ วิธีเก็บข้อมูล วิธีวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ มีวัตถุประสงค์ในการป้องกันควบคุมโรค

3. ผลการศึกษาและการวิเคราะห์ผล อธิบายข้อค้นพบ แปลผลจากการวิเคราะห์ มุ่งเน้นตามวัตถุประสงค์ อาจมีตาราง ภาพประกอบตามความจำเป็น ไม่เกิน 4-6 ตารางหรือภาพ รูปภาพทั้งหมดควรมองเห็นชัดเจนเมื่อบทความถูกพิมพ์ด้วยเครื่องพิมพ์ขาวดำ

1.1 ภาษาให้ใช้ภาษาไทย อนุโลมให้ใช้ภาษาอังกฤษได้เฉพาะที่ไม่มีคำแปลในพจนานุกรม ฯ โดยใช้ตัวพิมพ์เล็กทั้งหมด ยกเว้นเป็นชื่อเฉพาะที่ขึ้นต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่

1.2 ตัวเลข กรณีการเขียนค่าสถิติร้อยละ ให้ใช้ทศนิยม 1-2 ตำแหน่ง

1.3 การพิมพ์หัวข้อ

พิมพ์หัวข้อใหญ่ที่นี่

พิมพ์หัวข้อรองที่นี่ โดยมีเลขกำกับหัวข้อหรือไม่ก็ได้

หัวข้อย่อย ในกรณีที่หัวข้อรองมีเลขกำกับหัวข้อ หัวข้อย่อยให้เริ่มหัวข้อหรือเลขกำกับหัวข้อที่อักษรตัวแรกของหัวข้อรอง ดังนี้ (เครื่องหมาย ✓ แทนการเว้น 1 ช่วงตัวอักษร)

1.✓✓.....

1.1✓✓.....

1.1.1✓✓.....

1.4 ตารางและรูปภาพ ให้พิมพ์รวมในเนื้อหาบทความ และให้มีความสมบูรณ์ในตัว อ่านเข้าใจง่าย ไม่ซ้ำซ้อนหรือมากเกินความจำเป็น ระบุหมายเลขกำกับ มีชื่อตารางและชื่อรูปภาพ โดยสามารถเชื่อมโยงกับเนื้อหาให้ตรวจสอบได้สะดวก

1.4.1 รูปภาพ

จะต้องวางไว้ตำแหน่งกลางคอลัมน์ หรือในกรณีจำเป็นจริงๆเพื่อรักษารายละเอียดในภาพอาจยอมให้มีความกว้างได้เต็มหน้ากระดาษ ตัวอักษรทั้งหมดในรูปภาพ จะต้องมีขนาด 16 จุด เพื่อให้ผู้อ่านสามารถอ่านได้สะดวก โดยรูปภาพทุกรูปจะต้องมีหมายเลขแสดงลำดับและคำบรรยายได้ภาพ หมายเลขและคำบรรยายรวมกันแล้วควรจะมีความยาวไม่เกิน 2 บรรทัด ควรจะเว้นบรรทัด 1 บรรทัด เหนือขอบของรูปภาพและใต้คำอธิบายภาพ ตัวอย่างการจัดวางรูปดังแสดงในรูปที่ 1

ภาพที่ 1 นักศึกษามหาวิทยาลัยขอนแก่นเข้าร่วมการ

ประชุมวิชาการ

หมายเหตุ: ใส่หมายเหตุ (ถ้ามี)

ที่มา: ใส่ที่มา (ถ้ามี)

กรณีชื่อภาพมีความยาวมากกว่า 1 บรรทัด อักษรตัวแรกในบรรทัดต่อๆ ไปให้วางตรงกับอักษรตัวแรกของชื่อภาพส่วนของการแสดงภาพให้เว้นบรรทัด 1.5 จากข้อความส่วนบนและส่วนล่าง

1.4.2 การเขียนสมการ

สมการทุกสมการต้องมีหมายเลขกำกับอยู่ภายในวงเล็บ และเรียงลำดับที่ถูกต้อง ตำแหน่งของหมายเลขสมการต้องอยู่ชิดขอบด้านขวาของคอลัมน์ ดังตัวอย่างนี้

$$a+b=c \qquad (1)$$

MERGEFORMAT เริ่มเขียนคำอธิบายตั้งแต่บรรทัดนี้

3.3 การจัดทำตาราง

ตารางควรมีจำนวนไม่เกิน4-5ตาราง ทุกตารางจะต้องมีหมายเลข และคำบรรยายกำกับเหนือตาราง และคำอธิบายเพิ่มเติมให้เขียนเป็น footnote ใต้ตาราง เช่น

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่าง

* มีนัยความสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

หมายเหตุ: ใส่หมายหตุ (ถ้ามี)

ที่มา: ใส่ที่มา (ถ้ามี)

โดยปกติให้ใช้ตัวอักษร Angsana New ขนาด 16 pt โดยพิมพ์ตัวหนาสำหรับหัวเรื่องและหมายเลขของตาราง และตัวพิมพ์ธรรมดาสำหรับคำอธิบายตาราง ถ้ามีข้อมูลฟุตโน้ตด้านล่างของตารางให้ใช้ตัวหนังสือเป็นแบบเดียวกันหากแต่ขนาดตัวอักษรเป็น 16 pt

ในกรณีที่จำนวนข้อมูลในตารางมีปริมาณน้อย ตารางควรมีขนาดความกว้างไม่เกิน 7 ซม. ตารางขนาดใหญ่อาจยอมให้มีความกว้างได้ไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ

หากเกิน1หน้ากระดาษ ให้ พิมพ์ตารางที่ 1(ต่อ)

ตารางที่ 1 (ต่อ)

หมายเหตุ: ใส่หมายหตุ (ถ้ามี)

ที่มา: ใส่ที่มา (ถ้ามี)

ใส่ตารางทั้งหมดไว้หลังหัวข้อรูปภาพ โดยทุกตารางที่ใส่ไว้ท้ายบทความจะต้องมีการกล่าวอ้างในเนื้อหาบทความทุกตาราง

4.วิจารณ์

เขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานหรือไม่ สอดคล้องกับทฤษฎี หรืองานวิจัยที่ผ่านมาอย่างไร ผสมผสานกับข้อเสนอแนะทางวิชาการ

5.**สรุป**

เขียนสรุปเกี่ยวกับความสำคัญของปัญหาการวิจัย สรุปผลให้ตรงประเด็นตามคำถามวิจัยและวัตถุประสงค์การวิจัย

6.**กิตติกรรมประกาศ**

เขียนขอบคุณบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือเป็นกรณีพิเศษ หน่วยงานที่สนับสนุนทุนวิจัย ด้วยเนื้อหาที่กระชับ ชัดเจน

7.บทสรุป

ผู้เขียนบทความกรุณาตรวจบทความอย่างรอบคอบ ก่อนส่งให้กรรมการพิจารณา จะทำให้บทความของท่านมีคุณภาพสูงและผ่านการพิจารณาได้ง่ายขึ้น

8.กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เขียนบทความทุกท่านที่ให้ความร่วมมือรักษาระเบียบการเขียนบทความอย่างเคร่งครัด

*** **การพิสูจน์อักษร** เจ้าของผลงานต้องเป็นผู้รับผิดชอบในการตรวจสอบความถูกต้อง

9. รูปแบบการเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

9.1 การอ้างอิงในเนื้อหา

เอกสารอ้างอิงต้องมีภาษาอังกฤษ(reference)ประกอบ ใช้ระบบThe Vancouver style 2008 ขึ้นไป โปรดอ้างอิงวารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลกฉบับก่อนๆในเนื้อหาที่ท่านทำวิจัยอยู่ จักขอบคุณยิ่งเพราะช่วยให้วารสารเป็นที่รู้จักเป็นประโยชน์ต่อวงการสาธารณสุขไทย และผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง โดยใส่**ตัวเลขในวงเล็บเป็นตัวยก**[(1)] หลังข้อความหรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของบทความที่อ้างถึง โดยใช้เลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ สอดคล้องกับลำดับการอ้างอิงท้ายบทความและควรเป็นรายการที่มีการอ้างอิงไว้ในเนื้อหาเท่านั้น

9.2 เอกสารอ้างอิง/บรรณานุกรม (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษให้เรียงตามลำดับโดยเริ่มจาก นามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย, หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วยคำว่า“et al.” (เครื่องหมาย ✓ แทนการเว้น 1 ช่วงตัวอักษร)

<u>1.การอ้างอิงจากวารสาร</u>

หมายเลข.✓ชื่อผู้แต่ง (Author).✓ ชื่อบทความ (Title of the article).✓ชื่อวารสาร (Title of the Journal)ปีพิมพ์ (Year);✓เล่มที่ของวารสาร (Volume):✓หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

1.1 บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.วิทยา สวัสดิภูมิพงษ์. การสำรวจความครอบคลุมและการใช้บริการตรวจหามะเร็งปากมดลูกสตรีอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ปี 2540. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2541; 7: 20-26.

2.Fisschl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, Children household contacts of adult with AIDS, JAMA 1987; 257: 640-644

1.2 บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)ให้ใส่ชื่อหน่วยงาน/สถาบันนั้นๆ ในส่วนที่เป็นชื่อผู้เขียน เช่น

1. World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002; 26:541-5.
2. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัย และ แนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพ ทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 2538; 24: 190-204.

1.3บทความที่ผู้แต่งมีทั้งเป็นบุคคลและเป็นหน่วยงาน

ให้ใส่ชื่อผู้แต่งและหน่วยงานตามที่ปรากฏในเอกสารที่นำมาอ้างอิง เช่น

4. Savva GM, Wharton SB, Ince PG, Forster G, Matthews FE, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Age, neuropathology, and dementia. N Engl J Med2009; 360: 2302-9.

2. การอ้างอิงเอกสารที่เป็นหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

2.1 **การอ้างอิงหนังสือทั้งเล่ม**

หมายเลข.✓ชื่อผู้แต่ง (Author).✓ชื่อหนังสือ (Title of the book).✓ ครั้งที่พิมพ์ (Edition).✓ เมืองที่พิมพ์ (Place of Publication): ✓สำนักพิมพ์ (Publisher);✓ปี (Year).

2.1.1 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

1. รังสรรค์ ปัญญาธัญญะ. โรคติดเชื้อของระบบ ประสาทกลางในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2536.

2.1.2 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบรรณาธิการหรือผู้รวบรวม (Editor/Compiler)

2.Norman IJ, Redfern SJ, editors. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

2.1.3 หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

3. Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute; 1992.

2.2 บทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

หมายเลข.✓ชื่อผู้นิพนธ์.✓ชื่อเรื่องใน.✓ใน:✓ชื่อบรรณาธิการ,✓ บรรณาธิการ.✓ชื่อหนังสือ.✓ครั้งที่พิมพ์.✓ เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์;✓ ปีที่พิมพ์.✓หน้า (หน้าแรก-หน้าสุดท้าย).

1. เกรียงศักดิ์ จีระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตู้จินดา, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์; 2550. หน้า 424-7.

2. Phillpps SJ. Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology- logy, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. pp. 465-78.

3. รายงานการประชุม/สัมมนา

หมายเลข.✓ชื่อบรรณาธิการ,✓ บรรณาธิการ.✓ชื่อเรื่อง.✓ชื่อการประชุม;✓ วัน เดือน ปีประชุม;✓สถานที่จัดประชุม.✓เมืองที่พิมพ์:✓ สำนักพิมพ์;✓ปีที่พิมพ์.

1. อนุพันธ์ สุกชุติกุล, งามจิตต์ จันทรสาธิต, บรรณาธิการ. นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ.. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ครั้งที่ 2 เรื่อง ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน; 6-8 พฤษภาคม 2551; ณ โรงแรมโบ๊เบ๊ทาวเวอร์. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์; 2551.

2. Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International congress of EMG and clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3.1 บทความในการประชุมสัมมนา (Conference paper)

หมายเลข.✓ชื่อผู้รายงาน.✓ ชื่อบทความ.✓ ใน: ชื่อบรรณาธิการ,✓ บรรณาธิการ.✓ ชื่อการประชุม;ครั้งที่ประชุม.✓วันเดือนปี หรือปีเดือนวัน พร้อมรายละเอียดอื่นๆ (ถ้ามี); สถานที่ประชุม:✓ผู้รับผิดชอบในการพิมพ์; ปีที่พิมพ์.✓หน้า.

1. พิทักษ์ พุทธวรชัย, กิตติ บุญเลิศนิรันดร์, ทนงศักดิ์ มณีวรรณ, พองาม เดชคำรณ, นภา ขันสุภา.การใช้เอทธีฟอน กระตุ้นการสุกของพริก. ใน: เอกสารการประชุมสัมมนาทางวิชาการ สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล ครั้งที่ 15 สถาบันวิจัยและพัฒนา สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยและพัฒนา สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล; 2541. หน้า 142-9.

2. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for enetic Programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors.Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. Pp.182-91.

4. รายงานการวิจัย พิมพ์โดยผู้ให้ทุน

หมายเลข.✓ชื่อผู้นิพนธ์.✓ชื่อเรื่อง.✓เมืองที่พิมพ์: ✓หน่วยงานที่พิมพ์/แหล่งทุน;✓ปีที่พิมพ์.✓เลขที่รายงาน.

1. ศุภชัย คุณารัตนพฤกษ์, ศุภสิทธิ์ พรรณนารุโณทัยการพัฒนากลไกการจ่ายเงินที่มีประสิทธิภาพ ในระบบสาธารณสุขด้วยกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม. กรุงเทพมหานคร: กองโรงพยาบาลภูมิภาค/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขไทย/องค์การ อนามัยโลก; 2540.
2. Smith P, Golladay K. Payment for durable medical equipment billed during skilled nursing facility stays. Final report. Dallas (TX): Dept. of Health and Human Services (US). Office of Evaluation and Inspections; 1994. Report No. : HHSIGOEI69200860.

5.วิทยานิพนธ์

หมายเลข.✓ชื่อผู้นิพนธ์.✓ชื่อเรื่อง (ประเภทปริญญา).✓ภาควิชา คณะ.✓เมือง: มหาวิทยาลัย;✓ปีที่ได้ปริญญา.

1. ชยมัย ชาลี. ต้นทุนในการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลรัฐบาล: ศึกษาเฉพาะกรณีตัวอย่าง 4 โรงพยาบาลในเขตกรุงเทพมหานคร (วิทยานิพนธ์ปริญญาเศรษฐศาสตร์มหาบัณฑิต).
ภาควิชาเศรษฐศาสตร์. บัณฑิตวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2530.
2. Kaplan SJ. Post-hospital hone health care:
the elderly’s access and utilization (dissertation). St. Louis (MO): Washing- ton Univ.; 1995.

6. สิ่งพิมพ์อื่นๆ

6.1 บทความในหนังสือพิมพ์

หมายเลข.✓ชื่อผู้เขียน.✓ชื่อเรื่อง.✓ชื่อหนังสือพิมพ์ วัน เดือนปีที่พิมพ์;✓ส่วนที่ :✓ เลขหน้า (เลขคอลัมน์).

1. เพลิงมรกต. หมอ. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ วันที่ ๓๐ สิงหาคม 2539; 23. (คอลัมน์ 5).
2. Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 adminissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect.A:3 (col.5).

6.2 กฎหมาย

1. พระราชบัญญัติเครื่องสำอาง 2532. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 37 พ.ศ. 2532, ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 106, ตอนที่ 129. (ลงวันที่ 15 สิงหาคม 2532).
2. Preventive Health Amendments of 1993. Pub L No. 103-188, 107 Stat. 2226. (Dec 14, 1993).

6.3 พจนานุกรม

1. พจนานุกรมราชบัณฑิตสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์ ; 2538. หน้า 555.
2. Stedman's medical dictionary. 26th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995. Apraxia; p. 199-20.

7. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ Web based / online Databases

หมายเลข.✓ชื่อผู้แต่ง (Author).✓ชื่อบทความ (Title of the article) ✓ [ประเภทของสื่อ].✓ปี พิมพ์✓ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]. ✓เข้าถึงได้จาก/ Available from: http://…….

1.Fanti S, Farsad M, Mansi L. Atlas of PET/CT: a quick guide to image interpretation [Internet]. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2009 [cited 2011 Jun 15]. Available from: http://www.amazon.com/Atlas-PETCT-Quick Interpretation/dp/3540777717 #reader_3540777717

2.จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายการอ้างอิงใน เอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [เข้าถึงเมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก:http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wp-content/uploads/2010/ 06/reference08.pdf

7.1. กรณีที่ไม่ปรากฏชื่อผู้นิพนธ์ให้เริ่มต้นจากอ้างอิง

1. National Organization for Rore Disease [online]. 1999 Aug 16 [cited 1999 Aug 21]; Available from: URL: http://rarediseases.org/

7.2 บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

หมายเลข.✓ชื่อผู้แต่ง (Author).✓ชื่อบทความ (Title of the article).✓ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ✓ [ประเภทของสื่อ].✓ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่];✓ปีที่: เลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.✓เข้าถึงได้จาก/ Available from: http://…….

1. Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010[cited 2011 Jun 15]; 363:1687-9. Available from: http://www.nejm.org/doi/pdf/ 10.1056/NEJMp1010466
2. วันดี สันติวุฒิเมธี. การแพทย์พาณิชย์ อาชญากรที่มองไม่เห็น. สารคดี [อินเทอร์เน็ต]. 2553 [เข้าถึงเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2556]; 188-9 เข้าถึงได้จาก: http://www.sarakadee.com/ feature/ 2000/10/doctor.htm

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์

สนธยา ไสยสาลี, วท.ม. ธนูย์สิญจน์ สุขเสริม, ปร.ด.
บุษกร สุวรรณรงค์, วท.ม. สุรศักดิ์ ธรรมรักษ์เจริญ, วศ.ม.
ดำรงค์ ก่องดวง, วท.ด.
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
วันที่รับบทความ (Received), 29 พฤษภาคม 2566 วันแก้ไขบทความ (Revised), 7 กรกฎาคม 2566
วันตอบรับบทความ (Accepted). 10 กรกฎาคม 2566

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กับประชาชน จำนวน 410 ราย ในเดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2566 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 46.34 และอยู่ในระดับดี ร้อยละ 26.34 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ อายุ ($r = -0.120$, $p < 0.05$), อาชีพ ($p-< 0.001$), ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร ($p < 0.001$), ความรู้ ($r = 0.890$, $p < 0.001$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r = 0.649$, $p < 0.001$) ผลการวิจัยนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน เพื่อให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสมในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ไวรัสโคโรนา 2019, แรงสนับสนุนทางสังคม

Factors related to Health Literacy for Coronavirus Disease 2019 prevention among the population in Song Plueai Sub-District, Na Mon District, Kalasin Province

Sonthaya Saiyasalee, M.Sc. Thanoosin Sukserm, Ph.D.
Bussakorn Suwannarong, M.Sc. Surasak Thammarakcharoen, M. Eng.
Damrong Kongduang, D.Sc.
Faculty of Science and Health Technology, Kalasin University.

ABSTRACT

The study of factors related to Health Literacy for Coronavirus Disease 2019 prevention among the population in Song Plueai Sub-District, Na Mon District, Kalasin Province was cross-sectional descriptive research. The objectives were to study health literacy and factors related to health literacy among people in preventing coronavirus disease 2019. Approximately 410 respondents, were collected data through an interview from March to April 2023. Descriptive statistics were applied to analyze the data, including frequency distribution, percentages, mean and standard deviations. Chi-Square and Pearson's correlation coefficient statistics were used for testing the hypothesis. The results revealed that 46.34% of people had an excellent level and 26.34% had a good level of health literacy in preventing coronavirus disease 2019. Five factors were significantly related to health literacy in preventing Coronavirus disease 2019 including age ($r = -0.120$, $p < 0.05$), occupation ($p < 0.001$), channels for receiving information ($p < 0.001$), knowledge ($r = 0.890$, $p < 0.001$) and social support ($r = 0.649$, $p < 0.001$). The associated organization should use this information to design activities to promote individual health literacy in the community to develop appropriate Coronavirus disease 2019 prevention behaviors.

Keywords: Health literacy, Coronavirus disease 2019, Social support

1. **บทนำ**

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 เป็นโรคติดเชื้อทางเดินหายใจที่เกิดจากไวรัสโคโรนา ซึ่งมีชื่อทางการว่า SARS CoV-2 การระบาดของโรคเริ่มต้นตั้งแต่ปลายเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ที่เมืองอู่ฮั่น (Wuhan) มณฑลหูเป่ย์ (Hubei) ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ซึ่งเป็นเมืองใหญ่มีผู้คนหนาแน่นจึงเกิดการระบาดใหญ่ได้รวดเร็ว ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก เมื่อวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ออกแถลงการณ์ระบุว่าไวรัสโคโรนา 2019 ได้เข้าสู่ภาวะแพร่ระบาดไปทั่วโลกแล้ว (Pandemic) มีอัตราป่วยและเสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากสถิติล่าสุดเมื่อวันที่ 30 เมษายน 2565 มียอดผู้ติดเชื้อโควิด 19 สะสมทั่วโลก จำนวน 512,894,215 คน และมียอดผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน 6,259,229 ราย[(1)]

สำหรับประเทศไทยพบผู้ป่วยยืนยันรายแรก เมื่อวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 เป็นคนจีนที่รับเชื้อจากประเทศจีน จากนั้นพบมีการระบาดอย่างรวดเร็วในแบบกลุ่มก้อนหรือคลัสเตอร์ ข้อมูลจากศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 หรือ ศบค. รายงานสถานการณ์โควิด-19 เมื่อวันที่ 30 เมษายน 2565 ประเทศไทยมียอดผู้ป่วยโควิด-19 สะสม จำนวน 4,250,949 ราย และมียอดผู้เสียชีวิตสะสมทั่วประเทศ จำนวน 28,526 คน[(1)] สำหรับสถิติการตรวจพบผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2565 ถึงวันที่ 26 เมษายน 2565 มีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 19,753 ราย ผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน 117 ราย ในพื้นที่อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ยอดผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 567 ราย และผู้เสียชีวิตสะสม จำนวน 3 ราย[(2)] สาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนไทยมีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มาจากพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง การไม่ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุขแนะนำ (มาตรการ DMHT)

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขได้ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพจากที่องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามไว้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) คือ “ ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้ทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ” Nut beam[(3)] ได้แบ่งองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและ

บำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ[4] ซึ่งหากขาดความรอบรู้สุขภาพด้านใดไป ก็จะทำให้พฤติกรรมในการป้องกันโรคลดน้อยลง[5]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ามีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย ซึ่งพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) ปัจเจกบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ ระดับการศึกษา 2) บริบทด้านสุขภาพ ได้แก่ ความรู้ การเข้าถึงบริการสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล และ 3) บริบทด้านสังคม การมีผู้ดูแล การเข้าร่วมกิจกรรม[6] และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส การได้รับความรู้ การตระหนักรู้ การเข้าถึงสื่อ และอิทธิพลของครอบครัว[7-8]ปัจจัยต่างๆที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมซึ่งพบว่ามีความสำคัญต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งสิ้น จึงได้นำมาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ทั้งนี้จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งในประเทศไทยและทั่วโลกที่ยังคงมีการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องและเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีโอกาสกลายพันธุ์สูง จึงสามารถเกิดการติดเชื้อข้ามสายพันธุ์ได้มากขึ้น ดังนั้นประชาชนจำเป็นที่จะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันตนเองรวมทั้งบุคคลในครอบครัวให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปี พ.ศ. 2564-2565 พบผู้ป่วยยืนยัน ในตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 765 ราย[9] ซึ่งผู้ป่วยส่วนหนึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนหมู่บ้านหัวงัว ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในหมู่บ้านหัวงัว หมู่ที่ 4, 5, 13, 14 ตำบลสงเปลือย อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งเป็นชุมชนที่ตั้งอยู่บริเวณโดยรอบของมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ (พื้นที่นามน) เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน เพื่อให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย และนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการบูรณาการการเรียนการสอนร่วมกับชุมชนให้กับนักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ในการวางแผนจัดกิจกรรมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3. วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive correlation research)

3.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ Nut beam[3] ที่เชื่อว่าความรอบรู้ทางสุขภาพเป็นทักษะขั้นพื้นฐานที่สำคัญในการมีภาวะสุขภาพที่ดี และกระบวนการพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 6 องค์ประกอบ ซึ่งเป็นกระบวนการในการพัฒนาให้บุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้น และนำไปสู่การสร้างเครื่องมือการวิจัยสำหรับใช้เก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ซึ่งสรุปเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ดังนี้

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษา คือ ประชาชนในหมู่บ้านหัวงัว หมู่ที่ 4, 5, 13, 14 รวม 410 หลังคาเรือน และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ประชาชนตัวแทนหลังคาเรือน จำนวน 410 คน โดยผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การวิจัย (Inclusion criteria) คือ อายุ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิง สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย เป็นบุคคลที่พักอาศัยในพื้นที่ศึกษาไม่น้อยกว่า 1 ปี ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาและมีความพร้อมในการให้ข้อมูล การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย (Exclusion criteria) คือ อายุต่ำกว่า 18 ปี ทั้งเพศชายและหญิง และเป็นบุคคลที่พักอาศัยในพื้นที่ศึกษาน้อยกว่า 1 ปี ก่อนการเก็บข้อมูล และไม่มีความพร้อมในการให้ข้อมูล

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และช่องทางการได้รับข่าวสาร

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นคำถามแบบ 2 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด กำหนดคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับความรู้สูง (ตอบถูกร้อยละ 80-100) ระดับความรู้ปานกลาง (ตอบถูกร้อยละ 60-79) และระดับความรู้ต่ำ (ตอบถูกร้อยละ 0-59)

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์แรงสนับสนุนทางสังคม ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด และจัดระดับแปลผลคะแนนรายข้อเป็น 3 ระดับ คือระดับสูง (คะแนนเฉลี่ย 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.66) และระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33)

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พัฒนาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[10] ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด กำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยอ้างอิงตามเกณฑ์ประเมินตาม 3อ.2ส. ในประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[11] แบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับดี

มาก (คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 70-79) ระดับพอใช้ (คะแนนเฉลี่ย ร้อยละ 60-69) และระดับไม่ดี (คะแนนเฉลี่ย น้อยกว่าร้อยละ 60)

แบบสัมภาษณ์นี้ผู้วิจัยปรับปรุงขึ้นโดยกำหนดเนื้อหาให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ และเสนอผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาและประเมินค่า IOC และนำไปทดลองใช้ (Try out) ในพื้นที่ตำบลยอดแกง ที่มีลักษณะประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค จำแนกรายด้าน ดังนี้ ความรู้ (0.84) แรงสนับสนุนทางสังคม (0.88) และความรอบรู้ด้านสุขภาพ (0.81)

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้สถิติ Chi-square และ Pearson’s Correlation Coefficient

3.5 การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ เลขที่การรับรอง HS-KSU 033/ 2565 วันที่รับรอง 30 พฤศจิกายน 2565 ถึง 29 พฤศจิกายน 2567

4. ผลการศึกษา

4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 62.93) มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 38.54) และอายุระหว่าง 45 – 59 ปี (ร้อยละ 35.85) อายุต่ำสุด 19 ปี อายุสูงสุด 84 ปี อายุเฉลี่ย 53.94 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.83 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 48.78) ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 59.02) และระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 25.86) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 60.00) รองลงมา คือ อาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว(ร้อยละ 16.10) ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 82.20) รายได้ต่ำสุด 500 บาท รายได้สูงสุด 60,000 บาท รายได้เฉลี่ย 5,518.54 บาท ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7,814.78 และส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารจากสื่อโทรทัศน์/วิทยุ (ร้อยละ 39.51) รองลงมา คือ อินเทอร์เน็ต/โปรแกรมใช้งานบนมือถือ (ร้อยละ 28.05) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=410)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	152	37.07
หญิง	258	62.93
อายุ		
ไม่เกิน 29 ปี	26	6.34
30 - 44 ปี	79	19.27
45 – 59 ปี	147	35.85
60 ปีขึ้นไป	158	38.54
□ = 53.94 ปี, S.D. = 14.83, Min = 19 ปี, Max = 84 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	86	20.98
สมรส	200	48.78
อยู่ด้วยกัน	70	17.07
หม้าย/ หย่า/ แยก	54	13.17
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	0.73
ประถมศึกษา	242	59.02
มัธยมศึกษา	106	25.86
ปวช./ ปวส./ อนุปริญญา	26	6.34
ปริญญาตรี	29	7.07
สูงกว่าปริญญาตรี	4	0.98
อาชีพ		
รับราชการ/ พนักงานของรัฐ	16	3.90

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
รับจ้าง	34	8.29
พนักงานเอกชน/ รัฐวิสาหกิจ	7	1.71
ค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว	66	16.10
เกษตรกรรม	246	60.00
ว่างงาน	41	10.00
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่เกิน 1,000 บาท	119	29.02
1,001 – 3,000 บาท	110	26.83
3,001 – 6,000 บาท	84	20.49
6,001 – 9,000 บาท	24	5.85
9,001 – 12,000 บาท	20	4.88
12,000 บาทขึ้นไป	53	12.93
□ = 5,518.54 บาท, S.D. = 7,814.78 Min = 500 บาท, Max = 60,000 บาท		
ช่องทางการได้รับข่าวสาร		
โทรทัศน์/วิทยุ	162	39.51
อินเทอร์เน็ต/โปรแกรมใช้งานบนมือถือ	115	28.05
หอกระจายข่าวในหมู่บ้าน	112	27.32
บุคลากรด้านสุขภาพ/ รพ.	21	5.12

4.2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ผลการศึกษาความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง จำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 53.66 รองลงมาคือมีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 168 คน คิดเป็นร้อยละ 40.97 และมีความรู้อยู่ในระดับต่ำ จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 5.37 (ตารางที่ 2) ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อมูลหรือคำแนะนำเรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่น่าเชื่อถือที่สุดคือ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ตอบถูกจำนวน 407 คน คิดเป็นร้อยละ 99.27 รองลงมา คือ ในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด 19 ควรหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ตอบถูกจำนวน 396 คน คิดเป็นร้อยละ 97.59 และข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ สายด่วน 1422 เป็นแหล่งข้อมูลความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่น่าเชื่อถือ ตอบถูกจำนวน 217 คน คิดเป็นร้อยละ 52.93

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 **(n=410)**

ระดับความรู้	จำนวนที่ตอบถูก (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	385	93.90
ระดับปานกลาง	21	5.12
ระดับต่ำ	4	0.98

4.3 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแรงสนับสนุนทางสังคม

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับสูง จำนวน 299 คน คิดเป็นร้อยละ 72.93 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 27.07 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ระดับปัจจัยสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=410)

ปัจจัยสนับสนุนทางสังคม	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับสูง	299	72.93
ระดับปานกลาง	111	27.07

4.4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีมาก จำนวน 190 คน คิดเป็นร้อยละ 46.34 รองลงมาคือ ระดับดี จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 26.34 และระดับพอใช้ จำนวน 91 คน คิดเป็นร้อยละ 22.20 (ตารางที่ 4)

เมื่อจำแนกรายองค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก คือ ทักษะการตัดสินใจ (ร้อยละ 63.17) ทักษะการจัดการตนเอง (ร้อยละ 59.51) และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (ร้อยละ 53.65) ส่วนองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อยู่ในระดับดี คือ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (ร้อยละ 21.71) ทักษะความรู้ความเข้าใจ (ร้อยละ 21.22) และทักษะการสื่อสาร (ร้อยละ 19.02) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=410)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดีมาก	190	46.34
ระดับดี	108	26.34
ระดับพอใช้	91	22.20
ระดับไม่ดี	21	5.12

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 410)

องค์ประกอบ	จำนวน (ร้อยละ)			
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี
ทักษะการเข้าถึงข้อมูล	196 (47.80)	89 (21.71)	98 (23.90)	27 (6.59)
ทักษะความรู้ความเข้าใจ	210 (51.22)	87 (21.22)	84 (20.49)	29 (7.07)
ทักษะการสื่อสาร	219 (53.41)	78 (19.02)	93 (22.68)	20 (4.88)
ทักษะการตัดสินใจ	259 (63.17)	40 (9.76)	95 (23.17)	16 (3.90)
ทักษะการจัดการตนเอง	244 (59.51)	65 (15.85)	84 (20.49)	17 (4.15)
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	220 (53.65)	61 (14.88)	104 (25.37)	25 (6.10)

4.5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และช่องทางการรับข่าวสาร กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาพบว่า อาชีพและช่องทางการรับข่าวสารมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ส่วนเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และรายได้ต่อเดือน ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ตารางที่ 6)

การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่าอายุ

มีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.05$ ($r = -0.120$), ความรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P < 0.001$ ($r = 0.890$), ($r = 0.649$) ตามลำดับ (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตัวแปร	χ^2	P-value
เพศ	5.772	0.123
สถานภาพสมรส	7.090	0.628
ระดับการศึกษา	14.301	0.503
อาชีพ	41.166	0.000
รายได้ต่อเดือน	24.727	0.054
ช่องทางการรับข่าวสาร	26.426	0.002

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	P-value
อายุ	-0.120*	0.02
ความรู้	0.058	0.000
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.649**	0.000

* มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05 ** มีระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.001

5. สรุปและอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน ได้แก่ อายุ อาชีพ ช่องทางการได้รับข่าวสาร ความรู้ และแรงสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ

อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ มีอายุระหว่าง 15-59 ปี ร้อยละ 61.46

และกลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 38.54 ทั้งนี้ในกลุ่มผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นจะมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพลดน้อยลง เนื่องจากเมื่ออายุมากจะทำให้ความสามารถในการเรียนรู้ช้าลง มีภาวะความจำเสื่อม หรือมีความบกพร่องในการสื่อสาร การไร้ความสามารถ ซึ่งส่งผลต่อการเรียนรู้และการจดจำ นอกจากนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ลดลงยังเกี่ยวข้องกับอายุ วุฒิภาวะ และความรับผิดชอบในการดูแลตนเองไม่เท่ากับกลุ่มอายุน้อยกว่า[12] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกันยา โพธิปิติ[13] พบว่าอายุของผู้เลี้ยงดูมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนะวัฒน์ รวมสุกและคณะ[7] ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานครอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อาชีพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อธิบายได้ว่าจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย ภาครัฐมีมาตรการคุมเข้มเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลให้กลุ่มผู้ประกอบธุรกิจด้านการท่องเที่ยว ผู้ประกอบการค้าขายได้รับผลกระทบอย่างมาก หลายบริษัทต้องปิดตัวลง ร้านค้าหลายแห่งต้องปิดกิจการ ซึ่งต่อมาในภายหลังเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีแนวโน้มลดลง ภาครัฐจึงมีการผ่อนคลายมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 โดยอนุญาตให้ธุรกิจการท่องเที่ยวและร้านค้าเปิดทำการได้ตามปกติ ดังนั้นกลุ่มผู้ประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว จึงจำเป็นที่จะต้องแสวงหาข้อมูลเกี่ยวกับมาตรการในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้องจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ เพื่อนำมาปรับใช้ในการดำเนินธุรกิจหรือเปิดกิจการและสร้างความเชื่อมั่นให้กับกลุ่มลูกค้า ส่งผลให้กลุ่มอาชีพค้าขาย/ ธุรกิจส่วนตัว มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณี เสือสิงห์ และคณะ[14] พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ช่องทางการรับข่าวสารมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโร 2019 อธิบายได้ว่าจากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารผ่านอินเทอร์เน็ต/โปรแกรมใช้งานบนมือถือ เนื่องจากปัจจุบันเป็นสังคมในยุคดิจิทัล ผู้คนจึงมักเปิดรับข่าวสารผ่านสื่อสังคมออนไลน์เพราะเป็นแหล่งข้อมูลที่เข้าถึงได้สะดวก รวดเร็ว กว้างขวาง สามารถตอบสนองต่อการดำเนินชีวิตวิถีใหม่ (New normal) ได้เป็นอย่างดี อีกทั้งหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องได้มีการพัฒนารูปแบบการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ประชาชนได้รับรู้ข่าวสาร

ที่ทันต่อเหตุการณ์ผ่านแอพพลิเคชั่นบนมือถือเช่นกัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผ่านอินเทอร์เน็ต/โปรแกรมใช้งานบนมือถือ มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก

ความรู้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชน จากผลการศึกษาครั้งนี้สามารถอธิบายได้จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม[3] ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเกิดขึ้นได้นั้นต้องมีปัจจัยพื้นฐาน คือ ความรู้และความเข้าใจของบุคคลที่มีอยู่เดิม ซึ่งทักษะเหล่านี้จะพัฒนาได้จะต้องมีกระบวนการคิดวิเคราะห์และการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนข้อมูลที่ได้รับ และนำมาพัฒนาตนเองจนเกิดความรู้ในการดูแลสุขภาพในระยะต่อมา ทั้งนี้ความรู้ที่เพิ่มมากขึ้นจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน ส่งผลให้บุคคลมีความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพและสามารถคิดวิเคราะห์นำความรู้มาใช้ในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นลักษณะของความรอบรู้ด้านสุขภาพในขั้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณนั่นเอง สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ การีสรรพ์ พรทิพย์ มาลาธรรม และนุชนาฏ สุทธิ[15] ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิต และสอดคล้องกับการศึกษาของอัจฉราวดี ศรียะศักดิ์และคณะ[16] ที่พบว่าความรู้เกี่ยวกับโภชนาการมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ($r = 0.389$, $p < 0.001$)

แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 72.93 โดยแรงสนันสนุนทางสังคมที่กลุ่มตัวอย่างได้รับส่วนใหญ่ได้มาจากคนในครอบครัวและคนรอบข้าง ได้แก่ ญาติ หรือ เพื่อน ซึ่งในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดจะมีอิทธิพลต่อการสร้างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพและส่งผลให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพตามมาในที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของประศักดิ์ สันติภาพ และคณะ[17] พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนสะลวง – ขี้เหล็ก อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของวิลัยวรรณ ปัดถาและคณะ[8] พบว่าอิทธิพลของครอบครัวระดับมากส่งผลต่อการมีความรอบรู้ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของครูชั้นประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Edwards, Wood, Davies, & Edwards[18] ที่พบว่าครอบครัว ญาติ และเพื่อนจะทำหน้าที่เป็นสื่อกลางในการ

ช่วยวิเคราะห์และตีความข้อมูลสุขภาพที่ได้รับมาเพื่อนำมาการแลกเปลี่ยนความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แม้ว่าในปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมในประเทศไทยจะมีแนวโน้มลดลง และเปลี่ยนผ่านเป็นโรคประจำถิ่น ซึ่งหมายความถึงว่าเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังคงไม่หมดไปจากโลกใบนี้ กระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพยังคงต้องดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีสมรรถนะในการดูแลสุขภาพตนเองให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่เหมาะสม และสามารถจัดการตนเอง ครอบครัว และชุมชน ในการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างเชี่ยวชาญและมีประสิทธิภาพต่อไป

6. ข้อเสนอแนะที่ได้จากผลการวิจัย

จากผลการศึกษาถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดีมาก แต่ยังมีกลุ่มตัวอย่างอีกจำนวนหนึ่งที่มีระดับความรอบรู้ทางสุขภาพฯ อยู่ในระดับไม่ดี ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าประชาชนกลุ่มนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ดังนั้นหน่วยบริการด้านสุขภาพและหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง จึงควรออกแบบกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องให้กับประชาชน รวมทั้งแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือผ่านช่องทางต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น เช่นสื่อต่างๆ การประชาสัมพันธ์จากหน่วยงานราชการ การขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขในการเผยแพร่ข้อมูล เป็นต้น

7. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพื่อให้ทราบระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนและศึกษา ตัวแปรอื่น ๆ ที่อาจจะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น การได้รับวัคซีน ทัศนคติที่มีผลต่อการป้องกันโรคการมีโรคประจำตัว เป็นต้น

2. ควรมีการศึกษารูปแบบ/กิจกรรมในการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง โดยบูรณาการแนวคิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย

8. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ และผู้วิจัยขอขอบคุณประชาชนกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ได้กรุณาสละเวลาตอบแบบสัมภาษณ์ และให้ความร่วมมือจนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

9. เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ COVID-19 ทั่วโลกและในประเทศไทย ระลอกเดือนมกราคม 2565 (ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. – 30 เม.ย. 65). [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ1 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/300465.pdf
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. สถานการณ์ประจำวันที่ 26 เมษายน 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 26 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.kalasin.go.th/t/th/2017-10-03-04-10-9/2019-covid-19/1571-19-26-2564.html
3. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine; 2008.
4. World Health Organization. Health Promotion Glossary. Switzerland: Division of Health Promotion, Education and Communications, Health Education and Health; 1998.
5. พรพญา เตปิน, วราภรณ์ บุญเชียง, ศิริตรี สุทธจิตต์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. ลำปางเวชสาร. 2561;39(2).
6. ปาจรา โพธิหัง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในประเทศไทย: การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2564;29(3):115-130.
7. ธนะวัฒน์ รวมสุก, ศุภลักษณ์ พื้นทอง, ประภัสสร ธรรมเมธา, นงนุช วงศ์สว่าง, นพวรรณ ดวงจันทร์, ชลธิชา บุญศิริ, และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2565;36(1):39-52.

8. วิลัยวรรณ ปัดถา, ชนัญญา จิรพรกุล, เนาวรัตน์ มณีนิล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของครูชั้นประถมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564;8(3):37-47.
9. กรมควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ COVID-19 ในประเทศไทย (ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ม.ค. 2564-24 ธ.ค. 65). [อินเทอร์เน็ต]. 2565[เข้าถึงเมื่อ 27 ธ.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://doeportal.moph.go.th/login
10. กองสุขศึกษา, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2563[เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.hed.go.th
11. กองสุขศึกษา, กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3 อ.2ส. ของประชาชนวัยทำงาน. [อินเทอร์เน็ต]. 2561[เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.hed.go.th
12. Osborne H. In other words, why health literacy matter? [Internet]. 2004 [cited 2022 Apr 15]. Available from: http://www. Health literacy.com
13. กันยา โพธิปิติ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็กในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2565;15(1):28-50.
14. อรุณี เสือสิงห์, บรรณกร เสือสิงห์, รุ่งพิทยา คณะช่าง, พงศ์พิษณุ บุญดา. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน อำเภอเขาค้อ จังหวัดเพชรบูรณ์. งานประชุมวิชาการพะเยาวิจัย ครั้งที่ 10 “University Impact Rankings”; 28 – 29 มกราคม 2564; มหาวิทยาลัยพะเยา; 2564.
15. กรรณิการ์ การีสรรพ์, พรทิพย์ มาลาธรรม, นุชนาฎ สุทธิ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมโรคความดันโลหิตสูงและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. Rama Nurs J. 2562;25(3):280-295.
16. อัจฉราวดี ศรียะศักดิ์, ฤทัยวรรณ แก้วมาลัย, เนตรนภา เครือสง่า, นิศาชล ตันติภิรมย์, ปริญญาพร ชาวบ้านเกาะ, เบญจรัตน์ เอี่ยมสะอาด. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องฉลากโภชนาการในเด็กวัยเรียน: กรณีศึกษาจังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563;6(2):70-82.

17. ประศักดิ์ สันติภาพ, ภิรวดี ชูประวัติ, เทื้อน ทองแก้ว. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติเพื่อป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของผู้สูงอายุ ในชุมชนสะลวง – ขี้เหล็ก อำเภอ แม่ริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการแสงอีสาน. 2564;18(2):16-31.
18. Michelle E, Fiona W, Myfanwy D, Adrian E. The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. BMC Public Health; 2012.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์

มนัญญา ธรรมพณิชย์, ส.ม.(นักศึกษา)[1] ศรีบุษย์ ศรีไชยจรูญพง, ปร.ด. [2]

สุพัฒน์ อาสนะ, ส.ด. [3]

1. นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

2. อาจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร อำเภอเมือง สกลนคร

3. อาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก* ผู้รับผิดชอบบทความ

วันที่รับบทความ (Received) 27 พฤษภาคม 2566, วันแก้ไขบทความ (Revised) 11 กรกฎาคม 2566, วันตอบรับบทความ (Accepted) 11 กรกฎาคม 2566.

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์การวิจัย คือศึกษาความชุกของความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มวัยทำงานที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 300 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาณ โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

ผลการวิจัย พบว่ามีความชุกของความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มวัยทำงานที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา ร้อยละ 19.00 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 คือ อายุ 50 -59 ปี (Adj. OR = 2.91; 95%CI = 1.48 to 5.70 : p-value=0.002) ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (Adj. OR = 2.58 ; 95%CI = 1.33 to 5.00 : p-value=0.005) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Adj. OR = 2.91; 95%CI = 1.47 to 5.76: p-value=0.002) การกินอาหารรสเค็มหรือรสหวานจัด (Adj. OR = 3.94; 95%CI = 1.70 to 9.11: p-value<0.001) การมีความเครียด/วิตกกังวล/หงุดหงิด (Adj. OR = 5.34 ; 95%CI = 1.77 to16.09: p-value=0.003) การมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว (Adj. OR = 2.80; 95%CI = 1.29 to 6.07: p-value=0.009) และความสามารถในการเดินทางไปรับบริการการดูแลสุขภาพได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว (Adj. OR = 5.14; 95%CI = 2.22 to 11.44: p-value<0.001)

คำสำคัญ : ปัจจัยกำหนดสุขภาพ, กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2, กลุ่มวัยทำงาน, เกษตรกรสวนยางพารา

Factors Associated with The Risk factors of Type 2 Diabetes among of Rubber Farmers in Namnao District Phetchabun Province

Manunya Thammapanit, M.P.H (student)[1] Sribud Srichaijaroonpong [2]

Supat Assana, Dr.P.H.[3]

1. Master of Public Health. Thesis in Sirindhorn College of Public Health KhonKaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences Praboromarajchanok Institute

2. Lecturer, Department of Community Health, Faculty of Public Health, Kasetsart University Chalermphrakiat Sakon Nakhon Province Campus

3. Lecturer, Master of Public Health Program, Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen Province, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Phra Boromrajchanok Institute

Abstract

The objectives of this research were to study the prevalence of type 2 diabetes risk among working-age people working on rubber plantations and to study factors associated with risk of type 2 diabetes among working-age groups working on rubber plantations. The 300 samples used in this study were working in rubber plantations in Nam Nao District, Phetchabun Province by using a systematic random sampling method. Data were collected by questionnaire. Quantitative data were analyzed by descriptive statistics and Logistic Regression Analysis.

The results of the study found that the prevalence of type 2 diabetes risk were 19.00 percent. Factors associated with risk of type 2 diabetes among working-age groups working on rubber plantations with statistical significantly at 0.05 level were age 50 -59 years (Adj. OR = 2.91; 95%CI = 1.48 to 5.70: p-value=0.002), high body mass index (Adj. OR = 2.58 : 95%CI = 1.33 to 5.00 : p-value=0.005), drinking. Alcoholic beverages (Adj. OR = 2.91; 95%CI = 1.47 to 5.76: p-value=0.002) Eating salty or sweet foods or adding fish sauce/sugar (Adj. OR = 3.94; 95%CI = 1.70 to 9.11: p-value<0.001). stress/anxiety/frustration (Adj. OR = 5.34; 95% CI = 1.77 to 16.09; p-value = 0.003), Having health care expenses for themselves and their families (Adj. OR = 2.80; 95%CI = 1.29 to 6.07: p-value=0.009), the ability to travel to receive health care services conveniently and quickly (Adj. OR = 5.14; 95%CI = 2.22 to 11.44: p-value<0.001)

Key Words : Health determinants, type 2 diabetes risk group, working age group, rubber plantation

1. บทนำ

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกรวมทั้งประเทศไทย ซึ่งปัจจุบันประชากรวัยผู้ใหญ่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 4.8 ล้านคน และคาดการณ์ว่าความชุกของโรคเบาหวานจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 5.3 ล้านคนภายในปี พ.ศ. 2583 [1] ผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกในปี ค.ศ.2015 มีจำนวน 415ล้านคน และคาดประมาณว่าจะมีผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น เป็น 642 ล้านคนในปี ค.ศ. 2040 ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทยอายุ15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ7 ในปี พ.ศ.2547 เป็นร้อยละ 8.9 ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับความชุกของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานในประชากร อายุ 15-79 ปี ที่มีเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2561 พบว่าความชุกของโรคต่ำสุดในกลุ่มอายุ 15-24 ปี จากนั้นความชุกจะเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุ 45-54 ปี จนสูงสุดในกลุ่มอายุ 65-74 ปี ซึ่งพบว่าสถานการณ์โรคเบาหวานในกลุ่มประชากรวัยแรงงานมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น โดยสัดส่วนของประชากรวัยแรงงาน (อายุ 15 -59 ปี) ต่อประชากรทั้งหมดเพิ่มจากร้อยละ 64.94 ในปี พ.ศ. 2562 เป็นร้อยละ 65.17 ในปี พ.ศ. 2563จากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2546-2556 อัตราการป่วยและตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ได้แก่ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือด สมอง และโรคเบาหวาน ในวัยทำงานเนื่องจากมีพฤติกรรมที่เร่งรีบ การบริโภคอาหารจานด่วน อาหารสำเร็จรูป ไขมันสูง และปริมาณน้ำตาลสูง การสำรวจความชุกของโรคเบาหวานของคนวัยทำงานมีแนวโน้มสูงขึ้น สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยแรงงานเผชิญกับภัยคุกคามจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว [2]

โดยที่อาชีพหลักของประชากรอำเภอน้ำหนาว คือประกอบเกษตรกรทำไร่ ทำสวน ซึ่งการทำสวนยางพาราถือว่าเป็นพืชเศรษฐกิจในพื้นที่ โดยรัฐบาลมีโครงการยกระดับรายได้และความมั่นคงระยะที่หนึ่ง (โครงการส่งเสริมการปลูกยางพารา 1 ล้านไร่) ในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือตั้งแต่ปีพ.ศ. 2547 ถึง 2549 เป็นแหล่งปลูกยางพาราแหล่งใหม่ที่มีการขยายพื้นที่ปลูกอย่างรวดเร็วจากเดิมที่มีการปลูกเพียงการปลูกอ้อย ข้าวโพด มันสำปะหลัง โดยที่พื้นที่สวนใหญ่รวมทั้งจังหวัดของจังหวัดเพชรบูรณ์มี 2,413 ไร่ ซึ่งในปัจจุบันจังหวัดเพชรบูรณ์มีเกษตรกรชาวสวนยางพารา จำนวน 3,464 คน และมีเกษตรกรชาวสวนยางพารามากที่สุดในอำเภอน้ำหนาว จำนวน 1,806 คน [3] สุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงพลวัตกับปัจจัยต่างๆซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสิ่งแวดล้อม กายภาพทางเศรษฐกิจและสังคมที่เกิดการพัฒนา แต่เงื่อนไขทางสังคมเศรษฐกิจและปัจจัยด้านอื่นๆที่ประชาชนอาศัยอยู่ย่อมมีผลต่อสุขภาพเช่นกัน โดยปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) เป็นขอบเขตทางด้านปัจจัยบุคคล สังคมเศรษฐกิจ ประชากรและสิ่งแวดล้อม เป็นตัวกำหนดสถานะทางสุขภาพของบุคคลหรือประชากร [4] จากรายงานคลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดเพชรบูรณ์ ปี พ.ศ. 2565 มีอัตราป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรของจังหวัดเพชรบูรณ์ มีอัตราป่วยรายใหม่ 313.48 ต่อแสนประชากร โดยมีอัตราการป่วยที่กลุ่มอายุ 15- 59 ปี ร้อยละ 21.10 กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 21.74 ซึ่งมีอัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวานสูงสุดในกลุ่มอายุ 15-59 ปี ร้อยละ 2.03 [5] และอัตราป่วย

รายใหม่ของโรคเบาหวานต่อแสนประชากรของอำเภอน้ำหนาว ปี 2565 มีอัตราป่วยรายใหม่ 562.49 ต่อแสนประชากร โดยมีอัตราการป่วยที่กลุ่มอายุ 15- 59 ปี ร้อยละ 24.76 กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 21.74 ซึ่งมีอัตราป่วยตายด้วยโรคเบาหวานสูงสุดในกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 1.43 ซึ่งมีสาเหตุสำคัญจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่พึงประสงค์โดยเฉพาะมีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพในการดำเนินชีวิตที่เสี่ยงต่อสุขภาพโดยมีปัจจัยหลัก จากพื้นฐานทางวัฒนธรรม ความเชื่อค่านิยม และปัจจัยแวดล้อมทางสังคม และทางกายภาพซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เศรษฐกิจและสังคม

โดยที่อัตราป่วยเบาหวานที่กลุ่มอายุ 15-59 ปี ในจังหวัดเพชรบูรณ์อยู่ที่ร้อยละ 21.10 ซึ่งอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของอำเภอน้ำหนาวที่กลุ่มอายุ 15-59 ปี ร้อยละ 24.76 ซึ่งสูงกว่าอัตราป่วยในระดับจังหวัด และเป็นกลุ่มช่วงอายุของวัยแรงงานซึ่งในพื้นที่ได้มีอาชีพใหม่ในช่วง5ปีที่ผ่านมาคือ การทำสวนยางพารา ซึ่งการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อยืนยันปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานและการค้นหากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานจะสามารถต่อยอดในการเพิ่มการคัดกรองกลุ่มประชาชนที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงมีความสนใจ มุ่งศึกษาในประเด็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลและแนวทางการจัดทำแผนงาน โครงการให้กับผู้ประกอบอาชีพสวนยางพาราเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ และส่งเสริมให้ผู้ประกอบอาชีพสาวนยางพารามีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

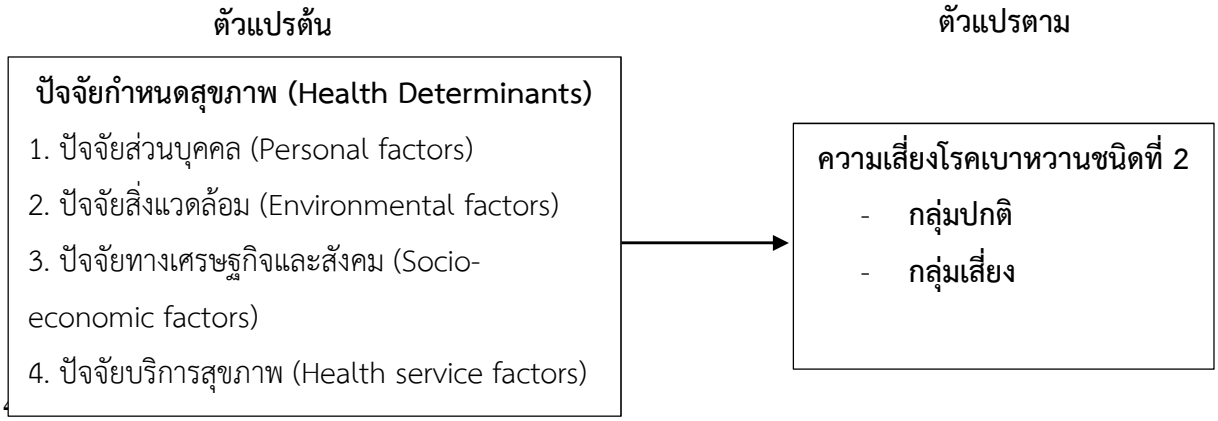
2.วัตถุประสงค์การศึกษา

1.เพื่อศึกษาความชุกของความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์

2.เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน ที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์

3.กรอบแนวคิดในการศึกษา

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยได้นำแนวคิดปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน ที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ ดังนี้



การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ครั้งนี้ ศึกษาถึงความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน ที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา เนื้อหาคือปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม (Environmental factors) ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม (Socio-economic factors) และปัจจัยการบริการสุขภาพ (Health service factors)

5.วิธีการศึกษา

ประชากร คือเกษตรกรชาวสวนยางพาราที่ขึ้นทะเบียนกับการยางแห่งประเทศไทยสาขาจังหวัดเพชรบูรณ์ อำเภอน้ำหนาว จำนวน 1,806 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ เป็นชาวสวนยางพาราในอำเภอน้ำหนาว อายุระหว่าง 35-59 ปี ที่ได้รับการตรวจคัดกรองสุขภาพจากฐานข้อมูลระบบงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและศูนย์สุขภาพชุมชน (Java Health Center Information System : JHCIS) ไม่เกิน 3 เดือนนับตั้งแต่วันตอบแบบสอบถาม

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับกรณีตัวแปรตามเป็นตัวแปรแจงนับ ของ Hsieh et al [6] ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) จำแนกออกเป็นตำบล และคำนวณตามสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละตำบล จากนั้นใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) จนได้ครบจำนวน 300 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส โรคประจำตัว ระดับการศึกษา รายได้ของตนเอง รายได้ของครอบครัว ประวัติการสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังหรือเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน ลักษณะโครงสร้างครอบครัว ระยะเวลาในการประกอบอาชีพ เวลาเฉลี่ยในการทำสวนยาง และ เวลาเฉลี่ยในการนอนหลับในแต่ละวัน จำนวน 16 ข้อ

ส่วนที่ 2 การประเมินความเสี่ยงโรคเบาหวาน เป็นแบบประเมินแบบเติมคำในช่องว่าง ได้แก่ ผลระดับน้ำตาลในเลือด ด้วยวิธีการเจาะเส้นเลือดฝอยที่ปลายนิ้ว (Fasting blood sugar ,FBS) จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่อยู่อาศัย และสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นแบบมาตรส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ (5)เป็นประจำ (4)บ่อยครั้ง (3)บางครั้ง (2)นานๆครั้ง (1)ไม่เลย มีข้อความในเชิงบวกและทางลบ จำนวน 8 ข้อ การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามการแปลความหมายพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best [7] คะแนน 3.68 – 5.00 หมายถึง ดี คะแนน 2.34 – 3.67 หมายถึง พอใช้ คะแนน 1.00 – 2.33 หมายถึง ควรปรับปรุง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ ข้อมูลเกี่ยวกับเศรษฐกิจและสังคม เป็นแบบมาตรส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ (5)เป็นประจำ (4)บ่อยครั้ง (3)บางครั้ง (2)นานๆครั้ง (1)ไม่เลย มีข้อความในเชิงบวกและทางลบ จำนวน 12 ข้อ การแปลผลการแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามการแปลความหมายพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best [7] คะแนน 3.68 – 5.00 หมายถึง ดี คะแนน 2.34 – 3.67 หมายถึง พอใช้ คะแนน 1.00 – 2.33 หมายถึง ควรปรับปรุง

ส่วนที่ 5 ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและความพึงพอใจในการบริการด้านสุขภาพ เป็นแบบมาตรส่วนประเมินค่า 5 ระดับ คือ (5)มากที่สุด (4)มาก (3)ปานกลาง (2)น้อย (1)น้อยที่สุด มีข้อความในเชิงบวกและทางลบ จำนวน 10 ข้อ การแปลผลการแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ตามการแปลความหมายพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best [7] คะแนน 3.68 – 5.00 หมายถึง ดี คะแนน 2.34 – 3.67 หมายถึง พอใช้ คะแนน 1.00 – 2.33 หมายถึง ควรปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา(Content Validity) ของแบบสอบถาม มีความสอดคล้องของเนื้อหารายข้อกับวัตถุประสงค์การวิจัย(IOC: Item Objective Congruence Index) ทุกข้ออยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 และค่าความเที่ยง(Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขออนุญาตถึงนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบูรณ์ สาธารณสุขอำเภอน้ำหนาว และผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำหนาว เพื่อเก็บข้อมูลและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา

2) ผู้วิจัยจะทำการอบรมผู้ช่วยวิจัยในพื้นที่ด้วยผู้วิจัยเอง เพื่อเป็นการทำความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับเครื่องมือวิจัย โดยแจกแบบสอบถามที่บ้านของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา การพิทักสิทธิ์ และเก็บแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง อำเภอน้ำหนาว จำนวน 300 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป STATA Released 16 (ลิขสิทธิ์วิทยาลัยสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) วิเคราะห์หาอัตราความชุกและปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ ความถี่, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย, ค่ามัธยฐาน, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน, ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2) **สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)** โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งตัวแปรตามเป็นตัวแปรแบบแจงนับ (Categorical outcome) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มปกติ นำเสนอด้วยค่า Adjusted Odds Ratio, 95% CI และ P-value

6. ผลการศึกษาและวิเคราะห์ผล

6.1 คุณลักษณะส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 300 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.67 อายุเฉลี่ย 48 ปี (S.D.=7.40) ดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.78 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (S.D.= 3.94) สถานภาพส่วนใหญ่สมรส/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 78 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.33 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.67 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 6,011.67 บาท รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน 11,152 บาท ประวัติการสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 70.3 การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ไม่ดื่ม ร้อยละ 49.00 การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง หรือเครื่องดื่มผสมคาเฟอีนดื่มทุกวัน ร้อยละ 38.33 ลักษณะโครงสร้างครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ได้แก่ พ่อ แม่ ลูก ร้อยละ 80.33 ระยะเวลาในการประกอบอาชีพเกษตรกรสวนยางพาราเฉลี่ย 5 ปี (S.D.= 4.96) ระยะเวลาเฉลี่ยการทำสวนยางในแต่ละวันจำนวน 6 ชั่วโมง (S.D.=1.92) ระยะเวลาเฉลี่ยการนอนหลับในแต่ละวัน จำนวน 8 ชั่วโมง (S.D.=1.49) ภาพรวมของปัจจัยกำหนดสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 53.67 รายด้านพบว่าส่วนใหญ่ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 51.00 ด้านเศรษฐกิจและสังคม ร้อยละ 59.33 และ ด้านการบริการสุขภาพ ร้อยละ 45.67 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=300)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1.เพศ		
หญิง	152	50.67
ชาย	148	49.33
2.อายุ (ปี)		
35-49	173	58.00
50-59	127	42.00
$\bar{X}$ =47.78 SD= 7.40 Max=59 Min=35		
3.ดัชนีมวลกาย		
ปกติ (BMI < 23.0 กก./ตรม.)	143	41.67
เกินมาตราฐาน (BMI ≥ 23.0 กก./ตรม.)	157	58.33
$\bar{X}$ =23.78 SD= 3.94 Max=36.96 Min=14.04		
4.สถานภาพสมรส		
โสด	46	15.33
สมรส/อยู่ด้วยกัน	234	78.00
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	20	6.67
5.โรคประจำตัว		
ไม่มี	229	76.33
มีโรคประจำตัว	71	23.67
6.ระดับการศึกษาสูงสุด		
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	216	72.00
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	84	28.00
7.รายได้เฉลี่ยของท่านต่อเดือน (บาท)		
≤ 15,000 บาท	289	96.33
>15,000 บาท	11	3.67
$\bar{X}$ =6,011.67 Max=50,000 Min=1,000		
8.รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
≤ 15,000 บาท	224	74.66
>15,000 บาท	76	25.34
$\bar{X}$ =11,152 Max=70,000 Min=1,000		

ตารางที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล (n=300) ต่อ

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
9.ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	211	70.33
สูบบุหรี่	89	29.67
10.การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์		
ไม่ดื่ม	147	49.00
ดื่ม	153	51.00
11.การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง หรือเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน		
ไม่ดื่ม	81	27.00
ดื่ม	219	73.00
12.ลักษณะโครงสร้างครอบครัว		
ครอบครัวเดี่ยว	241	80.33
ครอบครัวขยาย	59	19.67
13.ระยะเวลาในการประกอบอาชีพเกษตรกรสวนยางพารา (ปี)		
$\leq$ 10 ปี	257	85.67
>10 ปี	32	14.33
$\bar{x}$ =5.06 SD= 4.96 Max= 20 Min=1		
14.ระยะเวลาเฉลี่ยการทำสวนยางในแต่ละวัน (ชั่วโมง)		
$\leq$ 8 ชั่วโมง	296	98.66
>8 ชั่วโมง	4	1.34
$\bar{x}$ =5.24 SD=1.92 Max=13 Min=1		
15.ระยะเวลาเฉลี่ยการนอนหลับในแต่ละวัน (ชั่วโมง)		
$\leq$ 8 ชั่วโมง	224	74.67
>8 ชั่วโมง	76	25.33
$\bar{x}$ =7.45 SD= 1.49 Max= 12 Min=4		

6.2 ความชุกของความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ความชุกของความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานประกอบอาชีพสวนยางพารา พบว่ามีความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ร้อยละ 19.00 และอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 81.00 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความชุกของความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 (n= 300)

ระดับน้ำตาลในเลือด	จำนวน (ร้อยละ)
ปกติ (<100 mg/dl)	243 (81.00)
มีความเสี่ยง (≥100 mg/dl)	57 (19.00)
$\bar{X}$ = 91.71 SD=10.64 Max=65 Min=125	

6.3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน ที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา วิเคราะห์ตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariable analysis)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน ที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา วิเคราะห์ตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariable analysis) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.25 คือ เพศ (OR = 0.65 ; 95%CI = 0.36 to 1.17: p-value=0.150) อายุ (OR = 1.82 ; 95%CI = 1.02 to 3.26: p-value=0.041) ดัชนีมวลกาย (OR = 1.89 ; 95%CI = 1.04 to 3.45: p-value=0.033) สถานภาพสมรส (OR = 2.17; 95%CI = 0.81 to 5.78 : p-value=0.219) โรคประจำตัว (OR = 3.03 ; 95%CI = 1.64 to 5.60 : p-value<0.001) รายได้เฉลี่ยของท่านต่อเดือน (OR = 3.79 ; 95%CI = 1.11 to 12.91 : p-value=0.041) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (OR = 1.68 ; 95%CI = 0.93 to 3.03 : p-value=0.079) การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง หรือเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน (OR = 2.24; 95%CI = 1.04 to 4.81: p-value=0.027) ลักษณะโครงสร้างครอบครัว (OR = 1.61; 95%CI = 0.82 to 3.16 : p-value=0.172) ระยะเวลาในการประกอบอาชีพเกษตรกรสวนยางพารา (OR = 2.09; 95%CI = 1.01 to 4.34 : p-value=0.053) ระยะเวลาเฉลี่ยการทำสวนยางในแต่ละวัน (OR = 4.38; 95%CI = 0.60 to 31.79 : p-value=0.160) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน ที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา วิเคราะห์ตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariable analysis) (n=300)

ปัจจัย	จำนวน	%ความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2	Crude OR	95%CI	P-value
<u>ปัจจัยส่วนบุคคล</u>					
1.เพศ					0.150
ชาย	148	22.30	1		
หญิง	152	15.79	0.65	0.36 to 1.17	
2.อายุ (ปี)					0.041
35 - 49	173	15.03	1		
50 - 59	127	24.41	1.82	1.02 to 3.26	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน ที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา วิเคราะห์ตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariable analysis) (n=300) ต่อ

ปัจจัย	จำนวน	%ความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2	Crude OR	95%CI	P-value
3.ดัชนีมวลกาย					0.033
ปกติ (BMI < 23.0 กก./ตรม.)	143	13.99	1		
เกินมาตราฐาน (BMI ≥ 23.0 กก./ตรม.)	157	23.57	1.89	1.04 to 3.45	
4.สถานภาพสมรส					0.219
โสด	46	10.87	1		
สมรส/อยู่ด้วยกัน	234	20.94	2.17	0.81 to 5.78	
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	20	15.00	1.44	0.31 to 6.74	
5.โรคประจำตัว					<0.001
ไม่มีโรคประจำตัว	229	14.41	1		
มีโรคประจำตัว	71	33.80	3.03	1.64 to 5.60	
6.ระดับการศึกษาสูงสุด					0.325
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	216	17.59	1		
สูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	84	22.62	1.36	0.73 to 2.54	
7.รายได้เฉลี่ยของท่านต่อเดือน					0.041
≤ 15,000 บาท	289	17.99	1		
>15,000 บาท	11	45.45	3.79	1.11 to 12.91	
8.รายได้เฉลี่ยครอบครัวต่อเดือน					0.623
≤ 15,000 บาท	224	19.64	1		
>15,000 บาท	76	17.11	0.84	0.42 to 1.66	
9.ประวัติการสูบบุหรี่					0.504
ไม่สูบบุหรี่	211	18.01	1		
สูบบุหรี่	89	21.35	1.23	0.66 to 2.28	
10.การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์					0.079
ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	147	14.97	1		
ดื่มแอลกอฮอล์	153	22.88	1.68	0.93 to 3.03	
11.การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง หรือเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน					
0.027					
ไม่ดื่ม	81	11.11	1		
ดื่ม	219	21.92	2.24	1.04 to 4.81	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน ที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา วิเคราะห์ตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariable analysis) (n=300) ต่อ

ปัจจัย	จำนวน	%ความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2	Crude OR	95%CI	P-value
12.ลักษณะโครงสร้างครอบครัว					0.172
ครอบครัวเดี่ยว	241	17.43	1		
ครอบครัวขยาย	59	25.42	1.61	0.82 to 3.16	
13.ระยะเวลาในการประกอบอาชีพเกษตรกรสวนยางพารา (ปี)					0.053
≤ 10 ปี	257	17.12	1		
>10 ปี	43	30.23	2.09	1.01 to 4.34	
14.ระยะเวลาเฉลี่ยการทำสวนยางในแต่ละวัน (ชั่วโมง)					0.160
≤ 8 ชั่วโมง	296	18.58	1		
>8 ชั่วโมง	4	50.00	4.38	0.60 to 31.79	
15.ระยะเวลาเฉลี่ยการนอนในแต่ละวัน (ชั่วโมง)					0.623
≤ 8 ชั่วโมง	224	19.64	1		
>8 ชั่วโมง	76	17.11	0.84	0.42 to 1.66	
<u>ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม</u>					
1.การเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในการลดหวาน ลดเค็ม เพิ่มผักออกกำลังกาย ห่างไกลโรคเรื้อรัง					0.295
ระดับต่ำ	134	21.24	1		
ระดับปานกลาง - สูง	166	16.87	0.73	0.41 to 1.30	
2.การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมการออกกำลังกายในชุมชน					0.122
ระดับต่ำ	90	24.44	1		
ระดับปานกลาง - สูง	210	16.67	0.61	0.33 to 1.12	
3.การใช้สารเคมีทางการเกษตรในการประกอบอาชีพสวนยางพารา					0.465
ระดับต่ำ	134	17.16	1		
ระดับปานกลาง - สูง	166	20.48	1.24	0.69 to 2.23	
4.ความสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัว และคนในชุมชน					0.294
ระดับต่ำ	83	22.89	1		
ระดับปานกลาง - สูง	217	17.51	0.71	0.38 to 1.32	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน ที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา วิเคราะห์ตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariable analysis) (n=300) ต่อ

ปัจจัย	จำนวน	%ความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2	Crude OR	95%CI	P-value
5.ความเอื้ออาทรและช่วยเหลือเกื้อกูลภายในครอบครัว					0.403
ระดับต่ำ	109	16.51	1		
ระดับปานกลาง - สูง	191	20.42	1.29	0.70 to 2.40	
6.การมีส่วนร่วมกับชุมชนในการจัดสภาพแวดล้อมของชุมชน ให้เอื้อต่อการออกกำลังกาย					0.405
ระดับต่ำ	117	21.37	1		
ระดับปานกลาง - สูง	183	17.49	0.77	0.43 to 1.39	
7.ปัญหาเรื่องการนอนไม่หลับ ที่มีสาเหตุจากเสียงรบกวน หรือแสงสว่างที่มากเกินไป					0.454
ระดับต่ำ	103	21.36	1		
ระดับปานกลาง - สูง	197	17.77	0.79	0.43 to 1.44	
8.การเกิดอุบัติเหตุจากการทำสวนยางพารา สาเหตุจากแสงสว่างไม่เพียงพอ					0.901
ระดับต่ำ	77	19.48	1		
ระดับปานกลาง - สูง	223	18.83	0.95	0.49 to 1.84	
<u>ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม</u>					
1.การเก็บเงินสำรองไว้เป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน หรือการรักษาโรคที่ป่วยเรื้อรัง					0.981
ระดับต่ำ	168	19.05	1		
ระดับปานกลาง - สูง	132	18.94	0.99	0.55 to 1.77	
2.การใช้เทคโนโลยี เพื่อสืบค้นแหล่งข้อมูลต่างๆเพื่อนำมาดูแลสุขภาพ ได้ตรงกับสภาพปัญหาและความต้องการของตนเองและสมาชิกในครอบครัว					0.694
ระดับต่ำ	78	20.51	1		
ระดับปานกลาง - สูง	222	18.47	0.87	0.46 to 1.67	
3.การเข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ด้านสุขภาพในชุมชน					0.111
ระดับต่ำ	56	26.79	1		
ระดับปานกลาง - สูง	244	17.21	0.56	0.28 to 1.12	
4.การชักชวนให้สมาชิกในครอบครัว ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนบ้านเข้าร่วมกิจกรรมตรวจคัดกรองสุขภาพ					0.498
ระดับต่ำ	117	17.09	1		
ระดับปานกลาง - สูง	183	20.22	1.22	0.67 to 2.24	
5.การเป็นผู้ดูแลและคอยช่วยเหลือ เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย					0.156
ระดับต่ำ	30	10.00	1		
ระดับปานกลาง - สูง	270	20.00	2.24	0.65 to 7.69	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน ที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา วิเคราะห์ตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariable analysis) (n=300) ต่อ

ปัจจัย	จำนวน	%ความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2	Crude OR	95%CI	P-value
6.การได้รับการช่วยเหลือและดูแลจากคนในชุมชนที่อยู่อาศัยเมื่อเจ็บป่วยหรือมีปัญหาด้านสุขภาพ					0.784
ระดับต่ำ	94	18.09	1		
ระดับปานกลาง - สูง	206	19.42	1.09	0.58 to 2.04	
7.การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวได้รับรู้ข่าวสารในด้านสุขภาพ					0.106
ระดับต่ำ	83	13.25	1		
ระดับปานกลาง - สูง	217	21.20	1.76	0.86 to 3.59	
8.การส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวไม่ยุ่งเกี่ยวกับสารเสพติด					0.892
ระดับต่ำ	97	18.56	1		
ระดับปานกลาง - สูง	203	19.21	1.04	0.56 to 1.93	
9.กินอาหารที่มีไขมันสูง อาหารทอดหรือกะทิ					0.905
ระดับต่ำ	98	19.39	1		
ระดับปานกลาง - สูง	202	18.81	0.96	0.52 to 1.77	
10.การกินอาหารรสเค็มหรือรสหวานจัด หรือเติมน้ำปลา/น้ำตาลเพิ่ม					0.009
ระดับต่ำ	106	11.32	1		
ระดับปานกลาง - สูง	194	23.20	2.36	1.19 to 4.70	
11.การมีความเครียด/วิตกกังวล/หงุดหงิด ยากที่จะผ่อนคลายลงได้					0.003
ระดับต่ำ	21	38.10	1		
ระดับปานกลาง - สูง	279	17.56	2.88	1.13 to 7.34	
12.การออกกำลังกายต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที				0.351	
ระดับต่ำ	164	17.07	1		
ระดับปานกลาง - สูง	136	21.32	1.31	0.73 to 2.34	
<u>ปัจจัยด้านการบริการสุขภาพ</u>					
1.การได้รับบริการการตรวจคัดกรองสุขภาพจากโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นประจำ					0.946
ระดับต่ำ	27	18.52	1		
ระดับปานกลาง - สูง	273	19.05	1.03	0.37 to 2.86	
2.ความสามารถค้นหาหรือเลือกใช้บริการสุขภาพได้ด้วยตนเอง					0.237
ระดับต่ำ	111	22.52	1		
ระดับปานกลาง - สูง	189	16.93	0.70	0.39 to 1.25	
3.ความสามารถเลือกรับการบริการสุขภาพให้เหมาะสมกับการดูแลสุขภาพ				0.033	
ระดับต่ำ	21	38.10	1		
ระดับปานกลาง - สูง	279	17.56	0.34	0.13 to 0.88	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน ที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา วิเคราะห์ตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariable analysis) (n=300) ต่อ

ปัจจัย	จำนวน	%ความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2	Crude OR	95%CI	P-value
4.การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรับการรักษา หรือการดูแลสุขภาพร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข					0.335
ระดับต่ำ	78	15.38	1		
ระดับปานกลาง - สูง	222	20.27	1.39	0.69 to 2.80	
5.การได้รับการสื่อสาร หรือแจ้งเตือนภาวะสุขภาพจากสถานบริการสุขภาพในพื้นที่				0.469	
ระดับต่ำ	78	21.79	1		
ระดับปานกลาง - สูง	222	18.02	0.78	0.41 to 1.49	
6. การเข้ารับบริการจากโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง					0.977
ระดับต่ำ	68	19.12	1		
ระดับปานกลาง - สูง	232	18.97	0.99	0.49 to 1.96	
7. การมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว					0.239
ระดับต่ำ	106	22.64	1		
ระดับปานกลาง - สูง	194	17.01	0.70	0.38 to 1.26	
8.ความสามารถในการเดินทางไปรับบริการการดูแลสุขภาพได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว					0.194
ระดับต่ำ	104	23.08	1		
ระดับปานกลาง - สูง	196	16.84	0.67	0.37 to 1.21	
9.การเชื่อมั่นในศักยภาพการให้บริการของหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่					0.347
ระดับต่ำ	110	21.82	1		
ระดับปานกลาง - สูง	190	17.37	0.75	0.41 to 1.35	
10.การได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพจากโรงพยาบาล หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่อย่างพอเพียง					0.668
ระดับต่ำ	47	21.28	1		
ระดับปานกลาง - สูง	253	18.58	0.84	0.39 to 1.81	

6.4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา วิเคราะห์คราวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value < 0.05 ได้แก่

กลุ่มอายุ 50 -59 ปี มีความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็น 2.91 เท่าของกลุ่มอายุ 35 – 49 ปี (95%CI = 1.48 to 5.70 : p-value=0.002)

กลุ่มที่มีดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (BMI ≥ 23.0 กก./ตรม.) มีความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็น 2.58 เท่าของ กลุ่มดัชนีมวลกายปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95%CI = 1.33 to 5.00 : p-value=0.005)

การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็น 2.91 เท่าของการไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (95%CI = 1.47 to 5.76: p-value=0.002)

การกินอาหารรสเค็มหรือรสหวานจัดหรือเติมน้ำปลา/น้ำตาลเพิ่มในระดับปานกลาง – สูง มีความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็น 3.94 เท่าของการกินอาหารรสเค็มหรือรสหวานจัดหรือเติมน้ำปลา/น้ำตาลเพิ่มในระดับต่ำ (95%CI = 1.70 to 9.11: p-value<0.001)

การมีความเครียด/วิตกกังวล/หงุดหงิดยากที่จะผ่อนคลายลงได้ระดับปานกลาง – สูง มีความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็น 5.34 เท่าของการมีความเครียด/วิตกกังวล/หงุดหงิด ยากที่จะผ่อนคลายลงได้ในระดับต่ำ (95%CI = 1.77 to16.09: p-value=0.003)

การมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว ระดับปานกลาง – สูง มีความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็น 2.80 เท่าของการมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวในระดับต่ำ (95%CI = 1.29 to 6.07: p-value=0.009)

ความสามารถในการเดินทางไปรับบริการการดูแลสุขภาพได้อย่างสะดวกและรวดเร็วระดับปานกลาง – สูง มีความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็น 5.14 เท่าของความสามารถในการเดินทางไปรับบริการกาดูแลสุขภาพได้อย่างสะดวกและรวดเร็วในระดับต่ำ (95%CI = 2.22 to 11.44: p-value<0.001) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์คราวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) (n=300)

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ	จำนวน	%ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	P-value
1.อายุ						0.002
35 - 49	173	15.03	1	1	1.48 to 5.70	
50 - 59	127	24.41	1.82	2.91		
2.ดัชนีมวลกาย						0.005
ปกติ (BMI < 23.0 กก./ตรม.)	143	13.99	1	1	1.33 to 5.00	
เกินมาตรฐาน (BMI ≥ 23.0 กก./ตรม.)	157	23.57	1.89	2.58		

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 วิเคราะห์คราวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) (n=300) ต่อ

ปัจจัยกำหนดสุขภาพ	จำนวน	%ความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	P-value
3.การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์						0.002
ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	147	14.97	1	1	1.47 to 5.76	
ดื่มแอลกอฮอล์	153	22.88	1.68	2.91		
4.การกินอาหารรสเค็มหรือรสหวานจัด หรือเติมน้ำปลา/น้ำตาลเพิ่ม						<0.001
ระดับต่ำ	106	11.32	1	1	1.70 to 9.11	
ระดับปานกลาง - สูง	194	23.20	2.36	3.94		
5.การมีความเครียด/วิตกกังวล/หงุดหงิด ยากที่จะผ่อนคลายลงได้						0.003
ระดับต่ำ	21	38.10	1	1	1.77 to16.09	
ระดับปานกลาง - สูง	279	17.56	2.88	5.34		
6. การมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว						0.009
ระดับต่ำ	194	17.01	1	1	1.29 to 6.07	
ระดับปานกลาง - สูง	106	22.64	1.42	2.80		
7. ความสามารถในการเดินทางไปรับบริการการดูแลสุขภาพได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว						<0.001
ระดับต่ำ	194	17.01	1	1	2.22 to 11.44	
ระดับปานกลาง - สูง	106	22.64	1.48	5.14		

7. อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงานที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา พบว่า ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล คือกลุ่มอายุ 50 -59 ปี มีความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.002) ซึ่งสอดคล้องกับ รัตนาภรณ์ อาษา [8] และคณะ ที่ได้ศึกษาภาวะสุขภาพของเกษตรกรสวนยางพารา ตำบลหนามแท่ง อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะสุขภาพโดยรวม ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีอายุอยู่ใน ช่วง 41-50 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปของร่างกายไปในทิศทางที่เสื่อมลง ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.005) ซึ่งสอดคล้องกับ เยาวดี ศรีสถาน [9] ได้ศึกษาผลของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดการเฝ้าระวังตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพ 6 ด้าน (ดัชนีมวลกาย, รอบเอว, ความดันโลหิต, ระดับ

น้ำตาลในเลือด, ระดับไขมันในร่างกาย, ระดับไขมันในช่องท้อง) ภายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองในทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p<0.05 จากพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในโปรแกรมการจัดการตนเองครั้งนี้จะทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูงมีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงลดลง และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.002) ซึ่งสอดคล้องกับ เกษศิริ เจือจันทึก [10] ได้ศึกษาผลของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองคาย พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง หลังพัฒนาดีขึ้นมากกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ความถี่การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (Mean Dif.= 2.04, p=0.01) คะแนนความเสี่ยงภาวะสุขภาพดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) หลังพัฒนามีการควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงดีขึ้น ด้านปัจจัยกำหนดสุขภาพ พบว่าปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม ข้อคำถามการกินอาหารรสเค็มหรือรสหวานจัด หรือเติมน้ำปลา/น้ำตาลเพิ่ม มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ซึ่งสอดคล้องกับ ธีระศักดิ์ พาจันทร์และคณะ [11] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคายพบว่า พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้แก่ พฤติกรรมการควบคุมอาหาร (Adjusted OR=2.23, 95% CI=1.38–3.62, p=0.001) ดังนั้น ความส่งเสริมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลและด้านความเข้าใจ รวมถึงการควบคุมอาหารและการรับประทานยารักษาเบาหวาน เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน การมีความเครียด/วิตกกังวล/หงุดหงิด มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value= 0.003) ซึ่งสอดคล้องกับ กฤษณา คำลอยฟ้า [12]ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังหวัดนครราชสีมา พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านการดูแลรักษาต่อเนื่อง อยู่ในระดับสูง ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับการให้การสนับสนุนการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะช่วยให้มีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น ปัจจัยด้านการบริการสุขภาพ พบว่า การมีค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.009) ซึ่งสอดคล้องกับ จริยา ทรัพย์เรือง และคณะ [13] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ประกอบการร้านค้า วัยทำงาน หมู่ที่ 7 ตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริม ได้แก่ รายได้ (r=0.362, p=0.006) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (r=0.395, p<0.01) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (r=0.464, p<0.01)

ความสามารถในการเดินทางไปรับบริการการดูแลสุขภาพได้อย่างสะดวกและรวดเร็ว มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) ซึ่งสอดคล้องกับ ชวนพิศ สุนทรศารทูล [14] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลแม่ปูคา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามที่นัยสำคัญ 0.01 โดยมีค่า 0.50 ขึ้นไป ได้แก่ การรับรู้สิ่งอำนวยความสะดวกในการส่งเสริมสุขภาพ มีค่า .624, .557, .669 กระตุ้นให้ครอบครัวสนับสนุนติพฤติกรรมควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

8. ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1) กลุ่มวัยทำงานสวนยางพารามีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานชนิด 2 กับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ได้แก่ ปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคม และ ปัจจัยบริการสุขภาพ ควรส่งเสริมและสร้างความตระหนักรู้ถึงปัจจัยความเสี่ยงของตนเองที่จะพัฒนาเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในอนาคต

2) การป้องกันความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานต้องมีการบูรณาการทั้งภาครัฐและประชาชน เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มวัยแรงงานที่ประกอบอาชีพสวนยางพารา ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างทั่วถึง

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

ควรศึกษาการบูรณาการความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของกลุ่มวัยทำงาน เพื่อนำไปพัฒนาเป็นโปรแกรมเพื่อในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเพิ่มการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงของวัยทำงานต่อไป

9. จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และได้เอกสารรับรองเลขที่ IRB 84/2565 เมื่อวันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2566

10. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่กรุณาให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้านวิชาการ ขอขอบคุณองค์การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบูรณ์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำหนาว โรงพยาบาลน้ำหนาว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ประชาชนในพื้นที่อำเภอน้ำหนาว ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือให้การวิจัยในครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

11. เอกสารอ้างอิง

[1] Freinkel N, American Diabetes Association Standards of Medical Care in Diabetesd 2017, *Diabetes Care ;* 2017.135 p.

[2] กรมอนามัย,การดำเนินงานระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน,2560. [ออนไลน์]. Available: http://dental2.anamai.moph.go.th/download/article/ SurveilWorkingAge2018031213.pdf.. [วันที่เข้าถึง10 มีนาคม 2565].

[3] การยางแห่งประเทศไทยสาขาจังหวัดเพชรบูรณ์, พื้นที่สวนใหญ่ยางพารา, เพชรบูรณ์, 2565.

[4] กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางการประเมินผลกระทบสุขภาพระดับโครงการ, กรุงเทพมหานคร, 2552.

[5] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, คลังข้อมูลสุขภาพจังหวัดเพชรบูรณ์, 2565. [ออนไลน์]. Available: https://pnb.hdc.moph.go.th/hdc/main/index_pk.php . [วันที่เข้าถึง18 ตุลาคม 2565].

[6] Hsieh, A simple Method of Sample Size Calculation for Linear and Logistic regession, *Statistics in Medicine* 1998;17:1623-1634.

[7] Best John W, Research in Education, New Jersey: Prentice Hall,Inc, 1997.

[8] รัตนาภรณ์ อายา, พิชสุดา เดชบุญ, ประภัสสร รัตนวงษ์, อนุสสรา สุดธี, ดาวประกาย ลาแก้ว, “ภาวะสุขภาพของเกษตรกรสวนยางพารา ตำบลหนามแท่ง อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี,” *วารสารกรมการแพทย์* 2561;43(15):105-108.

[9] เยาวดี ศรีสถาน, “ผลของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดการเฝ้าระวังตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน-ความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองบัวลำภู,” *วารสารการพยาบาล สุขภาพ และการศึกษา* 2565;5(11):36-45.

[10] เกษศิริ เจือจันทึก, “ผลของพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จังหวัดหนองคาย,” *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา* 2565;7(12):23-34.

[11] ธีระศักดิ์ พาจันทร์,กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์,บุญสัน อนารัตน์ และนิรันดร์ ถาละคร. , “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 อำเภอท่าบ่อ จังหวัดหนองคาย,” *วารสารศูนย์อนามัยที่9* 2565;19(11):285-296.

[12] กฤษณา คำลอยฟ้า, “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลแก้งสนามนาง อำเภอแก้งสนามนาง จังนครราชสีมา,” *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี* 2562;17(11):17-30.

[13] จริยา ทรัพย์เรือง,ธมกร อ่วมอ้อ,ปริศนา อัครธนพล, อัจฉา เดชขุน,กันยา สุวรรณคีรีขันธ์, “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ประกอบการร้านค้าวัยทำงาน หมู่ที่7ตำบลบางโฉลง อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ,” *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม* 2564;44(11):61-72.

[14] ชวนพิศ สุนทรศารทูล, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในตำบลแม่ปูคา อำเภอสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่, *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อม* 2564;6(11):9-20.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ธนูย์สิญจน์ สุขเสริม ปร.ด.
บุษกร สุวรรณรงค์ วท.ม.
สนธยา ไสยสาลี วท.ม.
สุรศักดิ์ ธรรมรักษ์เจริญ วท.ม.
ดำรงค์ ก่องดวง วท.ด.
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
วันที่รับบทความ (Received) 1 มิถุนายน 2566
วันแก้ไขบทความ (Revised) 11 กรกฎาคม 2566
วันตอบรับบทความ (Accepted) 12 กรกฎาคม 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 2) ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 และ 3) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ เก็บรวมรวมข้อมูลกับประชากรนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ ปีการศึกษา 2565 ทุกคน จำนวน 360 คน โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 อยู่ในระดับดี ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับดี และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อและด้านทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่าด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรค, โคโรนาไวรัส 2019

The relationship between Health literacy and Behaviors to Prevent Coronavirus 2019 of Public Health Department Students Kalasin University

Thanoosin Sukserm Ph.D. (Corresponding author),
Bussakorn Suwannarong M.Sc.
Sonthaya Saiyasalee M.Sc.
Surasak Thammarakchareon M.Eng.
Damrong Kongduang Ph.D.
Faculty of Science and Health Technology, Kalasin University

Abstract

This research was cross-sectional analytic study. The purposes of this research were: 1) to study behaviors to prevent Coronavirus 2019 2) to study health literacy and behaviors to prevent Coronavirus 2019, and 3) to study the relationship between health literacy and behaviors to prevent Coronavirus 2019 in Public Health Department Students. The data were collected with the population of all 360 students in Public Health in the academic year 2022, using a questionnaire. The data was analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The result found that most of the Public Health Department Students had behaviors to prevent Coronavirus 2019 was good level. The health literacy and behaviors to prevent Coronavirus 2019 overall was a good level. Moreover, when analyzing the relationship between health literacy and behaviors to prevent Coronavirus 2019, Public Health Department Students found that health literacy was positively correlated with behaviors to prevent Coronavirus 2019 significantly at the .001 level. When considering related aspects found that Cognitive, Communication skill, Media literacy and Self-management were positively correlated with behaviors to prevent Coronavirus 2019 significantly at the .001 level. And Access to health information and services was positively correlated with behaviors to prevent Coronavirus 2019 significantly at the .05 level.

Keywords: Health literacy, Behaviors to Prevent, Coronavirus Disease 2019

1. บทนำ

โรคโควิด 19 (Coronavirus disease 2019, COVID - 19) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ซาร์ส-โควี-2 (SARS-CoV-2) ซึ่งได้มีการค้นพบการระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน ตั้งแต่ช่วงปลายปี พ.ศ. 2562 ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 มีอาการคล้ายไข้หวัด อาการทางเดินหายใจ เช่น มีไข้ ไอ มีน้ำมูก ในผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการรุนแรงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต โดยโรคโควิด19 จะมีระยะในการฟักตัว 2-14 วัน [1]

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด-19 โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคดังกล่าวเป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 โรคนี้เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ โดยสถานการณ์เมื่อวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ทั่วโลกสะสม จำนวน 513,312,529 ราย รักษาหายแล้วรวมจำนวน 467,239,988 ราย และเสียชีวิตรวม 6,260,672 ราย โดยประเทศที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อสูงที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา อินเดีย บราซิล ฝรั่งเศส และเยอรมัน ส่วนประเทศไทยอยู่ในอันดับที่ 24 ของโลก สำหรับสถานการณ์การระบาดในประเทศไทย ข้อมูลสะสมตั้งแต่ปี 2563 มีผู้ป่วยยืนยัน จำนวน 4,262,484 ราย หายป่วย 22,022 ราย โดยผู้ป่วยหายสะสมตั้งแต่ปี 2563 จำนวน 4,092,878 ราย เสียชีวิตสะสมตั้งแต่ปี 2563 จำนวน 28,617 ราย ผู้ป่วยรักษาอยู่ 140,989 ราย แบ่งเป็นอยู่ในโรงพยาบาล 35,325 ราย และโรงพยาบาลสนามอื่นๆ 105,664 ราย มีอาการหนัก 1,751 ราย และใส่เครื่องช่วยหายใจ 822 ราย[2]

การป้องกันโรคการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 นั้น กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวทางการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลเพื่อป้องกันและลดการแพร่เชื้อโควิด 19 [3] ดังนี้ 1) ออกจากบ้านเมื่อจำเป็นเท่านั้น หากออกนอกบ้านให้เว้นระยะห่างจากคนอื่นอย่างน้อย 1-2 เมตรหลีกเลี่ยงการเข้าไปในพื้นที่ที่มีคนหนาแน่น แออัด หรือพื้นที่ปิด 2) สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา เมื่ออยู่นอกบ้าน 3) ใช้รถสาธารณะเมื่อจำเป็นเท่านั้น และหลีกเลี่ยงชั่วโมงเร่งด่วน หากต้องซ้อนมอเตอร์ไซด์ ควรนั่งหันข้าง 4) ล้างมือบ่อยๆ ด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้ง ก่อนรับประทานอาหาร หลังใช้ส้วม หรือหลังจากไอจาม หรือหลังสัมผัสจุดเสี่ยงที่มีผู้ใช้งานร่วมกันในที่สาธารณะ เช่น กลอนหรือลูกบิดประตู ราวจับหรือราวบันได เป็นต้น 5) หลีกเลี่ยงการใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา ปาก จมูกโดยไม่จำเป็น 6) ผู้ที่เป็นกลุ่มเสี่ยง ผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 70 ปี ผู้มีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคปอด และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้เลี่ยงการออกนอกบ้าน เว้นแต่จำเป็น ให้ออกนอกบ้านน้อยที่สุด ในระยะเวลาสั้นที่สุด 7) แยกของใช้ส่วนตัว ไม่ควรใช้ของร่วมกับผู้อื่น 8) เลือกทานอาหารที่ร้อนหรือปรุงสุกใหม่ๆ ควรทานอาหารแยกสำรับ หรือหากทานอาหารร่วมกันให้ใช้ช้อนกลางส่วนตัว ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และพักผ่อนให้เพียงพอ 9) หากเดินทางกลับจากประเทศหรือพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด 19 ควรกักตัวเองที่บ้าน 14 วัน

และปฏิบัติตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข และ 10) หมั่นสังเกตอาการตนเอง หากมีอาการไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ให้ไปรับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้านทันที

โรคโคโรนาไวรัส 2019 ดังกล่าว มีความจำเป็นที่จะต้องมีความรอบรู้สุขภาพ (Health literacy) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ถูกกล่าวถึงในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับแนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกร่วมมือกันส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้นิยามความรอบรู้สุขภาพคือ “ทักษะต่าง ๆ ทางการรับรู้ทางสังคมซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลในการที่จะเข้าถึงเข้าใจและใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุง รักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ” แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกเป็น 3 ระดับ [4] คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นปฏิสัมพันธ์ Communicative / Interactive Health Literacy) และ ความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณญาณ (Critical Health Literacy) โดยความรอบรู้สุขภาพ (Health literacy) มีองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 6 ด้าน ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจ 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง และ 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถสะท้อนและอธิบายความเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพอีกทั้งเป็นทักษะหรือความสามารถในการค้นหาทำความเข้าใจ วิเคราะห์ประเมินและใช้ข้อมูลทางสุขภาพในการตัดสินใจได้อย่างถูกต้องเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต

นักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ เป็นนักศึกษาด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพเมื่อสำเร็จการศึกษาจะต้องไปทำหน้าที่ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน การเรียนต้องผ่านกระบวนการของการเรียนรู้ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อให้มีประสบการณ์ที่เพียงพอในการที่จะออกไปเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชนที่มีความรอบรู้และสามารถให้บริการสุขภาพที่ดีแก่ประชาชนในอนาคต ซึ่งในฐานะสถาบันการศึกษาที่ทำหน้าที่ในการผลิตบัณฑิตสาธารณสุขให้มีคุณภาพ และมีสมรรถนะเชิงวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน เพื่อให้บริการประชาชนเป็นต้องมีข้อมูลพื้นฐานนำ เข้าเพื่อพิจารณาปรับปรุงและพัฒนาหลักสูตร กระบวนการเรียนการสอน กิจกรรมพัฒนานักศึกษาทั้งในหลักสูตรและนอกหลักสูตรที่ตอบสนองบริบทของสังคมและสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ เพื่อนำมาสู่การพัฒนาส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันของโรคโคโรนาไวรัส 2019 นักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

2.1 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

2.2 เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของนักศึกษา สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

3. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytic Studies) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ โดยมีตัวแปรต้น คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยทักษะ 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการจัดการตนเองในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

3.1 ประชากร คือ นักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ปีการศึกษา 2565 ชั้นปีที่ 1 ถึงชั้นปีที่ 4 จำนวน 360 คน โดยการศึกษาครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกับประชากรนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ทุกคน จำนวน 360 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ประกอบไปด้วย 5 ส่วน ดังนี้

3.2.1 ส่วนที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List)

3.2.2 ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 แบ่งเป็น 6 ด้าน ประกอบด้วย

1) ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบปรนัย 5 ตัวเลือก จำนวน 15 ข้อ ให้เลือกตอบข้อที่ถูกที่สุด คำตอบที่ถูกต้องได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ส่วนคำตอบที่ไม่ถูกต้องได้คะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

2) ด้านทักษะ 5 ด้าน ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการจัดการตนเองในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 จำนวนทักษะละ 5 ข้อ รวมจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็น แบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์ความถี่ในการปฏิบัติ โดยเป็นข้อคำถามเชิงบวกทั้งหมด ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนน น้อยที่สุด 1 คะแนน

3.2.2 เกณฑ์การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 และทักษะในแต่ละด้าน มีดังนี้

1) ด้านความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ลักษณะเป็นข้อคำถามแบบปรนัย 5 ตัวเลือก โดยใช้เกณฑ์การแปลผลระดับคะแนนรวมของความรู้ จะพิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งแบ่งระดับคะแนนรวมออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้ เกณฑ์ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [4] ประกอบด้วย

มีความรู้ระดับไม่ถูกต้อง ช่วงคะแนนน้อยกว่า 9.00 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึงรู้และเข้าใจน้อยมากไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

มีความรู้ระดับถูกต้องบ้าง ช่วงคะแนน 9.00 – 10.99 คะแนน (ร้อยละ 60 ขึ้นไปแต่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง รู้และเข้าใจถูกต้องเป็นส่วนน้อยไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

มีความรู้ระดับถูกต้อง ช่วงคะแนน 11.00 - 11.99 คะแนน (ร้อยละ 70 ขึ้นไปแต่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง รู้และเข้าใจถูกต้องเป็นส่วนมากเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดี

มีความรู้ระดับถูกต้องที่สุด ช่วงคะแนนตั้งแต่ 12.00 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม) หมายถึง รู้และเข้าใจถูกต้องเพียงพอต่อการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพที่ดีอย่างยั่งยืน

2) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจ และ ทักษะการจัดการตนเองในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนรวมในแต่ละทักษะ จะพิจารณาจากคะแนนที่ได้ ซึ่งระดับคะแนนรวม

ออกเป็น 4 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [4] ประกอบด้วย

ระดับไม่ดี ช่วงคะแนนน้อยกว่า 15.00 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง ยังมีปัญหาด้านทักษะการฟัง การอ่าน การเขียนและการเล่าเรื่อง/โน้มน้าวผู้อื่นให้เข้าในการปฏิบัติตนเพื่อสุขภาพตนเองได้

ระดับพอใช้ ช่วงคะแนน 15.00 – 17.99 คะแนน (ร้อยละ 60 ขึ้นไป แต่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง สามารถที่จะฟัง พูด อ่านเขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้บ้างแต่ยังไม่เชี่ยวชาญพอ

ระดับดี ช่วงคะแนน 18.00 – 19.99 คะแนน (ร้อยละ 70 ขึ้นไป แต่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง สามารถที่จะฟัง พูด อ่าน เขียนเพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับปฏิบัติได้ดี

ระดับดีมาก ช่วงคะแนน 20.00 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม) หมายถึง มีความเชี่ยวชาญด้านการฟัง พูด อ่าน เขียน เพื่อสื่อสารให้ตนเองและผู้อื่นเข้าใจและยอมรับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง

3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม หมายถึง คะแนนรวมของความรอบรู้ ด้านสุขภาพประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ จำนวน 15 ข้อๆ ละ 1 คะแนน และทักษะอีก 5 ด้าน ได้แก่ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อทักษะการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ และทักษะการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ รวม 25 ข้อ ๆ 5 คะแนน รวมทั้งสิ้น 140 คะแนน และพิจารณาจากคะแนนที่ได้ซึ่งแบ่งระดับคะแนน รวมออกเป็น 4 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [4] ประกอบด้วย

ระดับไม่ดี ช่วงคะแนนน้อยกว่า 84 คะแนน (น้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม) หมายถึง เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติตนด้านสุขภาพ

ระดับพอใช้ ช่วงคะแนน 84 - 97 คะแนน (ร้อยละ 60 ขึ้นไป แต่น้อยกว่าร้อยละ 70 ของคะแนนเต็ม) หมายถึงเป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอ และอาจจะมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ถูกต้องบ้าง

ระดับดี ช่วงคะแนน 98 – 111 คะแนน (ร้อยละ 70 ขึ้นไป แต่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของคะแนนเต็ม) หมายถึงเป็นผู้มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพดีเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ถูกต้อง

ระดับดีมาก ช่วงคะแนน 120 คะแนนขึ้นไป (ร้อยละ 80 ขึ้นไปของคะแนนเต็ม) หมายถึง เป็นผู้มีระดับความรอบรู้ ด้านสุขภาพมากเพียงพอ และมีการปฏิบัติตนด้านสุขภาพได้ถูกต้องและสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย

3.2.3 ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า การแปลความหมายคะแนน ประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Best โดยคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก โดยมีข้อคำถามเชิงบวก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติน้อยมากหรือไม่ปฏิบัติเลย ให้ 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ให้ 1 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 2 คะแนน ปฏิบัติน้อยมากหรือไม่ปฏิบัติเลย ให้ 3 คะแนน โดยมีเกณฑ์ในการแปลความหมายดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 – 1.66 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 อยู่ในระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 1.67 – 2.33 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.00 หมายถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 อยู่ในระดับสูง

3.3 คุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC)[5] โดยนำแบบสอบถามเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เลือกข้อคำถามที่มีค่า ตั้งแต่ .05 ถึง 1.00 ถือว่ามีค่าความเที่ยงตรงในระดับใช้ได้ โดยข้อคำถามมีความค่าความเที่ยงตรงทุกข้อ

2) ตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยนำไปทดลองใช้กับนักศึกษาคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่นโดยหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าตามวิธีการของ Cronbach's Alpha Coefficient [6] โดยต้องมีค่าความเชื่อมั่น 0.70 ขึ้นไป ซึ่งแบบสอบถามชุดความรอบรู้ด้านสุขภาพและชุดพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81 และ 0.87 ตามลำดับ

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

3.5 จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ได้รับเอกสารรับรองเลขที่ HS-KSU 022/2565 เมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน 2565

4. สรุปผลการวิจัย

4.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในระดับดี ($\bar{X}$ =103.44, SD.=6.01) โดยมีความรู้ความเข้าใจในระดับถูกต้องที่สุด ($\bar{X}$ = 13.73, SD.=1.56) และพบว่าทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ เป็นทักษะที่อยู่ในระดับสูงสุด คือ ระดับดีมาก ($\bar{X}$ = 21.09, SD.=2.44) ส่วนทักษะที่ต่ำสุดคือ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ คือระดับพอใช้ ($\bar{X}$ =16.07, SD.=2.47) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ความรู้ความเข้าใจ	13.73	1.56	ความรู้ระดับถูกต้องที่สุด
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	17.60	2.11	ทักษะระดับพอใช้
ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	21.09	2.44	ทักษะระดับดีมาก
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	16.07	2.47	ทักษะระดับพอใช้
ทักษะการตัดสินใจ	17.25	2.13	ทักษะระดับพอใช้
ทักษะการจัดการตนเอง	17.68	2.09	ทักษะระดับดี
รวมทุกด้าน	103.44	6.01	ระดับดี

4.2. พฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.41, S.D. = 0.17) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 รายข้อ

พฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019	$\bar{x}$	S.D.	ระดับพฤติกรรม
1. การสวมหน้ากากอนามัยเมื่อออกนอกบ้าน	2.71	0.52	ดี
2. การดึงหน้ากากอนามัยไว้ใต้คาง	2.21	0.70	ปานกลาง
3. การเปลี่ยนหน้ากากอนามัยทุกวัน ไม่ใช้ซ้ำอันเดิม	2.53	0.61	ปานกลาง
4. การล้างมือด้วยน้ำสบู่ โดยล้างมือครบ 7 ขั้นตอน	1.27	0.44	ไม่ดี
5. การล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจล หรือสเปรย์ เมื่อสัมผัสกับสิ่งของที่ใช้ร่วมกับผู้อื่น	2.48	0.74	ปานกลาง
6. การใช้มือสัมผัสใบหน้า ตา จมูก ปากตนเอง โดยที่ยังไม่ได้ล้างมือ	2.59	0.64	ปานกลาง
7. การพบปะ พูดคุยกับบุคคลอื่น นักศึกษายืนห่างจากบุคคลอื่นอย่างน้อย 2 เมตร	1.69	0.62	ปานกลาง
8. การจับมือทักทายผู้อื่น สัมผัสสิ่งของร่วมกับบุคคลอื่น	2.36	0.67	ดี
9. การตรวจอุณหภูมิ ก่อนเข้าไปยังสถานที่ต่างๆ	2.56	0.62	ดี
10. การฉีดวัคซีนป้องกันโรค และแนะนำประโยชน์การฉีดวัคซีน	2.41	0.78	ดี
11. ทิ้งหน้ากากอนามัย หรือถุงมือ ในถุงขยะสีแดง ขยะติดเชื้อ	2.50	0.68	ดี
12. การชำระล้างร่างกายทันที เมื่อถึงบ้าน	2.71	0.60	ดี
13. การใช้ช้อนกลางรับประทานอาหารกับครอบครัว	2.17	0.83	ปานกลาง
14. การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาที	2.36	0.68	ดี
15. การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	2.66	0.57	ดี
16. การนอนหลับมากกว่า 6-8 ชั่วโมงต่อวัน	2.51	0.71	ดี
17. การสังเกตอาการตนเอง มีอาการไข้ เจ็บคอ หรืออาการผิดปกติอื่นๆ	2.67	0.61	ดี
18. ตรวจร่างกายโดยใช้ชุดตรวจ ATK เมื่อเข้าเกณฑ์กลุ่มเสี่ยง	2.80	0.45	ดี
19. การแยกตัว แยกข้าวของเครื่องใช้กับคนในครอบครัวเมื่อเข้าเกณฑ์กลุ่มเสี่ยง หรือมีอาการผิดปกติ	2.73	0.57	ดี
20. การแนะนำวิธีการปฏิบัติตนในการป้องกันให้กับคนในชุมชน	2.35	0.75	ดี
รวม	2.41	0.17	ดี

4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 (r = .666) โดยเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์รายด้าน พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และด้านทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .618, .425, .182,.238) และ ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .105) ส่วนด้านทักษะการตัดสินใจ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 (r)	P -value
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	.666**	<.001
1) ด้านความรู้ความเข้าใจ	.618**	<.001
2) ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	.105*	.048
3) ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ	.425**	<.001
4) ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	.182**	<.001
5) ด้านทักษะการตัดสินใจ	.010	.851
6) ด้านทักษะการจัดการตนเอง	.238**	<.001

5. การอภิปรายผล

5.1 พฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

พฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของกลุ่มนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ ภาพรวมอยู่ในระดับดี ($\bar{X}$ = 2.41, S.D. = 0.17) ซึ่งสอดคล้องกับการการวิจัยของรัศมี สุขนรินทร์และคณะ[7] ที่ศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของนักศึกษาวิทยาลัย การสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 271 คน พบว่า นักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ในระดับดี แต่การศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของประไพ วรรณ ด่านประดิษฐ์ และกรรณิกา เจิมเทียนชัย[8] ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ผู้ติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565 พบว่าผู้ติดเชื้อโรคโคโรนาไวรัส 2019 ที่รักษาหายแล้วมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 อยู่ในระดับปานกลาง

ทั้งนี้ นักศึกษาสาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ในระดับดี อาจเนื่องจากการระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 ที่แผ่ขยายวงกว้างไปทั่วโลก กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศเป็นโรคติดต่อร้ายแรง และได้ประกาศแนวทางการป้องกันและแนวปฏิบัติในการดำเนินกิจกรรมตลอดจนการใช้มาตรการทางกฎหมายมาควบคุมการแพร่ระบาด ในส่วนระบบการเรียนการสอนของสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ ได้ปรับการสอนโดยนำข้อมูลของสถานการณ์มาศึกษาและร่วมวิเคราะห์ในชั้นเรียนอยู่ตลอดเวลา ตลอดจนได้ให้นักศึกษาได้จัดทำสื่อเพื่อรณรงค์ให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องกับนักศึกษาสาขาอื่นๆ ซึ่งเป็นระบบการเรียนที่ฝึกนักศึกษาให้เป็นผู้นำด้านสุขภาพที่เป็นตัวอย่างและเพื่อไปสอนและแนะนำดูแลประชาชน โดยเน้นในวิชาการเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ที่ถูกต้องและทันต่อเหตุการณ์และวิชาการที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว นักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ จึงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ในระดับดี

5.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ ในภาพรวม พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี ($\bar{X}$ = 103.44, SD.=6.01) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐริกา พร้อมพูน และคณะ[9] ศึกษาเรื่องความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 และพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ พบว่า ระดับความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 โดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้นักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ เป็นนักศึกษาที่เรียนทางด้านสุขภาพ ได้รับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ตลอดเวลา รวมทั้งการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ตามแนวคิดและแนวทางปฏิบัติ ในการการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีหลักการสำคัญ 4 ประการ ตามแนวคิดของ Bandura [10] โดยการเรียนรู้จากประสบการณ์ตนเอง การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น โดยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบหรือการสังเกต

การใช้คำพูดชักจูง ที่เป็นกระบวนการในการกระตุ้นให้บุคคลปฏิบัติตามพฤติกรรมเป้าหมาย การกระตุ้นอารมณ์ ที่มีผลต่อระดับการรับรู้ความสามารถตนเอง กิจกรรมดังกล่าวเป็นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพในรายด้าน พบว่า ความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับถูกต้อง ($\bar{X}$ = 13.73, SD.=1.56) และทักษะรายด้าน พบว่า ทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ เป็นทักษะที่อยู่ในระดับสูงสุด คือ ระดับดีมาก ($\bar{X}$= 21.09, SD.=2.44) ส่วนทักษะที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ คือ ระดับพอใช้ ($\bar{X}$= 16.07, SD.=2.47) ซึ่งการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 เป็นปรากฏการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่อย่างมหาศาลต่อคนทั่วโลก มีข่าวสารเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคโคโรนาไวรัส 2019 มากมายปรากฏอยู่ในสื่อสังคมออนไลน์ จนกลายเป็นการแพร่ระบาดของข่าวสารที่เป็นข่าวจริง ข่าวปลอมและข่าวที่มีข้อมูลบิดเบือน ทำให้ผู้คนเกิดความสับสน ทั้งนี้สถานการณ์ของการแพร่ระบาดของข่าวสารดังกล่าว อาจทำให้ประชาชนทุกกลุ่มตลอดจนนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ เกิดความไม่เชื่อมั่น ลังเลในเลือกรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโคโรนาไวรัส 2019 จากสื่อสังคมออนไลน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงส่งผลให้การรู้เท่าทันสื่อเป็นความรอบรู้อยู่ในระดับพอใช้

5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (r = .666) ทั้งนี้ความสัมพันธ์รายด้านของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ของ นักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ พบว่า ด้านความรู้ความเข้าใจ ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อและด้านทักษะการจัดการตนเอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .001 (r = .618, .425, .182, .238) และพบว่า ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (r = .105) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหยาดพิรุณ ศิริ อธิวัต อาจหาญ นิรชร ชูติพัฒนะ[11] ที่ศึกษาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในภาคใต้ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์รายองค์ประกอบพบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และการศึกษาของวิชัย เทียนถาวรและณรงค์ ใจเที่ยง[12] ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019 ใน กลุ่มวัยเรียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง พบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการบอกต่อ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

แต่การผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับ สุภาภรณ์ วงธิ[13] ที่ศึกษาพบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย

ทั้งนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างผลลัพธ์ด้านสุขภาพทั้งในระดับบุคคลและในระดับประชากร ซึ่งเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคลที่กำหนดแรงจูงใจ และความสามารถเฉพาะบุคคล ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้ และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง เป็นสมรรถนะของบุคคลที่สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมินใช้ความรู้และสื่อสารตามความต้องการ รวมถึงเป็นทักษะทางสังคมและการคิดวิเคราะห์ที่กำหนดแรงจูงใจ และสมรรถนะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล เข้าใจและใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพ โดยนักศึกษาสาขาสาธารณสุขศาสตร์ เป็นวัยที่มีความพร้อมในการเรียนรู้ ทำความเข้าใจในสถานการณ์การระบาดของโรคและตระหนักถึงสถานะของตนเองที่เป็นนักศึกษาด้านสุขภาพ จึงสนใจในการศึกษาและติดตามข่าวสารตลอดจนมีการแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลที่ได้รับมาซึ่งกันและกันอยู่ตลอดเวลา จึงได้รับการกลั่นกรองข้อมูลอย่างถูกต้องในการไปใช้ในการดูแลพฤติกรรมการป้องกันโรคโคโรนาไวรัส 2019

6. ข้อเสนอแนะ

6.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจของนักศึกษาอยู่ในระดับพอใช้ ดังนั้น ควรจัดกระบวนการพัฒนาทักษะในการวิเคราะห์สื่อและการใช้สื่อให้นักศึกษาเกิดความมั่นใจในการรู้เท่าทันสื่อและส่งเสริมให้นักศึกษาเพิ่มความเชื่อมั่นสามารถนำข้อมูลไปใช้ให้ทันเหตุการณ์และเกิดประสิทธิภาพต่อตนเองและผู้อื่น

6.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อฝึกทักษะให้นักศึกษาเข้าถึงและเลือกรับข้อมูลข่าวสารในแหล่งที่เชื่อถือได้ รู้เท่าทันข่าวในสถานการณ์ที่สับสนเพื่อใช้ในการตัดสินใจเพื่อการดูแลประชาชนตามบทบาทของนักสาธารณสุขชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

7. เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค.โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [อินเตอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/faq_more.php
2. มติชนออนไลน์. เกาะติด Covid-19. [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.matichon.co.th/covid19/news_3319277
3. กรมควบคุมโรค. แนวทางปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) หรือโควิด 19 สำหรับประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง. [อินเตอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/int_protection/int_protection_030164.pdf
4. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
5. ธีระ กุลสวัสดิ์. การหาคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย. [อินเตอร์เน็ต]. [ชลบุรี] : มหาวิทยาลัยบูรพา; 2558. [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://km.buu.ac.th/public/backend/upload/article/file/document144620064347362700.pdf
6. ธีรวุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ (พิมพ์ครั้งที่ 4). อุบลราชธานี: วิทยาออฟเซทการพิมพ์; 2549.
7. รัศมี สุขนรินทร์, กฤษฎนัย ศรีใจ, จินดา ม่วงแก่น, วรัญญ์ศิชา ทรัพย์ประเสริฐ. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก. 2565;48 (3): 484-492.
8. ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์, กรรณิกา เจิมเทียนชัย. ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ผู้ติดเชื้อโควิด-19 ช่วงมีการระบาดปี 2564 และในไตรมาสแรกของ ปี 2565. วชิรสารการพยาบาล. 2565; 24 (2): 70-84.
9. ณัฐริกา พร้อมพูน, กฤษิณี เหลื่อง, วรางคณา คงสวัสดิ์, กฤติญา เส็งนา, ภูษณิศา มีนาเขตร. ความรอบรู้ทางสุขภาพด้านการป้องกันโรคโควิด-19 และพฤติกรรมสุขภาพแบบชีวิตวิถีใหม่ของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. วารสารสุขภาพและการพยาบาล มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2565; 1(1) : 16-27.
10. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 1977; 84(2): 191–215.

11. หยาดพิรุณ ศิริ, อธิวัต อาจหาญ, นิรชร ชูติพัฒนะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารควบคุมโรค. 2565; 48 (3): 493-504.
12. วิชัย เทียนถาวร, ณรงค์ ใจเที่ยง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มวัยเรียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564; 4(2): 126-137.
13. สุภาภรณ์ วงธิ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564. 98 หน้า

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

เอกสิทธิ์ โสดาดี,ส.ม.[1]
สุพัฒน์ อาสนะ,ส.ด.[2]
1.หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ,
2.อาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น.
วันที่รับบทความ (Received) 19 มิถุนายน 2566
วันแก้ไขบทความ (Revised) 12 กรกฎาคม 2566
วันตอบรับบทความ (Accepted) 14 กรกฎาคม 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี กลุ่มตัวอย่างคือ ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี จำนวน 366 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ร้อยละ 72.68 มีการเตรียมตัวทุกด้านอยู่ในระดับสูง คือ 1) ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม 2) ด้านสุขภาพ 3) ด้านเศรษฐกิจ 4) ด้านสังคม 5) ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.96 รายด้านทุกด้านอยู่ในระดับดีมาก คือ 1) ด้านการเข้าถึง 2) ด้านการเข้าใจ 3) ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล 4) ด้านการตัดสินใจ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ คือผู้ที่มีอายุ 50-54 ปี(OR_{adj} = 2.37, 95%CI : 1.25 to 4.49 ; p-value=0.008) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุคือการตัดสินใจอยู่ในระดับดีมากดี (OR_{adj}= 12.58, 95%CI : 6.49 to 24.38 ; p-value<0.001) และผู้ที่มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลอยู่ในระดับดีมาก (OR_{adj}= 3.63, 95%CI : 1.82 to 7.26 ; p-value<0.001)

คำสำคัญ: การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ, ข้าราชการ, กระทรวงสาธารณสุข, อุดรธานี

Factors associated with preparedness before entering the old age of government officials in the Ministry of Public Health, Udon Thani province

Ekkasit Sodadee,M.P.H.[1]

Supat Assana,Dr.P.H.[2]

1. Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen,

2. Lecturer of Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen

Abstract

This cross-sectional analytical study aimed to examine the factors associated with preparedness for aging among government officials in the Ministry of Public Health, Udon Thani province. The sample group consisted of 366 government officials aged between 50 and 59 years. Stratified random sampling was employed, and data were collected using a questionnaire. Data analysis involved descriptive statistics and Logistic Regression Analysis.

According to the findings, the sample group was high, (72.68%) reporting preparedness. In terms of specific dimensions, the highest level of preparedness was 1) observed in the areas of living environment 2) health 3) economy 4) social aspects 5) technology and innovation. Regarding health literacy about the elderly, the overall level of knowledge was high, with (75.96%) demonstrating good knowledge. In all dimensions, the level of knowledge was rated as excellent, 1)including information access 2)understanding 3) application 4) evaluation of health data .Factors significantly associated with preparedness for aging were personal characteristics, specifically 50 -54 years old ($OR_{adj.}$= 2.37, 95%CI: 1.25 to 4.49; p-value = 0.008), and health literacy about the elderly, particularly having an excellent evaluation of health data and services ($OR_{adj.}$= 12.58, 95%CI: 6.49 to 24.38; p-value < 0.001) and excellent application of health data and services (OR_{adj}=3.63, 95%CI:1.82 to 7.26 ; p-value<0.001).

Keywords : preparation for entering old age, government officials, Ministry of Public Health, Udon Thani.

บทนำ

โลกของเรามีประชากรทั้งหมด 7,795 ล้านคน มีผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากถึง 1,050 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมด[1] ซึ่งกล่าวได้ว่า โลกของเรากลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ หมายถึงมีอัตราผู้สูงอายุมากว่าร้อยละ 10 ของประชากร และมีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง เป็นผลมาจากการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ และสังคม อีกทั้งความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ทำให้สามารถควบคุมและป้องกันโรคติดเชื้อต่างๆ ส่งผลให้อัตราการตายลดลง ตลอดจนโครงการวางแผนครอบครัวที่มีประสิทธิภาพ ทำให้อัตราการเกิดของประชากรลดลง ปัจจัยเหล่านี้มีส่วนในการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั้งปริมาณและสัดส่วนต่อประชากรทั้งหมด[2] ส่วนประเทศในกลุ่มอาเซียนที่เข้าเกณฑ์เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้วมี 6 ประเทศ ได้แก่ สิงคโปร์ ร้อยละ 21 ไทย ร้อยละ 18 เวียดนาม ร้อยละ 12 มาเลเซีย ร้อยละ 11 อินโดนีเซีย ร้อยละ 10และเมียนมา ร้อยละ 10จากข้อมูล 2562[1]

ปัจจุบันประเทศไทย เป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์[2] พบว่ามีอัตราจำนวนการเกิดลดลงเหลือเพียง 6.1 แสนคนต่อปี ขณะที่จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 1.3 ล้านคนต่อปี[1] จากข้อมูลปีประชากรปี 2565 ประเทศไทยมีประชากรทั่วราชอาณาจักรทั้งสิ้นจำนวน 66,090,475 คน[3] จำนวน 12,519,926 คน เป็นผู้สูงอายุมากถึง 12,519,926 คน ซึ่งพบอัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุร้อยละ 29.67 ของประชากรไทย ปี พ.ศ.2565[3] ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงประชากรวัยสูงอายุ ได้นำไปใช้ในการคำนวณตัวชี้วัดสำคัญ ที่นำไปใช้ประกอบการวางแผนจัดสวัสดิการและบริการด้านสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุ ตัวชี้วัดดังกล่าวคือ อัตราส่วนการเป็นภาระ (Dependency Ratio) คือจำนวนคนที่ไม่ได้ทำงานเชิงเศรษฐกิจ ต่อจำนวนคนที่อยู่ในวัยทำงานเชิงเศรษฐกิจ มีความหมายว่า คนทำงานเชิงเศรษฐกิจ 100 คน ต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็กและผู้สูงอายุจำนวน30 คน ประเทศไทยมีวัยทำงาน 4 คน ซึ่งจะต้องเลี้ยงดูผู้สูงอายุ 1 คน[3] การดูแลผู้สูงอายุนั้นซึ่งเป็นการป้องกันปัญหาอันเกิดจากตามวัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ รัฐบาลได้บรรจุยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรวัยสูงวัยที่มีคุณภาพไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) โดยมีมาตรการเพื่อความเข้าใจในชีวิตและพัฒนาการในแต่ละวัย และเพื่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยชราที่เหมาะสม รวมถึงรณรงค์ให้สังคมตระหนักถึงความจำเป็นของการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมสูงอายุ ทางภาครัฐมีการสนับสนุนสวัสดิการให้แก่ ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เพื่อเป็นเงินช่วยเหลือ และแบ่งเบาภาระค่าใช้จ่ายค่าครองชีพในแต่ละเดือน เนื่องจากรายได้ จากอาชีพผู้สูงอายุที่ทำอยู่ในแต่ละเดือน อาจไม่เพียงพอต่อการใช้จ่าย สถานการณ์การเพิ่มขึ้นของผู้สูงสวัสดิการจากรัฐก็อาจจะไม่เพียงพออีกต่อไป เพราะคนสูงอายุมีมากขึ้น คนวัยทำงานมีน้อยลง รัฐจัดเก็บภาษีได้น้อยลง งบประมาณไม่พอ และดูแลไม่ไหว[4]

จากสถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุในปัจจุบัน จึงต้องตระหนักถึงปัญหาในอนาคตที่จะตามมากระทบต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะไม่สามารถคนอื่นได้ เพราะสภาพสังคม เศรษฐกิจ และโครงสร้างประชากรเปลี่ยนไป จึงต้องตระหนักถึงการเตรียมพร้อมเพื่อที่จะสามารถใช้ชีวิตก่อนเข้าสู่วัย

สูงอายุได้อย่างมีความสุข และไม่เป็นภาระมากจนเกินไป ผู้สูงอายุจึงต้องดูแลตนเองให้ได้ เพื่อให้เป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุถือเป็นการวางแผนชีวิตอย่างหนึ่ง การคิดและการเตรียมการต่างๆ ที่ควรต้องเริ่มตั้งแต่อยู่ในวัยทำงาน เนื่องจากเป็นกระบวนการที่ต้องต่อเนื่องเพื่อจะได้ปรับทัศนคติเรื่องการเข้าสู่วัยสูงอายุ รวมถึงมีเวลาวางแผนใช้ชีวิตอย่างรัดกุม การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุมีประโยชน์ในการช่วยลดปัญหาของผู้สูงอายุ ต้องปรับตัวต่อบทบาทที่เปลี่ยนแปลงได้และมีความพึงพอใจในชีวิต[5]

การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุควรมีการวางแผนล่วงหน้า เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 5 -10 ปี ช่วงอายุระหว่าง 50-59 ปี จะมีความตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มากขึ้นตามอายุที่เพิ่มการดำเนินการเพื่อเตรียมความพร้อมให้แก่คนในวัยทำงานนั้นได้รับความสนใจและการพัฒนาที่ค่อนข้างต่ำ[6] ให้คำนิยามผู้สูงอายุของไทยคือมี ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งคือช่วงเวลาเดียวกันของการเกษียณของข้าราชการซึ่งเป็นประชากรกลุ่มใหญ่อีกกลุ่มหนึ่ง โดยในปี 2563 ประเทศไทยมีข้าราชการพลเรือนจำนวน 458,796 คน[7] โดยบทบาทของเจ้าหน้าที่ของรัฐจะมีความเกี่ยวพันกับประชาชนค่อนข้างมากโดยเฉพาะบุคลากรทางด้านสาธารณสุข นั้นมีความใกล้ชิดกับประชาชนแทบทุกช่วงวัย โดยเฉพาะในส่วนภูมิภาค โดยกระทรวงสาธารณสุขมีหน่วยบริการด้านสุขภาพในสังกัดจำนวนมากครอบคลุมทุกพื้นที่ในประเทศ ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่ต้องใช้บริการของภาครัฐ[5] ทำให้ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุขมีจำนวนมากถึง 254,474 คน[7] ซึ่งข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขนั้นเป็นผู้ดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนรวมถึงผู้สูงอายุ จึงถูกมองว่าเป็นแบบอย่างที่ดีของสังคมในทุกๆด้าน และเป็นแบบอย่างของประชาชนทั่วไปได้ ในฐานะผู้ดูแลสุขภาพ[5] ซึ่งจำนวนข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอุดรธานี ปี พศ. 2565 มีมากที่สุดในกลุ่มจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน มากถึง 5,100 คน คิดเป็นร้อยละ 64.35 ของเขตสุขภาพที่ 8 ส่วนกลุ่มอายุ 50-59 ปี ของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอุดรธานีนั้นมีมากถึง 891 คน[7] จากรายงานประชุมสหกรณ์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ย้อนหลัง 3 ปี พบปัญหาด้านการเงินของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นสมาชิกสหกรณ์บางส่วนที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายหลังการเกษียณราชการเนื่องจากเงินเดือนลดลง ซึ่งปัญหาดังกล่าวมีการช่วยเหลือมาตลอดในการให้สิทธิการเสนอเงินกู้เพื่อใช้ชีวิตหลังเกษียณราชการ[8] จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ความเป็นอยู่ปัจจุบันของบุคลากรด้านสุขภาพด้านการเงินและหนี้ ไม่เอื้อต่อการมีความพร้อมในการดำเนินชีวิตที่มีคุณภาพในวัยสูงอายุ ขณะที่การเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ สู่วัยสูงอายุก็พบว่าประมาณครึ่งของบุคลากรด้านสุขภาพยังไม่มีการเตรียมความพร้อม หรือมีการเตรียมการแต่ไม่เป็นกิจจะลักษณะ จึงชี้ให้เห็นว่าประเด็นเฉพาะต่างๆ ที่ควรสนับสนุนให้บุคลากรด้านสุขภาพ ถ้ามีการเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุ อันจะนำไปสู่การมีความสุขของบุคลากรทั้งในปัจจุบัน และในอนาคตเมื่อก้าวสู่วัยผู้สูงอายุต่อไป[9]

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดสถานะสุขภาพของประชาชนเมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง จะส่งผลให้บุคคลนั้นไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้น ในทางกลับกันหากบุคคลใดมีความรอบรู้ด้านสุขภาพดี ก็จะส่งผลให้มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู้วัยสูงอายุที่ถูกต้อง แม้อยู่ในสถานการณ์ที่มีการเปลี่ยนแปลงสูง[10] ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นกลวิธีที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในการลดความเสี่ยงต่อโรคและภัยคุกคามด้านสุขภาพทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของประเทศได้ การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพดังกล่าว จึงเป็นการส่งเสริมและการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานแบบบูรณาการร่วมกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนทั้งในกลุ่มวัยทำงานและวัยเรียน โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพมี 4 องค์ประกอบ คือ 1) การเข้าถึง 2) การเข้าใจ 3) การตัดสินใจ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูล[11]

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่เกิดจากกระบวนการเตรียมตัวตั้งแต่ช่วงอายุ 50-59 ปี ซึ่งจะกลายเป็นผู้สูงอายุในอนาคต เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการจัดทำข้อเสนอแนะในการเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ สำหรับข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขและประชาชนทั่วไป เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีหลังวัยเกษียณราชการ ต่อไป

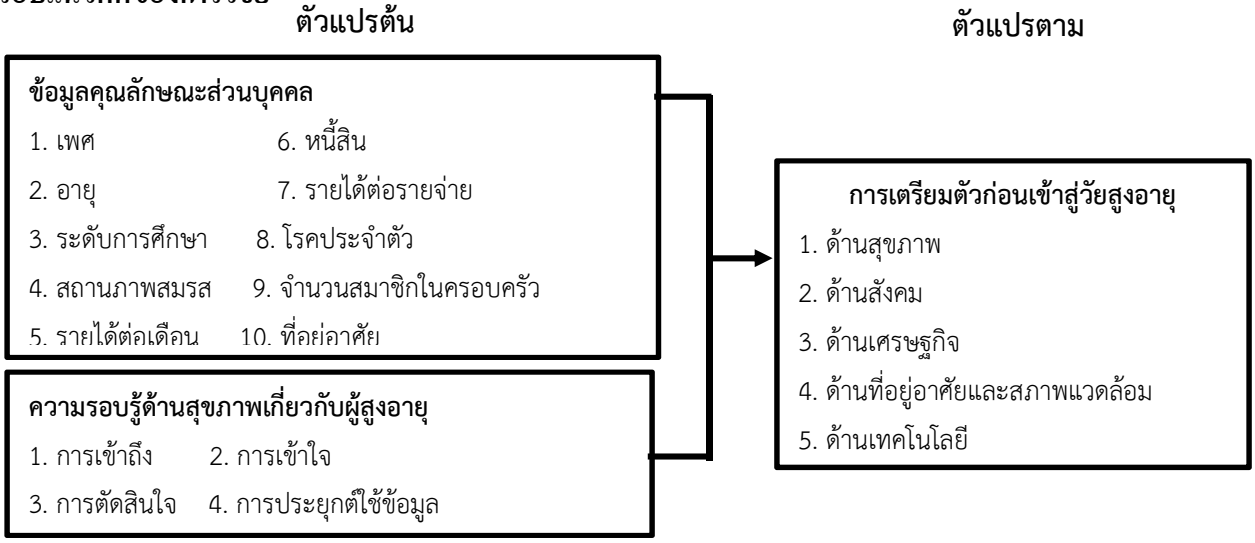
วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ทำการศึกษาในพื้นที่ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งมีข้าราชการที่มีอายุ 50-59 ปีที่ปฏิบัติงาน ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำนวน 891 คน ซึ่งจังหวัดอุดรธานีประกอบไปด้วย 20 อำเภอ แต่ละอำเภอประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการในช่วง เดือนมีนาคม - เมษายน พ.ศ. 2566

กรอบแนวคิดของการวิจัย



วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross sectional analytical study) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดอุดรธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัย คือ ข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอุดรธานี ที่มีอายุระหว่าง 50-59 ปี และปฏิบัติงานอยู่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วย สสจ./สสอ./รพศ./รพท./รพช./รพ.สต.จำนวน 891 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2566) คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างสำหรับกรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร Multivariable analysis ใช้สถิติ Multiple logistic regression โดยกำหนดค่า α 0.05 และ ß 0.20 โดยนำค่าสัดส่วนจากการศึกษาของ ดลนภา ไชยสมบัติ[6] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยวัยสูงอายุของประชากรก่อนวัยสูงอายุ คำนวณ (P0=0.55, P1=0.73,B=0.43) ได้จำนวน 183 คน

$$n = \frac{P(1-P)(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{\left[B(1-B)(P_0 - P_1)^2\right]}$$

และปรับขนาดตัวอย่างสำ หรับการวิเคราะห์ Multiple logistic regression[12]

$$N_p = \frac{n_1}{1-\rho^2_{1,2,3.....p}}$$

โดยเลือก ρ = 0.5 เนื่องจากค่า VIF = 2.00 แสดงว่าตัวแปรแต่ละตัวมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตัวอื่นๆ อยู่ในระดับที่ยอมรับได้จำนวนตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือ 366 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ ผู้อายุระหว่าง 50-59 ปี และเป็นข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานปฏิบัติงานอยู่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ประกอบด้วยสสจ., สสอ.,รพศ., รพท., รพช. และ รพ.สต. และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ ผู้มีปัญหาด้านการได้ยินและการสื่อสาร มีปัญหาด้านสุขภาพและจิตใจไม่พร้อมในการให้ข้อมูล

การสุ่มตัวอย่าง

สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ จำแนกอำเภอในจังหวัดอุดรธานีออกเป็นชั้นภูมิ (Stratified) จำนวน 20 อำเภอ คำนวณตามสัดส่วนประชากรและกลุ่มตัวอย่าง (Proportion to size; PPS) ใช้วิธีการจับฉลากรายชื่อแบบไม่ใส่คืนเพื่อเลือกเป็นตัวแทนของแต่ละอำเภอ ผู้วิจัยจะใช้วิธีการประสานติดต่อเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยกับคณะผู้ช่วยผู้วิจัย และสอบถามความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย หากพบกรณีที่บุคคลไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยผู้วิจัยจะทำการสุ่มไล่ถัดไปเรื่อย ๆ จนครบจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล คือแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ต่อเดือน หนี้สิน รายได้ต่อรายจ่าย โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ที่อยู่อาศัย

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2564)[11] ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ จำนวน 16 ข้อ ดังนี้ 1) การเข้าถึง จำนวน 4 ข้อ 2) การเข้าใจ จำนวน 4 ข้อ 3) การตัดสินใจจำนวน 4 ข้อ 4)การประยุกต์ใช้ข้อมูล จำนวน 4 ข้อ

เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ แบบ Rating Scale 5 ระดับ ดังนี้ ไม่เคยทำให้ 1 คะแนน, ทำได้ยากมากให้ 2 คะแนน, ทำได้ยากให้ 3 คะแนน, ทำได้ง่ายให้ 4 คะแนน และ ทำได้ง่ายมากได้ 5 คะแนน

การแปลผลความหมายพิจารณาจากค่าเฉลี่ยตามเกณฑ์ของเบสท์ (Best,1977)[13] ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68 - 5.00 หมายถึง ระดับดีมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 367 หมายถึง ระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับพอใช้

ส่วนที่ 3 การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1)ด้านสุขภาพ 2) ด้านสังคม 3)ด้านเศรษฐกิจ 4) ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม 5) ด้านเทคโนโลยี เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า

(Rating scale) โดยแบ่งการเตรียมความพร้อมเป็น 5 ระดับ ดังนี้ 5 คะแนน คือความพร้อมมากที่สุด, 4 คะแนน คือความพร้อมมาก, 3 คะแนน คือ ความพร้อมปานกลาง, 2 คะแนน คือความพร้อมน้อย และ 1 คะแนน คือความพร้อมน้อยที่สุด

การแปลผลความหมาย ความพร้อมในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ อ้างอิงตามการแปลผลของวรรณรา ชื่นวัฒนา และชูชีพ เบียดนอก[14] จำแนกออกเป็น 2 ระดับ คือ

มีความพร้อม หมายถึง มีความพร้อมในระดับสูง

ไม่มีความพร้อม หมายถึง มีความพร้อมในระดับต่ำถึงปานกลาง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Validity) โดยตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบแก้ไข และให้ข้อเสนอแนะแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข คำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence; IOC) ซึ่งทุกข้อมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1

การทดสอบความเที่ยงหรือความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงไปทดลองใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากข้าราชการที่ปฏิบัติงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จำนวน 30 คน และนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cornbrash's Alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 ด้านการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เท่ากับ 0.96 โดยภาพรวมทั้งฉบับมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ นำเสนอการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต(Arithmetic mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2. สถิติเชิงอนุมาน ในการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอุดรธานี โดยใช้สถิติการถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple logistic regression) ตัวแปรตาม คือการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ(มีความพร้อม,ไม่มีความพร้อม) เป็นการแจกแจงแบบบททวินาม มีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1) วิเคราะห์ปัจจัยทีละคู่ (Bivariable analysis) พิจารณา Odds Ratio อย่างหยาบ (crude OR) และ 95%CI ของ crude OR เพื่อดูความสัมพันธ์ของตัวแปรสองตัว คือ ตัวแปรตาม 1 ตัว และตัวแปร

อิสระคราวละ 1 ตัวแปร โดยยังไม่คำนึงถึงผลกระทบจากตัวแปรที่เหลือ พิจารณาค่า p-value < 0.25 เพื่อทำการคัดเลือกตัวแปรอิสระ เข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์คราวละหลายตัวแปร

2) การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariable analysis) เพื่อวิเคราะห์หาโมเดลที่ดีที่สุด (The best model) ใช้วิธีการตัดตัวแปรออกทีละตัวแปร (Backward elimination) โดยขจัดตัวแปรที่มีค่า P-value > 0.05 ออกทีละตัวแปร จนกว่าจะไม่สามารถตัดตัวแปรใดๆออกจากโมเดลได้ ถือเป็นโมเดลสุดท้ายที่จะอธิบายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็นค่า Adjusted Odds Ratio, 95%CI และ P-value < 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการ : HE652081 วันที่ 26 มกราคม พ.ศ.2566

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 79.78 มีอายุเฉลี่ย 53.33 ปี (S.D.=2.57) ระดับการศึกษาสูงสุด คือระดับปริญญาตรี ร้อยละ 77.05 มีสถานภาพสมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 82.79 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 49,840.71 บาท (S.D.=4,833.66) มีหนี้สินร้อยละ 87.16 มีหนี้สินเฉลี่ยต่อเดือน 17,782.66 บาท(S.D.=11,482.48) มีรายได้เพียงพอต่อรายจ่าย ร้อยละ 83.61 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.87 มีโรคประจำตัวคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 14.21 มีสมาชิกอาศัยอยู่ด้วยกัน จำนวน 2 คน ร้อยละ 48.91 และอาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 52.73

ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุ พบว่า ภาพรวมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 75.96 รายด้านพบว่าทุกด้านอยู่ในอยู่ในระดับดีมาก คือด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพความรอบรู้ทางสุขภาพ ร้อยละ 86.07 รองลงมาคือ ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ร้อยละ 82.51 ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ร้อยละ 75.96 และด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ร้อยละ 69.67 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุจำแนกรายด้าน และภาพรวม (n=366)

รายด้าน	ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ		
	ดีมาก	ดี	พอใช้
	n (%)	n (%)	n (%)
1.ด้านการเข้าถึง	315 (86.07)	51 (13.93)	0 (0.00)
2.ด้านการเข้าใจ	302 (82.51)	64 (17.49)	0 (0.00)
3.ด้านการตัดสินใจ	255 (69.67)	111 (30.33)	0 (0.00)
4.ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล	276 (75.41)	90 (24.59)	0 (0.00)
ภาพรวม	278 (75.96)	88 (24.04)	0 (0.00)

การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความพร้อม ร้อยละ 72.68 และไม่มีความพร้อม ร้อยละ 27.32 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ความพร้อมต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ (n=366)

ความพร้อมต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
มีความพร้อม	266	72.68
ไม่มีความพร้อม	100	27.32

การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุจำแนกรายด้านพบว่า ทุกด้านส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง คือด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม ร้อยละ 70.22 รองลงมา คือด้านสุขภาพ ร้อยละ 66.94 ด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 66.94 ด้านสังคมร้อยละ 61.20 และด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม ร้อยละ 48.36 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุจำแนกรายด้าน (n=366)

รายด้าน	ระดับการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ		
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ
	n (%)	n (%)	n (%)
1. ด้านสุขภาพ	245 (66.94)	121 (33.06)	0 (0.00)
2. ด้านสังคม	224 (61.20)	139 (37.98)	3 (0.82)
3. ด้านเศรษฐกิจ	245 (66.94)	110 (30.05)	11 (3.01)
4. ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม	257 (70.22)	103 (28.14)	6 (1.64)
5. ด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม	117 (48.36)	161 (43.99)	28 (7.65)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอุดรธานี

ผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ทีละคู่(Bivariate) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ดังนี้

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ ผู้ที่มีอายุ 50-54ปี มีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 3.36 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีอายุในช่วง55ปีขึ้นไป (95%CI : 2.06 to 5.45 ; p-value < 0.001) ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 50,000 บาทขึ้นไป มีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 0.54 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 50,000 บาท (95%CI : 0.33 to 0.86 ; p-value = 0.010) ผู้ที่มีที่อยู่อาศัยเป็นเจ้าของบ้านเอง มีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้ดีกว่าเป็น 1.75 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีอยู่อาศัยเช่าอยู่หรืออาศัยอยู่กับครอบครัว (95%CI : 1.10 to 2.78 ; p-value = 0.017)

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ที่มีระดับทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพความรอบรู้ทางสุขภาพระดับดีมาก มีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเป็น 4.53 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีระดับทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพความรอบรู้ทางสุขภาพระดับพอใช้ถึงดี (95%CI : 2.45 to 8.37 ; p-value < 0.001) ผู้ที่มีระดับการเข้าใจข้อมูลสุขภาพระดับดีมาก มีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้ดีกว่าเป็น 6.16 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีระดับการเข้าใจข้อมูลสุขภาพระดับพอใช้ถึงดี (95%CI : 3.46 to 10.95 ; p-value < 0.001) ผู้ที่มีการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพระดับดีมาก มีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้ดีกว่าเป็น 25.03 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีระดับการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพระดับพอใช้ถึงดี (95%CI : 13.77 to 45.48 ; p-value < 0.001) ผู้ที่มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพระดับดีมาก มีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้ดีกว่าเป็น 10.90 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพระดับพอใช้ถึงดี (95%CI : 6.31 to 18.84 ; p-value < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์ตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate analysis) (n=366)

ปัจจัย	จำนวน	%มีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	Crude OR	95%CI	P-value
1.เพศ			1	1	0.949
หญิง	292	72.60	1	1	
ชาย	74	72.97	0.98	0.55 to 1.74	
2.อายุ			1	1	<0.001*
55 ขึ้นไป	111	54.95	1	1	
50-54 ปี	255	80.39	3.36	2.06 to 5.45	
3. ระดับการศึกษา					0.803
ต่ำกว่าปริญญาตรี	312	72.44	1	1	
ปริญญาตรีขึ้นไป	54	74.07	1.08	0.56 to 2.09	
4. สถานภาพสมรส					0.807
โสด/หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	63	71.43	1	1	
สมรส/คู่/อยู่ด้วยกัน	303	72.94	0.92	0.50 to 1.69	
5.รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)					0.010*
น้อยกว่า 50,000 บาท	226	65.00	1	1	
50,001 ขึ้นไป	140	77.43	0.54	0.33 to 0.86	
6.หนี้สิน (ต่อเดือน)					0.308
มีหนี้สิน	319	71.79	1	1	
ไม่มีหนี้สิน	47	78.72	0.68	0.32 to 1.44	
7.รายได้ต่อรายจ่าย					0.260
ไม่เพียงพอต่อรายจ่าย	60	66.97	1	1	
เพียงพอต่อรายจ่าย	306	73.86	1.41	0.77 to 2.55	

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์ตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate analysis) (n=366) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	%มีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	Crude OR	95%CI	P-value
8. โรคประจำตัว					0.949
โรคประจำตัว	81	64.20	1	1	
ไม่มีโรคประจำตัว	285	75.09	0.59	0.35 to 1.00	
9.จำนวนสมาชิกในครอบครัว (คน)				0.046*	<0.001*
1 คน	81	81.48	1	1	
มากกว่า 2 คน	285	70.18	0.53	0.28 to 0.98	
10.ที่อยู่อาศัย					0.803
เช่าอยู่/อาศัยอยู่กับครอบครัว	168	66.67	1	1	
เจ้าของบ้าน	198	77.78	1.75	1.10 to 2.78	
11 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุ					0.807
11.1 ด้านการเข้าถึง					
ระดับพอใช้-ดี	51	43.14	1	1	
ระดับดีมาก	315		77.46	4.53	2.45 to 8.37
11.2 ด้านการเข้าใจ					
ระดับพอใช้-ดี	64	39.06	1	1	
ระดับดีมาก	302	79.80	6.16	3.46 to 10.95	0.308
11.3 ด้านการตัดสินใจ				<0.001*	
ระดับพอใช้-ดี	111	29.73	1	1	
ระดับดีมาก	255	91.37	25.03	13.77 to 45.48	0.260

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์ตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate analysis) (n=366) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	%มีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	Crude OR	95%CI	P-value
11.4 ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล			<0.001*		
ระดับพอใช้-ดี	90	34.44	1	1	
ระดับดีมาก	276	85.14	10.90	6.31 to 18.84	0.056

หมายเหตุ : P-value *< 0.25

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariable analysis) โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติกส์ (Multiple logistic regression) ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัว (Back ward elimination) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี ดังนี้ ผู้ที่มีอายุ 50-54 ปี มีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุเป็น 2.37 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 55 ปีขึ้นไป (OR_{adj} = 2.37, 95%CI : 1.25 to 4.49 ; p-value=0.008) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ด้านการตัดสินใจ พบว่าผู้ที่มีการตัดสินใจระดับดีมาก มีความพร้อมในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุเป็น 12.58 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีการตัดสินใจระดับพอใช้และดี (OR_{adj}= 12.58, 95%CI : 6.49 to 24.38 ; p-value<0.001) ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล พบว่าผู้ที่ที่มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลระดับดีมาก มีความพร้อมในการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ เป็น 3.63 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการประยุกต์ใช้ข้อมูลระดับพอใช้และดี (OR_{adj}= 3.63, 95%CI : 1.82 to 7.26 ; p-value<0.001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี วิเคราะห์คราวละหลายตัวแปร (Multivariable analysis) (n=366)

ปัจจัย	จำนวน	%มีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	P-value
อายุ						0.008*
55 ขึ้นไป	111	54.95	1	1	1	
50-54 ปี	255	80.39	3.36	2.37	1.25 to 4.49	
ด้านการตัดสินใจ						
ระดับพอใช้-ดี	111	29.73	1	1	1	<0.001*
ระดับดีมาก	255	91.37	25.03	12.58	6.49 to 24.38	
ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล						
ระดับพอใช้-ดี	90	34.44	1	1	1	<0.001*
ระดับดีมาก	276	85.14	10.90	3.63	1.82 to 7.26	

หมายเหตุ : P-value *<0.05

การอภิปรายผล

การเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดอุดรธานี พบว่าส่วนใหญ่มีความพร้อม ร้อยละ 72.68 และไม่มีความพร้อม ร้อยละ 27.32 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของเกรียงศักดิ์ ยศพิมพ์ และอู่ทอง นามวงษ์ (2562) [9] ได้ศึกษาการเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุของบุคลากรด้านสุขภาพในจังหวัดเลย มีพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งแสดงถึงความพร้อมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขส่วนใหญ่จะมีการเตรียมตัวเพื่อเกษียณอายุราชการและเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล คือ อายุมีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยผู้ที่มีอายุช่วง 50-54 ปี มีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้ดีกว่าเป็น 2.37 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีอายุในช่วงอายุ 55 ปีขึ้นไป (95%CI : 1.25 to 4.49; p-value=0.008) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[6] ที่ได้ศึกษาการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชาชนก่อนวัยสูงอายุ (อายุระหว่าง 50-59 ปี) ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดพะเยา พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับการเตรียมตัวเข้าวัยสูงอายุ โดยการที่บุคคลมีอายุเพิ่มขึ้น จะตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม มากขึ้นตามอายุที่เพิ่ม

ทั้งนี้มีข้อแนะนำในการเตรียมพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพกายและจิตใจ ด้านการเงิน ควรมีการวางแผนทางการเงินล่วงหน้า เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 5 -10 ปี เพื่อให้มีเวลาเก็บออมเงินให้เพียงพอไว้ใช้จ่ายในยามสูงอายุ, จัดเตรียมที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับสภาพของวัยสูงอายุ, รวมทั้งการเตรียมผู้ดูแล เพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สภาพร่างกายมีความเสื่อมถอย มีความต้องการการดูแลในยามเจ็บป่วยมากขึ้น

ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุ คือ ผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ พบว่า ผู้ที่มีการตัดสินใจ ระดับดีมาก มีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้ดีกว่าเป็น 12.58 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีการตัดสินใจ ระดับต่ำถึงดี (95%CI : 6.49 to 24.38 ; p-value < 0.001) และผู้ที่มีการประยุกต์ใช้ข้อมูล ระดับดีมาก มีความพร้อมในการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุได้ดีกว่าเป็น 3.63 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ผู้ที่มีการประยุกต์ใช้ข้อมูล ระดับต่ำถึงดี (95%CI : 1.82 to 7.26 ; p-value <0.001) สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[16] ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ของเขตสุขภาพที่ 2 พบว่าการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพในยุคปัจจุบันมีความสำคัญอย่างยิ่ง ความพร้อมในการเข้าสู่สังคมสูงอายุอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ร้อยละ 50 การมีชมรมผู้สูงอายุ มีสิ่งอำนวยความสะดวก มี อสม. จิตอาสา และ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง(Care Giver) มีกิจกรรมร่วมกันในสังคม จะช่วยให้มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา[17] ที่ได้ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชมรมผู้สูงอายุที่เข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการในโครงการพัฒนาเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี พบว่าแกนนำชมรมผู้สูงอายุมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 47.97±12.11 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ ร้อยละ 73.4 ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ในกลุ่มผู้นำองค์กร พบว่า ร้อยละ 73.81 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมในระดับพอใช้ และการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่า ร้อยละ 68.2 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องมาจากสัดส่วนด้านระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีความแตกต่างกัน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ นอกจากนี้จากการทบทวนวรรณกรรม[18] ที่ได้ศึกษาการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย พบว่าการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงอายุที่ผ่านมา มุ่งเน้นความสามารถพื้นฐานมากเกินไป ให้ความสำคัญในการพัฒนาทักษะค่อนข้างน้อย และการพัฒนาวิธีการวัดและการประเมินไม่ก้าวหน้าเท่าที่ควร ทัศนะที่แตกต่างของนักวิชาการในการพัฒนาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้ช่วยสร้างประเด็นในการพัฒนา ปรับปรุง และเตรียมการด้านการสื่อสารและการให้ข้อมูลข่าวสารในระบบบริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล รวมทั้งการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยอายุ ปัจจัยด้านการตัดสินใจ และปัจจัยด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี จากปัจจัยดังกล่าวบุคลากรทางสาธารณสุข ทั้งภาครัฐและเอกชน จึงต้องส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุด้านการตัดสินใจ และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล โดยเริ่มส่งเสริมตั้งแต่อายุ 50-59 ปี เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมการเตรียมความพร้อมที่มีสมบูรณ์แบบให้แก่ประชาชนต่อไป ที่จะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. การจัดกิจกรรมเพื่อเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ควรส่งเสริมด้านเศรษฐกิจและด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อการก้าวสู่วัยผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

2. หน่วยงานและภาคีเครือข่ายต่างๆ ควรจัดกิจกรรมการเตรียมตัวในทุกด้าน ล่วงหน้าอย่างน้อย 5-10 ปีก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้มีความพร้อมในการเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาประเด็นเชิงลึกการรับรู้ด้านต่างๆ เพื่อนำมาจัดทำเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นำไปเป็นข้อมูลเพื่อดูแลผู้สูงอายุในอนาคต

2. ควรศึกษาการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเตรียมความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจและด้านเทคโนโลยีและนวัตกรรม ที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชนเพื่อตอบสนองตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย ให้มีความรู้ความเข้าใจในการเตรียมความพร้อมเข้าสู้การเป็นผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณนายแพทย์ปรเมษฐ์ กิ่งโก้ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ได้อบรมสั่งสอนให้ความรู้และให้โอกาสพัฒนางาน ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาและช่วยเหลือเป็นอย่างดีในการศึกษาครั้งนี้ และขอขอบพระคุณ นายนพดล เลี้ยงพรหมสาธารณสุขอำเภอเมืองอุดรธานี ผู้ประสานงานบุคลากรระดับจังหวัดอุดรธานี ที่ให้โอกาสและความช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้ เจ้าหน้าที่ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีทุกคน และภาคีเครือข่ายที่ทำหน้าที่ผู้ช่วยผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมแบบสอบถามการวิจัยให้สำเร็จในการทำวิจัยครั้งนี้ จึงขอขอบคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย URL:https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1752. 2565.
2. ปราโมทย์ ประสาทกุลและคณะ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565.
3. กองยุทธศาสตร์และสารสนเทศที่อยู่อาศัย. รายงานข้อมูลประชากรและบ้านปี 2565 .กองยุทธศาสตร์ และสารสนเทศที่อยู่อาศัย. ฝ่ายวิชาการและพัฒนานวัตกรรมเพื่อที่อยู่อาศัย การเคหะแห่งชาติ. ข้อมูล ณ เดือน มกราคม 2566.
4. สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, กลไก นโยบาย และบทบาทของส่วนต่างๆ ในสังคม เกี่ยวกับการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. Mind the gap สู่ความเป็นธรรมด้านสุขภาพ ในศตวรรษที่ 21 ปฏิรูปสู่สิ่งที่ดีกว่า เพื่อเราทุกคน. กระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 2. 2564.
5. จิรวัฒน์ เชี่ยวชาญ. การเตรียมความพร้อมในการดำเนินชีวิตในวัยสูงอายุของข้าราชการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2564; 4(2), 50-66.
6. ดลนภา ไชยสมบัติ และบัวบาน ยะนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากรวัยก่อนสูงอายุ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 2562; 29(3), 131-143.
7. สำนักงานก.พ. กำลังคนภาครัฐข้าราชการพลเรือนสามัญ 2563. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารสำนักงาน ก.พ. ปี2564.
8. สหกรณ์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. วาระการประชุมสหกรณ์สหกรณ์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ครั้ง ที่ 1 ปี2565.
9. เกรียงศักดิ์ ยศพิมพ์ และอู่ทอง นามวงษ์. การเตรียมความพร้อมสู่วัยสูงอายุของบุคลากรด้านสุขภาพในจังหวัดเลย. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก, 2562; 6(2) :32.
10. วชากร นพนรินทร์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเตรียมความพร้อมสู่การเป็นผู้สูงวัยอย่างมีคุณภาพของประชาชน ในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร. ปี 2563.
11. กรมสนับสุนบริการสุขภาพ. ระบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.ปี 2564.
12.Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 1998;17(14):1623-34.
13. Best, John W. Research in Education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall,Inc. 1977

14 วรรณรา ชื่นวัฒนา, ชูชีพ เบียดนอก. การรับรู้และการเตรียมตัวเพื่อการเข้าสู่วัยสูงอายุของประชากร ไทยก่อนวัยสูงอายุ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี พ.ศ.2555; 2: 197 – 208.

15. ชนัญญา ปัญจพล. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ : กรณีศึกษาสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง). คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปีการศึกษา 2558. ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. พ.ศ. 2558.

16. ชัชวาลย์ เพ็ชรกอง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนาชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. 2562.

17. ศุภพิชญ์ ญาณโสภณ. พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มวัยก่อนสูงอายุ (Pre-aging) ในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ของเขตสุขภาพที่ 2. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2564; 17(3), 56-68.

18. ขวัญเมือง แก้วดำเกิงและดวงเนตร ธรรมกุล. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชากรผู้สูงวัย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 2558; 9(2), 1-8.

ผลกระทบ และการปรับตัวของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 (COVID-19)

ประจวบ แหลมหลัก ส.ด.
สมคิด จูหว้า ส.ด.
เทียนทอง ต๊ะแก้ว ส.ด.
ทวีวรรณ ศรีสุขคำ ปร.ด. (ประชากรศึกษา)
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา

วันที่รับบทความ(Received), 3 กรกฎาคม 2566 , วันแก้ไขบทความ (Revised), 27 กรกฎาคม 2566
วันตอบรับบทความ(Accepted), 15 สิงหาคม 2566

บทคัดย่อ

การระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลกระทบต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพที่อยู่ใกล้ชุมชนมากที่สุด การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลกระทบ การปรับตัว และข้อเสนอแนะเชิงพัฒนาของ รพ.สต.ต่อการระบาดของโรคโควิด-19 เก็บข้อมูลจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดคือเชียงราย น่าน พะเยา และลำปาง แบ่งการเก็บข้อมูลเป็น 2 ระยะ คือ 1) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา 2) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 300 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า รพ.สต.ได้รับผลกระทบด้านนโยบายไม่ชัดเจน ขาดความรู้และข้อมูล บุคลากร วัสดุ ครุภัณฑ์ และงบประมาณไม่เพียงพอ หยุดงานประจำบางอย่าง การปรับตัวโดยสร้างเครือข่ายระหว่างหน่วยงาน สร้างชุมชนจิตอาสา ระดมทรัพยากรจากเอกชน หาความรู้จากสื่อออนไลน์ ปรับการส่งยาผู้ป่วยเรื้อรังถึงบ้าน ข้อเสนอแนะคือการกำหนดนโยบายที่เป็นเอกภาพ ตั้งศูนย์ปฏิบัติการในพื้นที่ เพิ่มค่าตอบแทนให้เจ้าหน้าที่ พัฒนาหลักสูตรออนไลน์และระบบการเฝ้าระวังโรค ระยะที่ 2 พบว่า รพ.สต.ได้รับผลกระทบ และการปรับตัว อยู่ในระดับปานกลาง แต่ข้อเสนอแนะเชิงพัฒนาอยู่ในระดับสูง แสดงว่า รพ.สต.ยังขาดระบบการแก้ปัญหาโรคโควิด-19 ดังนั้นหน่วยงานทุกระดับควรเตรียมพร้อมสำหรับการเผชิญโรคโควิด-19 หรือโรคอุบัติใหม่ต่อไป

คำสำคัญ โควิด-19, ผลกระทบ, การปรับตัว โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Impact and Adaptation of Subdistrict Health Promoting Hospital in the COVID-19 Outbreak Situation

Prachuab Lamluk PH.D. Public Health, Corresponding author

Somkid Juwa PH.D. Public Health

Tientong Takaew PH.D. Public Health

Taweewan Srisukkham PH.D. (Population Education)

School of Public Health, University of Phayao

ABSTRACT

Outbreak of COVID-19 effected Subdistrict Health Promoting Hospital (SHPH.), the most closed up health center to community. This descriptive research aimed to study effect, adaptation and policy proposal on outbreak of COVID-19 to SHPH. Data were collected from head of SHPHs in 4 provinces; Chiang rai, Phayao, Nan and Lampang, divided into 2 phases. 1) Qualitative data were collected by using in-dept interview and analyzed by content analysis and 2) Quantitative data were collected by using questionnaire from 300 head of SHPHs and analyzed by descriptive statistics.

The result of the 1st phase revealed that outbreak of COVID-19 effected SHPH in unclear policy, lack of knowledge and information, inadequate personnel, material and budget, stop any routine work. SHPHs adapted themselves by creating working network and volunteer community, resource mobilizing from private sectors, enhancing knowledge from online media, drug delivery. Offer for problem solving were creating unity policy and area operation center, increasing compensation, developing online course and disease surveillance system. The 2nd phase showed that the effect and adaptation of SHPH on outbreak of COVID-19 were in middle level, but policy proposal were in high lever. That situation SHPHs were lack of appropriate system for response disease outbreak. So all level of public health management had to prepare system for respond COVID-19 and other emerging disease.

Keywords; COVID-19, Impact, Adaptation, Subdistrict Health Promoting Hospital

1.บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาด “การระบาดใหญ่" (pandemic) ของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus Disease 2019, COVID-19 หรือ โควิด 19) ซึ่งพบผู้ติดเชื้อทั่วโลกโดยปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อทั่วโลกถึง 451,805,663 คน รักษาหาย จำนวน 385,874,107 คน และเสียชีวิต 6,043,914 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 10 มีนาคม 2565)[1] ซึ่งการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (Covid-19) ดังกล่าวสร้างความเสียหายเป็นวงกว้างทั้งต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คน และส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพ ระดับโลก (Global Health Security) เนื่องจากพบการระบาดของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังไม่สามารถควบคุมการระบาดของโรคได้ในหลายประเทศทั่วทุกภูมิภาคของโลก ประเทศไทยได้มียอดผู้ติดเชื้อ จำนวน 3,111,857 คน รักษาหาย จำนวน 2,868,011 คน และเสียชีวิตจำนวน 23,512 คน (ข้อมูล ณ วันที่ 10 มีนาคม 2565)[1] ซึ่งมีผลต่อการดำเนินชีวิตของ ประชาชนในประเทศทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และการศึกษา รวมทั้งประเทศไทยมาตรการ ในการควบคุมและป้องกันโรคโควิด19 โดยได้มีศูนย์บริหารสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติด เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กระทรวงมหาดไทย (ศบค.มท.) ร่วมกับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในการรายงานและติดตามสถานการณ์ รวมทั้งในระดับพื้นที่ การดำเนินงานโดย ผู้ว่าราชการจังหวัด ภายใต้ความร่วมมือของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข รายงานสถานการณ์ระบาดของโรคประจำวันเฉพาะจังหวัดที่มีการระบาดของโรค ผ่านสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัด ตลอดจนถึงในระดับท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และ ระดับพื้นที่คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตลอดจนการเตรียมความพร้อม ศักยภาพและทรัพยากรของระบบบริการสุขภาพ การส่งเสริมการจัดการความรู้ การวิจัยและ พัฒนาและการสื่อสารและประชาสัมพันธ์อย่างมีประสิทธิภาพกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและ ประชาชน การบริหารจัดการเชิงบูรณาการเพื่อการจัดการกับการระบาดของโรคโควิด-19[2]

ภาคเหนือตนบนซึ่งประกอบด้วย จังหวัดแม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา น่าน และ แพร่ ประสบปัญหาและได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน และหน่วยงานที่ได้รับผลกระทบสูงคือ รพ.สต. เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดและต้องตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนมากที่สุด นอกจากนี้การปฏิบัติงานเป็นไปได้ยากเนื่องจากต้องประสานงานกับหน่อยงานอื่นๆ อีกหลายระดับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาผลกระทบ การปรับตัว และข้อเสนอของ รพ.สต. เพื่อเป็นปัจจัยนำเข้าในการพัฒนาการปฏิบัติงานของ รพ.สต.ต่อไป

2.วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษา

2.1 เพื่อศึกษาผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ต่อการปฏิบัติงานของ รพ.สต. ในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย

2.2 เพื่อศึกษาการปรับตัวจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ของ รพ.สต.ในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย

2.3 เพื่อศึกษาข้อเสนอเพื่อพัฒนาของ รพ.สต.ในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19

3.วิธีการ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Study) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และบริบทของการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ผลกระทบจากปัญหา การปรับตัวต่อปัญหา และข้อเสนอต่อการแก้ปัญหาการระบาดของโรค นำผลการศึกษาระยะที่ 1 มาสนับสนุนประเด็นการสร้างแบบสอบถามในระยะที่ 2 ซึ่ง เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Study) เพื่อประเมินผลกระทบ การปรับตัว และข้อเสนอเพื่อพัฒนาต่อการแก้ปัญหา เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ซึ่งแต่ละระยะมีระเบียบวิธีวิจัย

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์และบริบทของการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา 2019 ผลกระทบจากปัญหา การปรับตัวต่อปัญหา และข้อเสนอเพื่อพัฒนา เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) และสอบถามเพิ่มเติมผ่านสื่อออนไลน์เพิ่มเติมภายหลัง จากผู้ให้ข้อมูลหลักคือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ผอ.รพ.สต.) ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ระบาดรุนแรงในพื้นที่ 4 จังหวัด คือ เชียงราย พะเยา ลำปาง และน่าน จังหวัดละ 4 คน รวม 16 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย คือ ประเด็นการสัมภาษณ์ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulations) [3] แบบต่างบุคคลคือการเทียบเคียงคำตอบจากผู้ตอบในจังหวัดเดียวกัน นอกจากนี้หลังการสัมภาษณ์ยังมีการสอบถามข้อมูลซ้ำบางประเด็นโดยสื่อสารผ่านโทรศัพท์แอพพลิเคชั่นไลน์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการจัดหมวดหมู่กลุ่มคำ (Taxonomy)

ระยะที่ 2 เป็นการประเมินผลกระทบจากปัญหา การปรับตัวต่อปัญหา และข้อเสนอต่อการแก้ปัญหาอันเนื่องมาจากการระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1) ประชากร คือ ผอ.รพ.สต. ปฏิบัติงานอยู่ใน 8 จังหวัดเขตภาคเหนือตอนบน ได้แก่ แม่ฮ่องสอน เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา น่าน และ แพร่จำนวน 1,100 คน การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ ของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan) [4] ได้ขนาดตัวอย่าง 283 คน และเพื่อป้องกันการตอบกลับไม่ครบถ้วน จึงได้เพิ่มแบบสอบถามอีกประมาณร้อยละ 5 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณมาได้ 5 ซึ่งสอดคล้องกับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ คือร้อยละ 5 รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 300 คน สุ่มตัวอย่างโดย วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Sampling) **ขั้นตอนที่ 1** สุ่มแบบง่ายโดยจับฉลากจังหวัดมา 4 จังหวัด ได้จังหวัด เชียงราย ลำปาง พะเยา และน่าน **ขั้นตอนที่ 2** สุ่มแบบง่ายโดยจับฉลากอำเภอมาร้อยละ 30 ของจำนวนอำเภอในแต่ละจังหวัด แล้วหาสัดส่วนระหว่างจำนวนประชากรกับกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอ โดยจังหวัดเชียงรายได้อำเภอเมือง (24) พาน (16) เชียงของ (14) เทิง (13) แม่จัน (13)

เวียงป่าเป้า (8) แม่ลาว (7) เวียงชัย (7) ป่าแดด (5) จังหวัดพะเยา ได้อำเภอเมือง (12) เชียงคำ (13) ดอกคำใต้ (12) ปง (10) แม่ใจ (7) จังหวัดลำปาง ได้อำเภอเมือง (21) แม่ทะ (10) เกาะคา (10) งาว (10) ห้างฉัตร (8) แจ้ห่ม (8) จังหวดน่าน ได้อำเภอเมือง (13) เวียงสา (18) ท่าวังผา (12) ปัว (9) นาน้อย (6) เชียงกลาง (6) แม่จริม (5) และบ่อเกลือ (3) และ **ขั้นตอนที่ 3** สุ่มแบบง่ายโดยจับฉลาก รพ.สต.ตามสัดส่วนที่คำนวณมาได้

2) เครื่องมือ เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วนคือ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล และข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการ เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบและเติมข้อความลงในช่องว่าง (2) เป็นแบบสอบถามผลกระทบ (3) เป็นแบบถามการปรับตัว (4) ข้อเสนอเพื่อพัฒนา โดยส่วนที่ 2-4 เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีเกณฑ์การให้คะแนนคำถามเชิงบวกเป็น 5, 4, 3, 2 และ 1 ส่วนข้อความเชิงลบมีเกณฑ์การให้คะแนนเป็น 1, 2, 3, 4 และ 5 และ (5) เป็นคำถามปลายเปิดให้กลุ่มอย่างได้แสดงความคิดเห็นในภาพกว้างที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ปัญหา สำหรับการหาคุณภาพเครื่องมือเริ่มจากการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คืออาจารย์จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร และคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา แล้วนำมาประเมินค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence; IOC)[5] ผลปรากฏว่ามีค่า IOC มากกว่า 0.5 ทุกข้อคำถาม จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับ ผอ.รพ.สต. ที่ปฏิบัติงานในอำเภอที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง จังหวัดละ 10 คนรวม 40 คน แล้วนำมาประเมินความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach)[5] ได้ค่าความเที่ยงในส่วนแบบประเมินผลกระทบ การปรับตัว และข้อเสนอเชิงเพื่อพัฒนา เท่ากับ 0.92, 0.87 และ 0.96 ตามลำดับ

3) การเก็บรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ถึงสาธารณสุขอำเภอเพื่อขอความอนุเคราะห์จัดผู้ประสานงานการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการชี้แจงแนวทางการเก็บข้อมูลจากแบบสอบถามออนไลน์ (Google form) แก่ผู้ประสานงาน และดำเนินการเก็บข้อมูล

4) การวิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการพรรณนาระดับของผลกระทบ การปรับตัว และข้อเสนอเพื่อพัฒนา ใช้เกณฑ์ของ Best[6] ที่กล่าวไว้ว่า พิสัยของช่วงคะแนน (I) = (ค่าคะแนนสูงสุด-ค่าคะแนนต่ำสุด) /จำนวนชั้น ในการแบ่งระดับเป็น 3 ระดับ สูง ปานกลาง และต่ำ แทนค่าตามสูตรเป็น (5-1)/3 = 1.33 จึงสามารถแบ่งระดับออกเป็น 3 ระดับ คือ 1.00-2.33 หมายถึงระดับน้อย 2.34-3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 3.67-5.00 หมายถึงระดับมาก

4.จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยพะเยา เอกสารรับรองเลขที่ UP-HEC 1.2/016/65 ลงวันที่ 21 เมษายน พ.ศ. 2565

5.ผลการศึกษา

5.1 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

1) ผลกระทบจากปัญหา พบว่า “**ด้านบริหาร”** คือ บุคลากรไม่เพียงพอ มีภาระงานเพิ่มขึ้น รู้สึกเหนื่อยล้า เครียดสะสมจากการต้องทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน ขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน สะท้อนจากบทสัมภาษณ์ ผอ.รพ.สต.(1) “รู้สึกเหนื่อยมาก เครียด งานเยอะ คนน้อย อยากลาออก เหมือนพี่คนหนึ่งเขาขายที่ได้สิบกว่าล้าน เขาลาออกเลย” งบประมาณและอุปกรณ์ในการป้องกันโรคไม่เพียงพอ นโยบายการปฏิบัติจากส่วนกลางและในแต่ละจังหวัดไม่ชัดเจน (2)“เปลี่ยนนโยบายบ่อย วันนี้พูดอย่าง พรุ่งนี้พูดอย่าง ปฏิบัติไม่ถูก ตอบชาวบ้านไม่ได้ ถูกด่าเป็นประจำ” ขาดการบูรณาการการทำงานเป็นระบบของฝ่ายปฏิบัติการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ และภาคเอกชนที่มองว่าเป็นหน้าที่ของภาคท้องถิ่นเท่านั้น ทำให้บางพื้นที่ผลักภาระให้เจ้าหน้าที่ รพ.สต.เป็นผู้ตัดสินใจอยู่ฝ่ายเดียว ซึ่งเจ้าหน้าที่ รพ.สต.ไม่มีบทบาทในการตัดสินใจเนื่องด้วยการตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ จะต้องกระทำอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลอันเป็นข้อเท็จจริง และข้อจำกัดด้านกฎหมาย (3) “ชุมชนเขาไม่เข้าใจ เขาคิดว่าการเจ็บป่วยเป็นหน้าที่ของหมอนามัย แม้แต่การทำคำสั่งกักตัวผู้ป่วย หมออนามัยก็ต้องเซนเอง” **“ด้านวิชาการ”** คือ เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. รวมถึง อสม.ไม่มีประสบการณ์และความรู้ความสามารถมากพอต่อการเกิดโรคอุบัติใหม่ ทำให้การสื่อสารในภาวะวิกฤต โดยเฉพาะวิธีการสื่อสารนั้นไม่สอดคล้องกับสถานการณ์และการรับรู้ของประชาชน (4) “ผอ.รพ.ก็มาใหม่ๆ ไม่ค่อยรู้เรื่องโรค ชาวบ้านถามก็ตอบได้ไม่เต็มที่” ขาดโอกาสการพัฒนาวิชาการสำหรับพัฒนางาน “**ด้านบริการ”** คือ มีงานที่ต้องหยุดให้บริการได้แก่ งานทันตสาธารณสุข งานอนามัยแม่และเด็ก งานอนามัยโรงเรียน งานที่ต้องปรับรูปแบบการให้บริการ ได้แก่ คลินิกชุมชน วันฉีดวัคซีน วันคลินิกความดันเบาหวาน (5) “งานบางงานต้องหยุดให้บริการเลย เช่น งานทันตะ ฝากครรภ์ อนามัยโรงเรียน งานบางงานต้องเปลี่ยนรูปแบบการให้บริการ เช่น ยาเบาหวาน ความดัน ต้องให้ อสม.ส่งถึงบ้าน การฉีดวัคซีนต้องเลื่อนไปก่อน” ขาดแคลนวัสดุ เครื่องมือ และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการปฏิบัติงาน และขาดความพร้อมกับการตั้งรับทำงานเชิงรุกและการควบคุมการระบาด ซึ่งเจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการคัดกรอง และรูปแบบการให้บริการที่ไม่ชัดเจน

2) การปรับตัวต่อการแก้ปัญหา พบว่า **“ด้านบริหาร”** ปรับตัวโดยการการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งในด้านทรัพยากร บุคลากร ความรู้ และงบประมาณ มีการระดมทุนโดยการเปิดรับบริจาคจากชุมชน และองค์กรภาคเอกชนต่างๆ (6) “ช่วงแรกชุมชนร่วมกันบริจาค ต่อมาหน่วยงานคนคุ้นเคย และคนภายนอกโทรมาประสานขอส่งของมาบริจาค” จัดทีมอาสาสมัครจากประชาชนที่มีความพร้อมในการเป็นจิตอาสา และขออนุมัติทำงานนอกเวลาราชการโดยเบิกค่าตอบแทน **“ด้านวิชาการ”** มีการพัฒนาทักษะในการใช้เทคโนโลยีที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานผ่านเทคโนโลยีสารสนเทศ ด้วยอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ โทรศัพท์มือถือ หรืออุปกรณ์การสื่อสารต่าง ๆ แสวงหาความรู้เรื่องโรคด้วยตนเอง จากสื่อ

ออนไลน์ และจัดประชุม อบรม ผ่านระบบออนไลน์ **“ด้านบริการ”** มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการจ่ายยาจากเดิมที่ประชาชนมารับยาด้วยตนเองเป็นการจ่ายยาผ่าน อสม. แทน จัดช่องทางการติดต่อสื่อสารกับผู้รับบริการ และส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพตนเอง โดยจัดให้มีประกาศเสียงตามสาย การติดต่อสื่อสารทาง Line กลุ่ม เพจ Facebook ของ รพ.สต. เปิดให้บริการคนไข้นัดนอกเวลาราชการเพื่อลดความแออัด และการระบาดของโรคโควิด-19 เจ้าหน้าที่สวมชุดป้องกันที่ได้มาตรฐาน ในการให้บริการ การตั้งรับทำงานเชิงรุกและการควบคุมการระบาด

3) ข้อเสนอเพื่อพัฒนา พบว่า **“ด้านบริหาร”** คือ ผู้ว่าราชการจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรนำมาตรการต่าง ๆ ที่รัฐออกมาตามพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน และพระราชบัญญัติโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข ไปประยุกต์ใช้ให้ง่ายต่อการจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉินกรณีเกิดโรคระบาด เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้รวดเร็วยิ่งขึ้น จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการในพื้นที่เพื่อทำหน้าที่บริหารจัดการภาวะวิกฤตโดยเฉพาะ เพิ่มค่าตอบแทน สวัสดิการและสิทธิประโยชน์เพิ่มเติมต่าง ๆ สำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานทุกภาคส่วน ควรมีการเตรียมอัตรากำลังให้เหมาะสมเพียงพอ และให้ความสำคัญกับการสื่อสารกับบุคลากรเพื่อให้เกิดความเข้าใจอันดีในการปฏิบัติหน้าที่ การบูรณาการระบบเพื่อบริหารจัดการสถานการณ์ระดับพื้นที่ การสนับสนุนและบริหารการใช้ทรัพยากรสุขภาพระหว่างพื้นที่ ระบบสารสนเทศและกลไกด้านการเงินการคลังและงบประมาณเพื่อตอบสนองเหตุฉุกเฉิน และ สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ วัคซีน ให้เพียงพอ ต่อการปฏิบัติงาน **“ด้านวิชาการ”** จัดอบรมหลักสูตรออนไลน์ให้สอดคล้องกับความต้องการจำเป็น พัฒนาศักยภาพอย่างสม่ำเสมอ โดยการจัดฝึกอบรมความความรู้ ความสามารถ ในการปฏิบัติงานให้กับบุคลากรทุกภาคส่วนมีการอบรมเจ้าหน้าที่เพื่อเตรียมพร้อมรับมือโควิด-19 ให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องทั้งเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัยทุนการศึกษาต่อสำหรับเจ้าหน้าที่ และการพัฒนาระบบการสื่อสารเผยแพร่ข้อมูล การสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน **“ด้านบริการ”** กำหนดนโยบายในการทำงานด้านสาธารณสุขแต่ละด้านให้สอดคล้องกับสถานการณ์ การปรับระบบบริการสุขภาพให้ประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อมุ่งไปสู่การลดความเหลื่อมล้ำ ลดความแออัดและเพิ่มการเข้าถึงบริการ โดยเน้นการส่งเสริมและป้องกันโรค มีระบบการแพทย์ทางไกล และนวัตกรรมการแพทย์ใหม่ๆ การเตรียมความพร้อม สร้างความเข้าใจ แก่ประชาชนที่มารับบริการ และมีมาตรการการ แนวปฏิบัติ อุปกรณ์ การรับส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน

5.2 ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

1) ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 55 มีรายได้ 50,000 ขึ้นไป ร้อยละ 44.3 และประเมินว่ามีความพอเพียง ร้อยละ 59.7 มีประสบการณ์

การทำงาน 20-29 ปี ร้อยละ 37 สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 76.7 ได้รับวัคซีนโควิด-19 ส่วนใหญ่ได้รับวัคซีน คิดเป็นร้อยละ 99.7 ได้รับวัคซีน จำนวน 3 เข็ม ร้อยละ 62.3 เคยป่วยด้วยโรคโควิด-19 ร้อยละ 58 และบุคคลในครอบครัวเคยป่วยด้วยโรคโควิด-19 ร้อยละ 83.7 ด้านข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการ พบว่าสถานบริการส่วนใหญ่อยู่ในจังหวัดเชียงราย ร้อยละ 35.7 หน่วยงานต้นสังกัดคือกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 55 จำนวนข้าราชการอยู่ในช่วง 1-3 คน ร้อยละ 54.7 พนักงานจ้างอยู่ในช่วง 1-3 คน ร้อยละ 68 และจำนวนเงินบำรุง ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 250,000 บาท ร้อยละ 42.7

2) ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับผลกระทบในภาพรวมและแยกรายข้อ

ลำดับ	รายการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	ด้านการบริหาร			
1.	จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน	4.10	0.97	มาก
2.	เจ้าหน้าที่เหนื่อยล้าจนอยากยื่นลาออก	1.84	1.03	น้อย
3.	อาสาสมัครสาธารณสุขไม่พร้อมให้บริการ	2.73	1.08	ปานกลาง
4.	ขาดความร่วมมือจากประชาชน	2.76	0.98	ปานกลาง
5.	ขาดความร่วมมือจากผู้นำชุมชน	2.43	0.95	ปานกลาง
6.	งบประมาณไม่เพียงพอ	3.92	1.01	มาก
7.	ระบบงบประมาณไม่มีความชัดเจน	3.92	1.01	มาก
8.	ยาไม่เพียงพอ	3.67	1.08	มาก
9.	ชุด PPE ไม่เพียงพอ	3.83	1.07	มาก
10.	หน้ากากอนามัยไม่เพียงพอ	3.76	1.09	มาก
11.	แอลกอฮอล์สำหรับฆ่าเชื้อไม่เพียงพอ	3.51	1.11	ปานกลาง
12.	รถรับส่งผู้ป่วยไม่เพียงพอ	3.80	1.06	มาก
13.	ขาดความร่วมมือในการฉีดวัคซีนจากประชาชนเป้าหมาย	3.50	0.92	ปานกลาง
14.	นโยบายระดับกระทรวงไม่ชัดเจน	3.52	0.96	ปานกลาง
15.	นโยบายระดับจังหวัดไม่ชัดเจน	3.29	0.91	ปานกลาง
16.	การประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ชัดเจน	3.00	0.97	ปานกลาง
	รวม	3.35	1.01	ปานกลาง
	ด้านวิชาการ			
1.	เจ้าหน้าสาธารณสุขขาดความรู้เรื่องโรค	3.72	0.98	มาก
2.	ขาดการอบรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ใหม่	3.07	0.96	ปานกลาง
3.	ไม่มีเวลาในการพัฒนางานวิจัยเพื่อหาความรู้ใหม่	3.72	0.96	มาก

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับผลกระทบในภาพรวมและแยกรายข้อ (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
4.	ยังไม่มีสื่อสนับสนุนการเรียนรู้ที่เหมาะสม	3.38	0.92	ปานกลาง
5.	การศึกษาต่อไม่เป็นไปตามแผน	3.30	0.89	ปานกลาง
6.	การปรับเปลี่ยนองค์ความรู้เกี่ยวกับโรค	3.41	0.89	ปานกลาง
	รวม	3.27	0.93	ปานกลาง
	ด้านบริการ			
1.	งานโภชนาการ	3.15	0.91	ปานกลาง
2.	งานสุขศึกษา	3.44	0.87	ปานกลาง
3.	งานสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม	3.55	0.91	ปานกลาง
4.	งานเฝ้าระวังโรคติดต่อ	3.92	0.87	มาก
5.	งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค	3.83	0.87	มาก
6.	งานรักษาพยาบาล	3.96	0.82	มาก
7.	งานสุขภาพจิต	3.86	0.86	มาก
8.	งานทันตสาธารณสุข	3.76	1.06	มาก
9.	งานอนามัยแม่และเด็ก	3.51	0.87	ปานกลาง
10	งานคุ้มครองผู้บริโภค	3.39	0.89	ปานกลาง
11.	งานด้านแพทย์แผนไทย (ถ้ามีบริการ)	3.55	1.17	ปานกลาง
12.	งานการบริการรับส่งยาโรคเรื้อรังที่บ้าน	3.57	0.95	ปานกลาง
13.	งานอนามัยโรงเรียน	3.46	0.87	ปานกลาง
	รวม	3.41	0.95	ปานกลาง

จากตาราง 2 ผลกระทบด้านบริหารจากการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ จำนวนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เจ้าหน้าที่เหนื่อยล้าจนอยากยื่นลาออก ผลกระทบด้านวิชาการภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ไม่มีเวลาในการพัฒนางานวิจัยเพื่อหาความรู้ใหม่ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ เจ้าหน้าสาธารณสุขขาดความรู้เรื่องโรค ผลกระทบด้านบริการภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคืองานรักษาพยาบาล และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ งานโภชนาการ

3) การปรับตัวต่อการระบาดของโรคโควิด-19

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับของการปรับตัวภาพรวมและแยกรายข้อ

ลำดับ	รายการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	ด้านการบริหาร			
1.	การขอความช่วยเหลือจำนวนบุคลากรจากหน่วยงานอื่น	3.40	0.86	ปานกลาง
2.	ขออนุมัติทำงานนอกเวลาราชการ โดยเบิกค่าตอบแทน	3.06	1.14	ปานกลาง
3.	จ้างลูกจ้างเพิ่มเติม	2.20	1.13	น้อย
4.	จัดทีมอาสาสมัครจากประชาชน	3.05	1.09	ปานกลาง
5.	การเปิดรับบริจาคเงินจากภายนอก	2.34	1.15	ปานกลาง
6.	จัดทีมอาสาสมัครจากบุคลากรที่เกษียณอายุ	1.84	0.94	น้อย
7.	ขอรับการสนับสนุนนิสิตฝึกงานจากสถาบันการศึกษา	1.97	0.98	น้อย
	รวม	2.55	1.04	ปานกลาง
	ด้านวิชาการ			
1.	หาความรู้เรื่องโรคด้วยตนเองจากเวปไซต์ราชการ	3.97	0.78	มาก
2.	หาความรู้เรื่องโรคด้วยตนเองจากเวปไซต์ทั่วไป	3.98	0.81	มาก
3.	หาความรู้เรื่องโรคด้วยตนเองจากกลุ่มไลน์	3.90	0.81	มาก
4.	ขอทุนจากหน่วยงานภายนอกมาทำการวิจัย	2.09	1.09	น้อย
5.	เข้ารับการอบรมจากหน่วยงานภายนอก	2.32	1.04	น้อย
	รวม	3.25	0.91	ปานกลาง
	ด้านบริการ			
1.	มีการจัดลำดับความสำคัญของงานบริการ งานใดสำคัญให้ทำก่อน	4.17	0.70	มาก
2.	ให้ อสม.มาช่วยเหลือการปฏิบัติงานตามศักยภาพ	3.88	0.88	มาก
3.	ส่งเสริมประชาชนให้ดูแลสุขภาพตนเอง	4.19	0.69	มาก
4.	ขอรับการสนับสนุนนิสิตฝึกงานจากสถาบันการศึกษา	2.16	1.13	น้อย
5.	จัดอบรมผู้ดูแล (Caregiver) เพื่อช่วยดูแลผู้ป่วย	2.94	1.10	ปานกลาง
6.	มีบุลากรสุขภาพที่เกษียณอายุมาช่วยให้บริการ	1.90	1.05	น้อย
7.	มีประชาชนมาช่วยกระบวนการให้บริการ	2.40	1.06	น้อย
	รวม	3.09	0.94	ปานกลาง

จากตาราง 3 พบว่า การปรับตัวด้านการบริหารภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ การขอความช่วยเหลือจำนวนบุคลากรจากหน่วยงานอื่น และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ คือ จัดทีมอาสาสมัครจากบุคลากรที่เกษียณอายุ การปรับตัวด้านวิชาการต่อการระบาดของโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ หาความรู้เรื่องโรคด้วยตนเองจากเวปไซต์ทั่วไป ข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยน้อยที่สุด คือ ขอทุนจากหน่วยงานภายนอกมาทำการวิจัย และการปรับตัวด้านบริการภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ส่งเสริมประชาชนให้ดูแลสุขภาพตนเอง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ มีบุลากรสุขภาพที่เกษียณอายุมาช่วยให้บริการ

4) ข้อเสนอเพื่อพัฒนา

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับข้อเสนอเพื่อพัฒนาภาพรวมและแยกรายข้อ

ลำดับ	รายการ	$\overline{X}$	S.D.	ระดับ
	ด้านบริหาร			
1.	บรรจุเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มเติม	3.84	1.39	มาก
2.	สร้างแรงจูงใจในอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น การประกวดและมอบให้รางวัล	3.72	1.20	มาก
3.	มีนโยบายส่งเสริมการสร้างความร่วมมือจากชุมชน	3.94	0.96	มาก
4.	สนับสนุนงบประมาณเพิ่ม	3.91	1.26	มาก
5.	จัดระบบงบประมาณให้ชัดเจน	3.96	1.21	มาก
6.	สนับสนุนเวชภัณฑ์สนับสนุนการดูแลผู้ป่วย	4.10	0.98	มาก
7.	สนับสนุนชุด PPE ให้เพียงพอ	3.96	1.03	มาก
8.	สนับสนุนหน้ากากอนามัยให้เพียงพอ	4.10	0.94	มาก
9.	สนับสนุนแอลกอฮอล์สำหรับฆ่าเชื้อให้เพียงพอ	4.05	0.92	มาก
10.	จัดระบบการบริหารพาหนะสำหรับรถรับส่งผู้ป่วย	3.88	1.09	มาก
11.	สนับสนุนวัคซีนให้เพียงพอ	4.06	0.91	มาก
12.	กำหนดนโยบายระดับกระทรวงให้ชัดเจน	4.27	0.83	มาก
13.	กำหนดนโยบายระดับจังหวัดให้ชัดเจน	4.27	0.80	มาก
14.	สร้างระบบอาสาสมัครรูปแบบอื่นนอกเหนือจาก อสม.	3.84	1.02	มาก
	รวม	3.99	1.04	มาก

ตาราง 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับข้อเสนอเพื่อพัฒนาภาพรวมและแยกรายข้อ (ต่อ)

ลำดับ	รายการ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
	ด้านวิชาการ			
1.	จัดอบรมหลักสูตรออนไลน์ให้สอดคล้องกับความต้องการจำเป็น	3.93	0.86	มาก
2.	สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัย	3.76	0.99	มาก
3.	ส่งเสริมการพัฒนาสื่อออนไลน์อย่างกว้างขวาง	4.03	0.86	มาก
4.	สนับสนุนทุนการศึกษาต่อสำหรับเจ้าหน้าที่	3.79	1.03	มาก
	รวม	3.88	0.94	มาก
	ด้านบริการ			
1.	กำหนดนโยบายในการทำงานด้านสาธารณสุขแต่ละด้านให้สอดคล้องกับสถานการณ์	4.24	0.79	มาก
2.	พัฒนาศักยภาพ อสม.ให้ทันต่อสถานการณ์	4.21	0.79	มาก
3.	พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้ครอบคลุมภารกิจ	4.13	0.79	มาก
4.	ส่งเสริมการพัฒนาอาสาสมัครรูปแบบอื่นๆ	4.00	0.87	มาก
5.	ทบทวนสิทธิ์การรักษาผู้ป่วยให้ชัดเจน	4.05	0.86	มาก
	รวม	4.15	0.81	มาก

จากตารางที่ 4 พบว่า ข้อเสนอเพื่อพัฒนาด้านบริหารในภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ กำหนดนโยบายระดับจังหวัดให้ชัดเจน กำหนดนโยบายระดับกระทรวงให้ชัดเจน และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ บรรจุเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพิ่มเติม ข้อเสนอเพื่อพัฒนาด้านวิชาการภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ส่งเสริมการพัฒนาสื่อออนไลน์อย่างกว้างขวาง และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ สนับสนุนงบประมาณสำหรับการวิจัย ข้อเสนอเพื่อพัฒนาด้านบริการภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่ค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ กำหนดนโยบายในการทำงานด้านสาธารณสุขแต่ละด้านให้สอดคล้องกับสถานการณ์ และข้อที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ส่งเสริมการพัฒนาอาสาสมัครรูปแบบอื่นๆ

6.วิจารณ์

6.1 ผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 จากผลการศึกษาพบว่าแม้ผลกระทบทั้งด้านการบริหาร วิชาการ และบริการในภาพรวมจะอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อจะพบว่าประเด็นที่ได้รับการประเมินในระดับมาก จะเกี่ยวข้องกับทรัพยากรที่ต้องใช้ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในภาวะฉุกเฉิน และงานบริการที่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง เช่น ขาดความรู้ กำลังคน งบประมาณ ยา ชุดPPE หน้ากากอนามัย งานเฝ้าระวังโรคติดต่อ งานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค งานรักษาพยาบาล งานสุขภาพจิต และงานทันตสาธารณสุข สะท้อนถึงผู้ปฏิบัติงานตระหนักถึงความรุนแรงของโรค และเห็นความสำคัญต่อการแก้ปัญหา แต่มีข้อจำกัดด้านการจัดการที่เหมาะสมในการเผชิญกับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในภาวะฉุกเฉิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปองพล วรปาณิ[7] ที่พบว่ารูปแบบการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้ระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ได้แก่ การบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น การเงินการคลังด้านสุขภาพ และภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล[7] อย่างไรก็ตามแม้ผลการประเมินผลกระทบว่ากำลังคนไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน แต่กลุ่มตัวอย่างประเมินการมีส่วนร่วมกับชุมชนอยู่เพียงระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจจะเป็นผลมาจากกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่ รพ.สต.กับ อสม. ในพื้นที่ยังมีความเข้มแข็งพอในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในยามวิกฤติ อย่างไรก็ตามเมื่อหากพิจารณาการแก้ปัญหาระยะยาวและยั่งยืนแล้ว การทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชนยังมีความจำเป็นอย่างมาก สะท้อนจากการสัมภาษณ์ ผอ.รพ.สต.แห่งหนึ่งที่เสนอว่า “ท้องถิ่นเป็นแหล่งงบประมาณ และสามารถออกกฎ ระเบียบสำหรับการแก้ปัญหาได้อย่างเป็นรูปธรรม จึงควรเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้วยบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน”

6.2 การปรับตัวต่อการปฏิบัติงานของ รพ.สต. ในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินการปรับตัวด้านการบริหารภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินในระดับน้อยถึงปานกลางเท่านั้น ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการปรับตัวทางการบริหารจะเกี่ยวข้องกับกฎ ระเบียบ ซึ่งต้องผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน สำหรับประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างปรับตัวได้ดี มีผลการประเมินระดับมาก ได้แก่ หาความรู้เรื่องโรคด้วยตนเองจากเวปไซต์ราชการ หาความรู้เรื่องโรคด้วยตนเองจากเวปไซต์ทั่วไป และหาความรู้เรื่องโรคด้วยตนเองจากกลุ่มไลน์ สะท้อนว่าปัจจุบันสื่อออนไลน์ต่างๆ เป็นปัจจัยสำคัญในการสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแสวงหาความรู้ได้อย่างกว้างขวาง และสามารถปรับตัวได้ทันต่อเหตุการณ์ สำหรับการปรับด้านบริการที่ได้รับการประเมินระดับสูง คือ มีการจัดลำดับความสำคัญของงานบริการ งานใดสำคัญให้ทำก่อน ให้ อสม.มาช่วยเหลือการปฏิบัติงานตามศักยภาพ และส่งเสริมประชาชนให้ดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้เนื่องจากวิถีการทำงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขคือการทำงานร่วมกับชุมชน โดยมี อสม. เป็นผู้สนับสนุนการทำงาน จึงสามารถเข้าถึงชุมชนและร่วมงานกับ อสม.ได้อย่างเป็นอย่างดี

อีกประเด็นสำคัญประการหนึ่ง คือ อสม.มีความมุ่งเป็นทุนเดิมอยู่แล้วตามผลการวิจัยของ เยาวเรศ บรรเลง [8] ที่พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ อสม.ประสบผลสำเร็จคือ ความมุ่งมั่นในหน้าที่จิตอาสา ความตั้งใจ เสียสละ ประกอบกับ อสม.ได้รับค่าตอบแทนที่เรียบว่า “ค่าป่วยการ”[9] จึงส่งผลทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขคำนึงถึง อสม. มากกว่าอาสาสมัครอื่นๆ ที่ยังไม่มีค่าตอบแทนที่ชัดเจน

6.3 ข้อเสนอเพื่อพัฒนาของ รพ.สต.ในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 เมื่อพิจารณาข้อเสนอเชิงพัฒนาด้านการบริการ วิชาการ และการบริการทั้งภาพรวม และรายด้านพบว่าอยู่ในระดับมาก แสดงถึงการการทำงานของ รพ.สต.ยังมีส่วนขาดในการเผชิญกับการระบาดของโรคอุบัติใหม่ และเมื่อพิจารณาถึงข้อเสนอเพื่อพัฒนาเป็นรายข้อ ในด้านบริหารที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ กำหนดนโยบายระดับกระทรวงให้ชัดเจน และกำหนดนโยบายระดับจังหวัดให้ชัดเจน และด้านบริการคือ กำหนดนโยบายในการทำงานด้านสาธารณสุขแต่ละด้านให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ซึ่งเป็นเนื้อหาที่สอดคล้องกัน นอกจากนี้ข้อเสนอเพื่อพัฒนาด้านวิชาการที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือ ส่งเสริมการพัฒนาสื่อออนไลน์อย่างกว้างขวาง สะท้อนถึงการสื่อสารออนไลน์เป็นปัจจัยสำคัญในวิถีการทำงานใน รพ.สต.ในยุคปัจจุบัน

7.สรุป ผลการศึกษา พบว่า ผลกระทบ และการปรับตัวต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผลกระทบและการปรับที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยสนับสนุนการเผชิญต่อโรคในภาวะฉุกเฉินอยู่ในระดับสูง ส่วนข้อเสนอเพื่อพัฒนาทั้งภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับสูง

8.ข้อเสนอแนะ

8.1 ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ จากผลการศึกษาพบว่าผลกระทบที่สำคัญ คือ นโยบายขาดความชัดเจนส่งผลทำให้การจัดการทรัพยากรสนับสนุนการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งทรัพยากรในภาวะฉุกเฉินขาดประสิทธิภาพ ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขควรถอดบทเรียน พัฒนาแบบแผนการเผชิญโรคโควิด-19 และโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ ที่ชัดเจน และมีการซ้อมแผนอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้พบว่า สื่อออนไลน์รูปแบบต่าง ๆ กระทรวงสาธารณสุขควรสร้างนโยบายด้านการใช้สื่อออนไลน์สนับสนุนการปฏิบัติงานใน รพ.สต.

8.2 ข้อเสนอแนะต่อการการวิจัยครั้งต่อไป กระทรวงสาธารณสุขควรส่งเสริมและควรสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ทำการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการเผชิญกับโรคโควิด-19 หรือโรคอุบัติใหม่อื่น ๆ

9. กิตติกรรมประกาศ การวิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณรายได้คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา.

10. เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ COVID-19 ในประเทศไทย [อินเตอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อ 1 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก https://www.facebook.com/photo/?fbid= 519240653027597 & set=a.106142991004034

2. สรายุทธ แก้วกุลปรีชา (2564). การบริหารราชการแผ่นดินในสถานการณ์การแพร่ระบาด ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 : กลไกของฝ่ายปกครองในการแก้ไขปัญหาด้วยการบูรณาการและนวัตกรรม. [อินเตอร์เน็ต]. 2564.[เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://moi.go.th/moi/wp-content/uploads/ 2021/09/sarayut02.pdf .

3. บุษกร เชี่ยวจินดากานต์. เทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา. วารสารศิลปะศาสตร์ปริทัศน 2561; 25 : 103-118.

4. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 3: 607-610.

5. จิติรัตน์ แสงเลิศอุทัย. คุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย. วารสารวิจัยและพัฒนาหลักสูตร, 2560; 7 : 1-15.

6. Best, J. Research in Education. New Jersey: Prentice Hall, Inc; 1977.

7. ปองพล วรปาณิ (2566) การถอดบทเรียนการบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ในการรับมือโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้แนวคิด 6 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ: กรณีศึกษาอำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2566; 2 : 1-14.

8.เยาวเรศ บรรเลง (2566). การศึกษาบทบาทการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา2019ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดแพร่ม, วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก 2566; 2 : 26-47.

9. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. แนวทางการดำเนินงานการจ่ายเงินค่าป่วยการ อสม. ผ่านระบบ e-Payment [อินเตอร์เน็ต]. 2564.[เข้าถึงเมื่อ 2 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://hss.moph.go.th/HssDepartment/img/pdf/e-payment_61.pdf

คุณภาพชีวิตการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลถลางจังหวัดภูเก็ต

สุธาทิพย์ เดชะโชติ ส.บ.
โรงพยาบาลถลาง อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต
อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ ปร.ด. (ผู้วิจัยร่วม)
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร จังหวัดพิษณุโลก
วันที่รับบทความ(Received), 9 สิงหาคม 2566 , วันแก้ไขบทความ (Revised), 14 กันยายน2566
วันตอบรับบทความ(Accepted), 15 กันยายน 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต กลุ่มประชากรคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต ปีงบประมาณ 2566 จำนวน 373 ราย โดยใช้สูตรการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 209 ราย ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตการทำงาน ส่วนที่ 3 ความผูกพันต่อองค์การ การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ 0.969 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานประกอบด้วย ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ด้านสถานภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาบุคลากร ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านความสัมพันธ์ในสังคม ด้านลักษณะการบริหารงาน ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ด้านความภูมิใจในองค์กร ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (67%) ($\bar{X}$=3.80, S.D.=0.50) สำหรับด้านความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย ด้านการยอมรับองค์กร ด้านการใช้ความสามารถเพื่อองค์กร ด้านความต้องการเป็นสมาชิกขององค์กร ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (52.2%) ($\bar{X}$=4.18, S.D.=0.51) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.475, P-value<0.001)

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิตการทำงาน, ความผูกพันต่อองค์การ

Quality of Work Life Associated with Organization Commitment Among Health Personnel Practicing in Thalang Hospital, Phuket Province.

Sutatip Dachachote, B.P.H. (Public Health)
Thalang Hospital, Phuket Province
Amornsak Poum Ph.D. Public Health, Corresponding author
Faculty of Public Health, Naresuan University, Phitsanulok Province

Abstract

This descriptive research study aimed to study quality of work life associated with organizational commitment among health personnel practicing in Thalang Hospital, Phuket Province. Population was 373 health personnel which be worked at Thalang Hospital, Phuket Province, in 2023 fiscal year and the sample size calculating used Daniel formula for 209 cases, and systematic random sampling was determine. Data collected by questionnaires composed of; parts 1 characteristic, part 2 quality of work life, part 3 organizational commitments. In addition to, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability by Cronbach's coefficient alpha about 0.969, an association analysis used Pearson product moment correlation coefficient. The result showed that quality of work life factors including, adequate and fair compensation, health and safety at workplace, opportunity for human capacity development, opportunity for job security and advancement, social integration, constitutionalism, the total work and life space, and organizational pride had mean score with moderate level ($\overline{X}$=3.80, S.D.=0.50). Moreover, organizational commitment including, the confidence and acceptance through an organization goals and values, the willingness to use their best efforts to work for the benefit of organization, the strong desire to retain its membership in an organization had mean score with high level (52.2%) ($\overline{X}$=4.18, S.D.=0.51). An association analyzed found that quality of work life factors was associated with organizational commitment among health personnel practicing in Thalang Hospital, Phuket Province with statistic significant (r=0.475, P-value<0.001).

Keyword: Quality of work life, Organization commitment

1. บทนำ

การมีคุณภาพชีวิตที่ดีคือความปรารถนาอันสูงสุดของมนุษย์นอกจากจะบังเกิดแก่ตนเองแล้วยังหวังที่จะให้เกิดแก่ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ปัจจุบันคุณภาพชีวิตได้รับการกำหนดให้เป็นเป้าหมายสูงสุดในการพัฒนาประเทศ หากบุคลากรมีคุณภาพชีวิตที่ดีแล้วก็สามารถเป็นพลังสร้างสรรค์สังคมและประเทศชาติไปสู่ความเจริญ[1] สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (ก.พ.) กำหนดมิติด้านคุณภาพชีวิตและความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานในกรอบมาตรฐานความสำเร็จของการบริหารทรัพยากรบุคคล ประกอบด้วยปัจจัย 4 มิติ ได้แก่ มิติด้านการทำงาน มิติด้านส่วนตัว มิติด้านสังคมและมิติด้านเศรษฐกิจประกอบกับพระราชบัญญัติระเบียบข้าราชการพลเรือน พ.ศ.2551 มาตรา 72 กำหนดให้ส่วนราชการมีหน้าที่เพิ่มพูนประสิทธิภาพและเสริมสร้างแรงจูงใจให้ข้าราชการพลเรือนสามัญ เพื่อให้มีคุณภาพคุณธรรม จริยธรรม คุณภาพชีวิต มีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติราชการให้เกิดผลสัมฤทธิ์ต่อภารกิจภาครัฐ [2]

โรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ที่มีผู้รับบริการทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในมีจำนวนเพิ่มขึ้นในอัตราสูงเรื่อยมา สถิติที่เป็นข้อน่าสังเกตพบว่าในปี พ.ศ.2565 มีบุคลากรที่ลาออก ในกลุ่มต่างๆ ดังนี้ กลุ่มข้าราชการ ร้อยละ 1.76 กลุ่มลูกจ้างประจำ ร้อยละ 16.67 กลุ่มพนักงานกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 4.35 ลูกจ้างชั่วคราวประเภทรายวัน ร้อยละ 25.51 กลุ่มลูกจ้างชั่วคราวประเภทรายเดือน ไม่พบการลาออก ในปี พ.ศ.2565 แต่พบการลาออกในปี 2564 ร้อยละ 8.70 โดยสาเหตุการลาออก ได้แก่ ได้งานใหม่ ร้อยละ 43.72 รองลงมาคือกลับภูมิลำเนา ลาศึกษาต่อ ประกอบธุรกิจส่วนตัว ค่าจ้างไม่พอกับค่าครองชีพ ร้อยละ 22.33, 7.91, 7.44 และ 1.86 ตามลำดับ โดยที่ผลการประเมินความเครียดด้วยตนเองของบุคลากรโรงพยาบาลถลาง ปี พ.ศ.2565 พบว่า เจ้าหน้าที่มีค่าคะแนนความเครียดระดับสูงกว่าปกติเล็กน้อย (18-25 คะแนน) ร้อยละ 10 มีค่าคะแนนความเครียดระดับสูงกว่าปกติปานกลาง (26-29 คะแนน) ร้อยละ 0.03 และมีค่าคะแนนความเครียดระดับสูงกว่าปกติมาก ร้อยละ 0.77 [3]

คุณภาพชีวิตของคนในองค์กรหรือคุณภาพชีวิตในการทำงานเป็นลักษณะการทำงานที่ทำให้บุคคลนั้นเกิดความรู้สึกเป็นสุขจากสภาพที่ตนเองได้รับขณะปฏิบัติงาน คุณภาพชีวิตในการทำงานเกี่ยวข้องกับชีวิตในการทำงานของแต่ละบุคคลและสภาพแวดล้อมในการทำงานภายในองค์กร แต่มีเป้าหมายสำคัญร่วมกันอยู่ที่การลดความตึงเครียดทางจิตใจ เพื่อเพิ่มความพึงพอใจในงานที่ทำเป็นลักษณะการทำงานที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการและความปรารถนาของบุคคลที่ปฏิบัติงานอยู่ในองค์กรในด้านต่างๆ การตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของบุคคลในการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน การทำงานภายในองค์กรอย่างมีความสุข มีความพึงพอใจในงานที่ได้ปฏิบัติ รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่มีความเหมาะสมซึ่งก่อให้เกิดความพึงพอใจในงานจึงทำให้บุคลากรทำงานอย่างมีคุณภาพ ในขณะเดียวกันก็มีความรู้สึกว่าตนมีคุณค่าต่อองค์กรและถ้าบุคลากรสาธารณสุขสามารถผสมผสานการทำงานกับชีวิตส่วนตัวได้อย่างเหมาะสมทำให้ดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข สรุปได้ว่าคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นสิ่งสำคัญที่

ตอบสนองความต้องการของบุคคลด้านต่างๆ ทั้งด้านส่วนตัวและสภาพแวดล้อมในการทำงานเพื่อทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจและมีความสุขในการทำงานพร้อมๆกันและยังมุ่งเน้นการจะสร้างความผูกพันต่อองค์กรให้เกิดขึ้นควบคู่ไปด้วย การสร้างความผูกพันต่อองค์กรให้เกิดขึ้นได้ต้องใช้ทั้งความพึงพอใจในงานและความรู้สึกมีส่วนร่วมประกอบกัน ฝ่ายองค์กรและฝ่ายบุคลากรที่พร้อมจะหันหน้าเข้าหากันเพื่อคิดหาแนวทางที่จะนำไปสู่เป้าหมายขององค์กร โดยที่ทั้งสองฝ่ายต่างมีความพึงพอใจด้วยกัน[4] จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าการศึกษาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[5] และโรงพยาบาลชุมชน[6] อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งในองค์การหากคนทำงานทั้งหลายได้รับการจัดสรรสิ่งต่างๆ ภายใต้สภาวะแวดล้อมหรือบรรยากาศองค์การที่เอื้อต่อการมีชีวิตที่ดีในขณะปฏิบัติงานทั้งปริมาณและคุณภาพที่เหมาะสม บุคลากรก็ย่อมเกิดความสุขมีขวัญกำลังใจที่ดีในการทำงานเป็นแรงจูงใจต่อการสร้างประสิทธิภาพในการทำงานและส่งผลกระทบในทางบวกต่อเนื่องไปถึงองค์การในภาพรวม จากข้อมูลข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลถลาง เพื่อนำเสนอข้อมูลคุณภาพชีวิตในการทำงานของบุคลากรที่จะนำมาเป็นฐานในการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้สอดคล้องกับความต้องการของบุคลากรในองค์การอย่างแท้จริง เพื่อผู้บริหารองค์การสามารถนำไปเป็นข้อมูลบริหารจัดการด้านกำลังคนให้มีประสิทธิภาพ เสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรทุกระดับให้ความสุข เพื่อธำรงรักษาบุคลากรให้ยังคงมีความมุ่งมั่นปฏิบัติงานให้กับองค์การอยู่ในโรงพยาบาลต่อไป อันจะส่งผลต่อประสิทธิภาพและคุณภาพของบริการสุขภาพอย่างมีคุณภาพ

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานกับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต

2.1 สมมุติฐานการวิจัย

คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรในโรงพยาบาลถลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research study) โดยกำหนดกรอบแนวคิด ประกอบด้วย ตัวแปรอิสระในการวิจัย ประกอบด้วย 1) คุณภาพชีวิตในการทำงาน โดยใช้แนวคิดของ Walton[4] ได้แก่ ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ด้านสถานภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาบุคลากร ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านความสัมพันธ์ในสังคม ด้านลักษณะการ

บริหารงาน ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ด้านความภูมิใจในองค์กร และ 2) ความผูกพันต่อองค์กร โดยใช้แนวคิดของ Steers[7] ประกอบด้วย การยอมรับองค์กร การใช้ความสามารถเพื่อองค์กร และความต้องการเป็นสมาชิกขององค์กร ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม-กรกฎาคม พ.ศ.2566

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต จำนวน 373 คน เกณฑ์การคัดเข้าคือ เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานปีงบประมาณ 2561 และมีประสบการณ์การทำงานอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป เกณฑ์การคัดออกคือ เจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอนโดยใช้สูตร Daniel[8] กำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 209 คน

3.2 การสุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต โดยการเทียบสัดส่วนจำนวนบุคลากรของแต่ละแผนก แล้วทำการสุ่มเลือกรายชื่อแบบมีระบบโดยนำรายชื่อของบุคลากรแต่ละแผนก มาเรียงลำดับตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณระยะห่างของการสุ่ม เพื่อสุ่มเลือกรายชื่อจนครบ

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่งปัจจุบัน ประเภทตำแหน่ง ตำแหน่งทางการบริหาร อายุราชการ และระยะเวลาที่ปฏิบัติราชการ

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตในการทำงาน[4] ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่าตามระดับความคิดเห็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง เกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best J.W.[9] แบ่งคะแนนความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34–3.66) และระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00–2.33)

ส่วนที่ 3 ความผูกพันต่อองค์การ[7] ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างเกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของ Best J.W.[9] แบ่งคะแนนความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.67–5.00) ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34–3.66) และระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00–2.33)

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน (ค่า IOC ระหว่าง 0.67-1.00) หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลป่าตองที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้สูตร

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค[10] เท่ากับ 0.97 เมื่อพิจารณาจำแนกรายด้าน ได้แก่ คุณภาพชีวิตในการทำงาน เท่ากับ 0.97 ความผูกพันต่อองค์การ เท่ากับ 0.92

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment correlation coefficient โดยพิจารณาค่า P-value ที่มีค่าน้อยกว่า 0.05 หรือมีนัยสำคัญทางสถิติ และใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

3.5 จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ใบรับรองเลขที่ 24/2566

4. ผลการศึกษาวิจัย

บุคลากรโรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (84.20%) มีอายุระหว่าง 25-45 ปี (60.30%) ($\overline{X}$=38.46, S.D.=10.95, Max=60, Min=20) มีสถานภาพคู่/สมรสและอยู่ด้วยกัน (55%) รองลงมาคือ โสด (40.20%) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (63.20%) และระดับสูงกว่าปริญญาตรี (4.30%) ส่วนใหญ่เป็นบุคลากรประเภทข้าราชการ (43.50%) มีระยะเวลาในการปฏิบัติงาน มากกว่า 15 ปี (34.90%) ($\overline{X}$=12.76, S.D.=10.84, Max=38, Min=1) มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 20,000 บาทต่อเดือน (48.8%) ($\overline{X}$=33,761.15, S.D.= 30,321.414, Max=200,000, Min=6,000) ตำแหน่งงานในปัจจุบันตรงตามวุฒิการศึกษา (72.70%) ลักษณะงานในปัจจุบันพบว่าส่วนใหญ่ลักษณะงานเป็นการปฏิบัติงานในเวลาราชการ (45.90%) การปฏิบัติงานเวรเช้า บ่าย ดึก (39.70%) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานด้านคุณภาพชีวิตในการทำงานและ ความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต (n=209)

ตัวแปรอิสระ	ระดับ							
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ		Mean	S.D.
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
คุณภาพชีวิตการทำงาน	**64**	**30.60**	**140**	**67.00**	**5**	**2.40**	3.80	**0.50**
ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม	35	16.70	112	53.60	62	29.70	3.17	0.67
ด้านสถานภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ	88	42.10	108	51.70	13	6.20	3.92	0.59
ด้านการพัฒนาบุคลากร	106	50.70	91	43.05	12	50.70	4.08	0.60
ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน	67	32.10	118	56.50	24	11.50	3.67	0.63
ด้านความสัมพันธ์ในสังคม	91	43.5**0**	96	45.9**0**	22	10.5**0**	3.88	0.66
ด้านลักษณะการบริหารงาน	90	43.10	111	53.10	8	3.80	3.98	0.56
ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว	99	47.40	89	42.60	21	10.00	3.95	0.66
ด้านความภูมิใจในองค์กร	141	67.50	65	31.10	3	1.40	4.43	0.50
ความผูกพันต่อองค์การ	**109**	**52.20**	**98**	**46.90**	**2**	**1.00**	4.18	**0.52**
ด้านการยอมรับองค์กร	116	55.50	92	44.00	1	0.50	4.25	0.51
ด้านการใช้ความสามารถเพื่อองค์กร	120	57.40	84	40.20	5	2.40	4.25	0.54
ด้านความต้องการเป็นสมาชิกขององค์กร	110	52.60	97	46.40	2	1.00	4.18	0.52

คุณภาพชีวิตในการทำงาน ประกอบด้วย ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม ด้านสถานภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ ด้านการพัฒนาบุคลากร ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน ด้านความสัมพันธ์ในสังคม ด้านลักษณะการบริหารงาน ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว ด้านความภูมิใจในองค์กร ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (67%) ($\overline{X}$=3.80, S.D. =0.50) สำหรับด้านความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย ด้านการยอมรับองค์กร ด้านการใช้ความสามารถเพื่อองค์กร ด้านความต้องการเป็นสมาชิกขององค์กร ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (52.2%) ($\overline{X}$=4.18, S.D.=0.52) ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณภาพชีวิตการทำงานที่มีความสัมพันธ์ความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต

คุณภาพชีวิตการทำงาน	ความผูกพันต่อองค์การ		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณภาพชีวิตการทำงาน	0.475	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม	0.273	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านสถานภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ	0.381	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านการพัฒนาบุคลากร	0.320	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน	0.353	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านความสัมพันธ์ในสังคม	0.417	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านลักษณะการบริหารงาน	0.329	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว	0.477	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ด้านความภูมิใจในองค์กร	0.465	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก

* ค่าระดับนัยสำคัญ น้อยกว่า 0.05

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า คุณภาพชีวิตการทำงานมีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรโรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.475, P-value<0.001) (ตารางที่ 2)

5. อภิปรายผล

คุณภาพชีวิตในการทำงาน (Quality of work life)[4] เป็นลักษณะการทำงานที่ตอบสนองความต้องการและความปรารถนาของบุคคล โดยพิจารณาคุณลักษณะแนวทางความเป็นบุคคล สถานภาพตัวบุคคลหรือสังคม เรื่องสังคมขององค์กรที่ทำให้งานประสบความสำเร็จ โดยคุณภาพชีวิตในการทำงานทั้ง 8 ด้าน ประกอบด้วย 1) ด้านค่าตอบแทนที่เพียงพอและยุติธรรม 2) ด้านสถานภาพการทำงานที่มีความปลอดภัยและส่งเสริมสุขภาพ 3) ด้านการพัฒนาบุคลากร 4) ด้านความก้าวหน้าและความมั่นคงในงาน 5) ด้านความสัมพันธ์ในสังคม 6) ด้านลักษณะการบริหารงาน 7) ด้านความสมดุลระหว่างงานกับชีวิตส่วนตัว 8) ด้านความภูมิใจในองค์กร ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่าคุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรโรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต (P-value<0.001) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานให้แก่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในองค์การจะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานในองค์การนั้นได้ทำงานอย่างมีความสุข และส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ในการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งทำให้เกิดการเพิ่มผลผลิต (Productivity) ในการทำงานที่มีคุณภาพและยังส่งผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโดยตรง เนื่องจากการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานเป็นสิ่งที่ตอบสนองต่อความผาสุกและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานในทุกระดับขององค์การ นอกจากการพัฒนาคุณภาพชีวิตในการทำงานจะส่งผลให้บุคลากรเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงานแล้วยังส่งผลต่อความเจริญรุ่งเรืองในด้านอื่นๆ เช่น สภาพสังคม ด้านเศรษฐกิจหรือด้านผลผลิตต่างๆ และสิ่งสำคัญที่สุดคือการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานจะนำไปสู่ความผูกพันในองค์การได้เพราะถ้าหากบุคลากรมีความผูกพันกับองค์การแล้วจะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาต่างๆได้เป็นอย่างดี[11] ซึ่งสอดคล้องกับคุณภาพชีวิตในการทำงานตามแนวคิดของ Walton[4] ที่กล่าวว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานเป็นการสร้างสรรค์บรรยากาศที่จะทำให้ผู้ใช้แรงงานได้รับความพึงพอใจในการทำงานสูงขึ้น โดยผ่านการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจและแก้ไขปัญหาสำคัญขององค์การซึ่งจะมีผลกระทบต่อชีวิตการทำงาน ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา [5,6] ซึ่งได้ข้อค้นพบจากงานวิจัยว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานมีความสัมพันธ์กับความผูกพันของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในต่อองค์การ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยของ ชณิกานต์ เครือวิเสนและคณะ[12] ศึกษาคุณภาพชีวิตในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของข้าราชการกรุงเทพมหานครพบว่า ผลการวิเคราะห์ความสำคัญคุณภาพชีวิตในการทำงานของข้าราชการกรุงเทพมหานคร ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตในการทำงานโดยรวมระดับมาก โดยให้ความสำคัญด้านธรรมนูญในองค์กรมากที่สุด รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อมที่ถูกลักษณะและปลอดภัย ด้านความก้าวหน้าและมั่นคงในงาน ด้านความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานโดยส่วนรวม ด้านโอกาสพัฒนาศักยภาพและด้านค่าตอบแทนที่เป็นธรรมและเพียงพอ ตามลำดับ คุณภาพชีวิตในการทำงานมีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของข้าราชการกรุงเทพมหานคร พบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานมีอิทธิพลต่อความผูกพันต่อองค์กรของข้าราชการ

กรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 แต่แตกต่างจากการศึกษาวิจัยของ Radja et al [13] ได้ศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพของชีวิตในการทำงานและความผูกพันขององค์การในการทำงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการสาธารณะ (เมืองมาคาสซาร์) ซึ่งพบว่า คุณภาพชีวิตในการทำงานมีผลกระทบอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลถลางในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลควรมีการกำหนดนโยบายและกลยุทธ์ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรให้มีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นในทุกๆด้าน เพื่อเป็นการเพิ่มพูนความผูกพันต่อองค์การให้สูงขึ้นด้วย โดยเฉพาะการสร้างให้เกิดความสุขในการทำงานเช่น สร้างบรรยากาศในการทำงานที่ส่งเสริมการเรียนรู้และเอื้อต่อการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ร่วมงานทุกสาขาทุกระดับ รวมทั้งสร้างความปลอดภัยในการทำงาน โดยเฉพาะการการจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพบุคลากร สิ่งเหล่านี้ล้วนสร้างกำลังใจในการทำงานให้เกิดประสิทธิภาพและมีคุณภาพในการให้บริการ

6.2 ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาวิจัยตัวแปรอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กร เช่น ความสุขในการทำงาน และเพิ่มการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความผูกพันต่อองค์กรที่เหมาะสมกับบริบทของจังหวัดภูเก็ต

7. เอกสารอ้างอิง

1. Department of Community Development. Quality of Life for Thai People in 2008 Report, Basic Minimum Needs Information. Community Development Department, Ministry of Interior; 2008.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. ฐานข้อมูลกำลังคนด้านสุขภาพ. [อินเตอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 1 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก http://moc.moph.go.th/Resource/index.php, 2566.
3. โรงพยาบาลถลาง. A Survey of Employees Fiscal Years 2016. เอกสารอัดสำเนา; 2565
4. Walton R.E. Improving the Quality of Work Life. Harvard Business Review; 1973: May-June.
5. ปรีชา พุกจีน. คุณภาพชีวิตในการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์กรของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดปัตตานี. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน 2562: 2(1): 23-37.

6. รัชนีกร ถิรตันตยาภรณ์, อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. คุณภาพชีวิตการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับความผูกพันต่อองค์การของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลถลาง จังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2560: 31(4): 589-598.

7. Steers R.M., Porter L.W. Motivation and Work Behavior. 5th ed. New York: McGraw-Hill; 1977.

8. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9thed). New York: John Wiley & Sons; 2010.

9. Best John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall; 1977.

10. Cronbach L.J. Coefficient alpha and the internal structure of tests. Psychometrika, 1951; 16(3): 297-334.

11. Hackman J.R., Suttle L.J. Improving Life at Work. Behavior Science Approach to Organizational Change. Santa Monica, Calif: Goodyear Publishing; 1977.

12. ชณิกานต์ เครือวิเสน, ประภัสสร วิเศษประภา. คุณภาพชีวิตในการทำงานและความผูกพันต่อองค์กรของข้าราชการกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ หลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2563.

13. Radja J. Tawe, A., Rijal, S. & Tiro, M.a. Effect Quality of Work and Organizational Commitment toward Work Satisfaction in Increasing Public Service Performance (A Study of License of Founding Building Service in Makassar City). Public Policy and Administration Research 2013: 3(12).

ผลของโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก

ธรรมรัตน์ เพชรี สบ.

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก

วันที่รับบทความ(Received), 18 สิงหาคม 2566 วันแก้ไขบทความ (Revised), 19 กันยายน 2566

วันตอบรับบทความ(Accepted), 2 ตุลาคม 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง วัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังทดลอง 12 สัปดาห์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 70 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 35 คน ระยะเวลาการจัดกิจกรรม 12 สัปดาห์ กลุ่มทดลองเข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและมีการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิตที่บ้าน 2 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมให้บริการสุขภาพตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ t-test ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ยเท่ากับ 52.63 ปี (S.D.= 4.12) และ 52.29 (S.D.= 2.36) ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 9,554.29 บาท (S.D.= 5038.17) และ 9,574.28 บาท (S.D.= 6234.59) ตามลำดับ เพศส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 57.10 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 139.12 (S.D.= 3.81) และ 110.51 (S.D.= 4.81) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p< .05 ค่าเฉลี่ยระดับเกลือโซเดียมหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเท่ากับ .85 (S.D.= .16) และ 1.30 (S.D.= .20) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p< .05 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตซิสโตลิกหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 137.63 (S.D.= 2.62) และ 149.71(S.D.= 4.46) ตามลำดับ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p< .05 ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตไดแอสโตลิกหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 86.74 (S.D.= 2.80) และ 94.09(S.D.= 2.14) แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ p< .05 จากผลการวิจัยพบว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถใช้ควบคุมความดันโลหิตได้ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้

คำสำคัญ โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ พฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม ระดับความดันโลหิต ผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

Effects of Empowerment Programs to Health Behaviors, Sodium Chloride Level and blood Pressure levels among Uncontrolled Blood Pressure of Hypertension Patients Muang Phitsanulok District, Phitsanulok Province

Tammarat Petcharee B.P.H.
Muang Phitsanulok District Public Health Office Phitsanulok Province

Abstract

The quasi-experimental research, two groups, pretest-posttest design. The objective is to compare health behaviors, sodium salt level and blood pressure levels among patients with uncontrolled blood pressure between the experimental group receiving the empowerment program and the control group. Before the experiment and after the experiment for 12 weeks, a sample of 70 people was divided into 2 groups of 35 people each. The duration of the activity was 12 weeks. A sample group of 70 people was divided into 2 groups of 35 people per group. The duration of the activity was 12 weeks. The experimental group participated in the empowerment program and had their health behavior monitored. Sodium salt level and blood pressure levels at home 2 times, while the control group received regular health services. Data were analyzed using t-test statistics. The research reveals that: The average age of the experimental and control groups was 52.63 years (S.D. = 4.12) and 52.29 (S.D. = 2.36), respectively. The average monthly income was 9,554.29 THB (S.D. = 5038.17) and 9,574.28 THB (S.D. = 6234.59), respectively. The majority gender was female, 57.10 percent both groups, the mean health behaviors after the experiment between the experimental and control groups were 139.12 (S.D.= 3.81) and 110.51 (S.D.= 4.81), a statistically significant difference at the $p<.05$ level. The mean sodium level after the experiment between the experimental group and the control group was .85 (S.D. = .16) and 1.30 (S.D. = .20), a statistically significant difference at the $p< .05$ level. The mean systolic blood pressure level after test between the experimental group and the control group, the mean values were 137.63 (S.D. = 2.62) and 149.71(S.D. = 4.46), respectively, which were statistically significantly different at the $p< .05$ level. Mean diastolic blood pressure level after the experiment between the experimental group and the control group, the mean values were 86.74 (S.D. = 2.80) and 94.09(S.D. = 2.14), a statistically significant difference at the $p<.05$ level. According to research, empowerment programs can be used to control blood pressure in hypertensive patients whose blood pressure cannot be controlled.

Key Word: Empowerment Programs, Health Behaviors, Sodium Level, Blood Pressure Level.

1.บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อหัวใจ สมอง ไต และโรคอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ ประชากรวัยผู้ใหญ่ประมาณ 1.28 พันล้านคน อายุ 30-79 ปี ทั่วโลกเป็นโรคความดันโลหิตสูง[1] และพบว่าสองในสามของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง ร้อยละ 46 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่ทราบว่าตนมีอาการดังกล่าว น้อยกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 42) ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงได้รับการวินิจฉัยและรักษา[1] โรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทั่วโลก ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำถึงปานกลาง เท่ากับร้อยละ 31.5 (1.04 พันล้านคน) สูงกว่าในประเทศที่มีรายได้สูงที่มีผู้ป่วยร้อยละ 28.5 (349 ล้านคน) หนึ่งในเป้าหมายระดับโลกสำหรับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือการลดความชุกของโรคความดันโลหิตสูงลงให้ได้ร้อยละ 33 ระหว่างปี 2010 ถึง 2030[1] คาดการณ์ปี พ.ศ.2568 จะมีประชากรป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมากถึง 1.56 พันล้านคน[1] สำหรับประเทศไทยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุดเป็นอันดับหนึ่งคือโรคความดันโลหิตสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรของประเทศไทย ระหว่างปีงบประมาณ 2561-2565 เท่ากับร้อยละ 26.06, 16.46, 17.06, 17.79 และ 18.22 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 2 21.27, 22.04, 22.63, 23.57 และ 23.81 ตามลำดับ จังหวัดพิษณุโลก 20.00, 21.77, 22.82, 24.75 และ 24.28 ตามลำดับ[2] อำเภอเมืองพิษณุโลก 15.03, 17.22, 18.12, 20.48 และ 20.22 ตามลำดับ จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเขตอำเภอเมืองพิษณุโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้อัตราป่วยจะต่ำกว่าจังหวัดพิษณุโลกและเขตสุขภาพที่ 2 แต่สูงกว่ารับประเทศ

ปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบที่สำคัญต่อโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูง มีโพแทสเซียมต่ำ ภาวะอ้วน การดื่มแอลกอฮอล์ ขาดการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่ไม่ดีต่อสุขภาพ[3] ภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูงได้แก่ ภาวะหัวใจวายหรือหลอดเลือดในสมองแตก ภาวะแทรกซ้อนจากหลอดเลือดแดงตีบหรือตัน เช่น กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน หลอดเลือดสมองตีบ หรือหลอดเลือดแดงที่ไตตีบ เป็นต้น[4] และจากความก้าวหน้าและความเจริญทางด้านเทคโนโลยีทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคมโลกรวมถึงการเปลี่ยนแปลงของประเทศไทย ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพของประชาชนเนื่องจากมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะด้านพฤติกรรมสุขภาพมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ส่งผลเสียต่อสุขภาพและทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่ามีปัญหาไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของตนเองให้อยู่ในเกณฑ์ปกติเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

จากปัญหาที่กล่าวมาจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความตระหนักต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง หากสามารถควบคุมค่าความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ[4] แต่พบว่ามีเพียง 1 ใน 5 ที่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ ประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงขาดการปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมส่งผลทำให้ไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ถึงร้อยละ 45 [5] ในปัจจุบันมีแนวโน้มอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้การดูแลส่งเสริมและสนับสนุนให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถดูแลตนเองที่เหมาะสมกับโรค โดยการส่งเสริมสนับสนุนให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงยังไม่ทราบสาเหตุที่ชัดเจน แต่พบว่ามีปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ อายุที่เพิ่มมากขึ้น เพศ พฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น ปัจจัยที่สำคัญที่สุดได้แก่พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีรสชาตเค็มซึ่งมีปริมาณเกลือโซเดียมที่อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัย[6] ที่พบว่าสถานการณ์การบริโภคเกลือโซเดียมในผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความเชื่อมโยงกับวิถีการบริโภคอาหารของครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้การบริโภคแบบเดิม ๆ ไม่เปลี่ยนแปลงวิธีรับประทาน ทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่แตกต่างจากคนอื่น ๆ ในชุมชน การได้รับโซเดียมในปริมาณที่สูงอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อระดับความดันโลหิตเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคไต และเพิ่มความรุนแรงของโรคเบาหวาน

Gibson กล่าวถึงการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ว่าเป็นกระบวนการทางสังคมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการตระหนัก มีการเสริมสร้างและดึงเอาความสามารถของตนเองมาใช้เพื่อให้บรรลุในสิ่งที่ตนเองต้องการ สามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองได้และสามารถเคลื่อนย้ายแหล่งข้อมูลที่จำเป็นเพื่อให้รู้สึกว่าสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้ [18] กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสันประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ (1) การค้นพบสภาพการณ์จริง จะทำให้ผู้ป่วยมีความตระหนักในปัญหาและเกิดความเข้าใจในการเกิดโรค (2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินสาเหตุของโรคความดันโลหิตของตนเอง (3) การตัดสินใจลงมือปฏิบัติทำให้ผู้ป่วยได้ตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมกับตนเอง รวมทั้งช่วยกันกำหนดเป้าหมายที่จะปฏิบัติให้บรรลุผลสำเร็จ (4) คงไว้ซึ่งการปฏิบัติหน้าที่อย่างมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงไว้ซึ่งความรู้สึกถึงอำนาจในการควบคุมตนเองและเลือกวิธีการปฏิบัติให้เหมาะสมได้ด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ามีการนำแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจมาใช้ในงานวิจัยต่าง เช่น งานวิจัยของ จารวี คณิตาภิลักษณ์, ทศพร คำผลศิริ และ ลินจง โปธิบาล ในปี 2563[7] ผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .05$) และงานวิจัยทัศมาภรณ์ สุทธิรักษ์, รังสิยา นารินทร์ และ วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์ ในปี 2563 [8] ผลการวิจัยพบว่าหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการบริหารข้อสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z = 2.93$, $p<0.01$)

จากวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่าแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาในการวิจัยต่าง ๆ ได้ผลเป็นอย่างดียิ่ง ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอเมืองพิษณุโลก ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านสุขภาพในชุมชนมาเป็นระยะเวลานาน และจากการติดตามนิเทศงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ได้รับทราบปัญหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง จึงมีความสนใจที่จะทำการวิจัยโดยการประยุกต์ใช้แนวคิดเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ เพื่อที่จะนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการเสริมสร้างพลังอำนาจให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป

คำถามการวิจัย

โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ก่อนทดลองและหลังทดลอง 12 สัปดาห์

2.เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองและหลังทดลอง 12 สัปดาห์

สมมุติฐานของการวิจัย

1.กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิต หลังทดลอง 12 สัปดาห์ แตกต่างกันกับก่อนการทดลอง

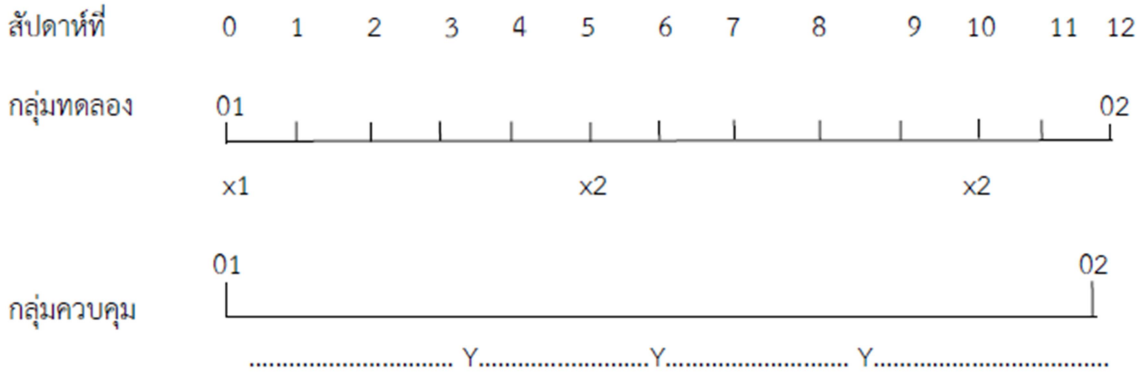
2.กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิต หลังทดลอง 12 สัปดาห์ แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental research) โดยศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (Pre-Post Test Measurement Design)

2.วิธีการ

มีแบบแผนการทดลองของวิจัยดังนี้



01 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง ประกอบไปด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองสัปดาห์ที่ 1

02 หมายถึง การรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ประกอบไปด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม หลังสิ้นสุดการทดลองสัปดาห์ที่ 12

X1 หมายถึง กิจกรรมที่ 1- 4 ตามโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ

X2 หมายถึง การติดตามประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิตที่บ้าน สัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 10

Y หมายถึง การดูแลตามปกติ

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ อ.เมืองพิษณุโลก จ.พิษณุโลก จำนวน 9,141 คน

กลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณด้วยโปรแกรม G* Power ได้จำนวน 70 คน แบ่ง 2 กลุ่ม เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 35 คน หากลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. มีอายุระหว่าง 40 -59 ปี
2. เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์และขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่ อำเภอมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก
3. สามารถอ่าน เขียน ภาษาไทยได้
4. ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย
5. ไม่มีโรคอันตรายร้ายแรงใด ๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

1.เกิดการเจ็บป่วยหรือมีเหตุที่ไม่คาดคิดอันส่งผลทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้

2.กลุ่มตัวอย่างไม่ปฏิบัติตามโปรแกรมการวิจัยและขอถอนตัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิต ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถาม จำนวน 9 ข้อ ประกอบไปด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ต่อเดือนโดยประมาณ ระดับการศึกษาสูงสุด โรคประจำตัวอื่น ๆ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการใช้ยาและด้านการออกกำลังกาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำมาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยเป็นคำถามปลายเปิดมีเนื้อหาข้อความเชิงบวกและเชิงลบใช้มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ จำนวน 40 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามทางบวก 20 ข้อ ข้อคำถามทางลบ 20 ข้อ

การให้คะแนน ข้อความที่มีความหมายทางบวก ข้อความที่มีความหมายทางลบ

1 = ไม่เคยปฏิบัติ ให้ 1 คะแนน ให้ 5 คะแนน

2 = ปฏิบัติ 1-2 วัน ให้ 2 คะแนน ให้ 4 คะแนน

3 = ปฏิบัติ 3 วัน ให้ 3 คะแนน ให้ 3 คะแนน

4 = ปฏิบัติ 4-5 วัน ให้ 4 คะแนน ให้ 2 คะแนน

5 = ปฏิบัติ 6-7 วัน ให้ 5 คะแนน ให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 เครื่องวัดระดับเกลือโซเดียม (Salt Meter) และเครื่องวัดความดันโลหิต ซึ่งใช้สำหรับการวัดระดับเกลือโซเดียมในอาหารและวัดความดันโลหิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้เครื่องเดียวกันตลอดระยะเวลาการวิจัย และได้รับการสอบเทียบคุณภาพจากโรงพุทธชินราช พิษณุโลก สำหรับเครื่องวัดระดับเกลือโซเดียม(Salt Meter) นั้นมีช่วงของการวัดดังนี้ 0.3 - 0.6 % เค็มพอดี 0.8 - 1.0 % เค็ม 1.3 - 2.0 % เค็มมาก

2.โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ประกอบด้วยกิจกรรมเสริมสร้างพลังอำนาจจำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering Reality) (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1) เป็นการดำเนินโปรแกรมวันแรกสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงกลุ่มทดลอง โดยการจัดกิจกรรมที่จะส่งเสริมให้กลุ่มทดลองมีการรับรู้และทำความเข้าใจและยอมรับเหตุการณ์และสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นกับคนตามสภาพที่เป็นจริง ทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยแนะนำตนเองให้กลุ่มทดลองได้ทราบเพื่อสร้าง

ความคุ้นเคยและความไว้วางใจ เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ระบายความรู้สึกถึงความคิดและอารมณ์ตลอดจนการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองในช่วงที่ผ่านมา จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องสถานการณ์ปัญหาของโรคความดันโลหิตสูง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับกลุ่มทดลอง ครอบครัวและสังคม เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ทบทวนตนเองเรื่องพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ร่วมแสดงความคิดเห็นและความรู้สึกที่มีต่อการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง แลกเปลี่ยนเรียนรู้และประสบการณ์ร่วมกับกลุ่มทดลอง ร่วมกันค้นหาปัญหาที่ทำให้โรคความดันโลหิตสูงเกิดความเครียด และปัญหาการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมาของตนเองและแนวทางการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของกลุ่มทดลอง การค้นหาสภาพการณ์จริงและการสะท้อนคิดในการรับรู้และความตระหนักเกี่ยวกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเอง

กิจกรรมที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical Reflection) (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 1) เป็นการทบทวนเหตุการณ์ สถานการณ์ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่มีผลกระทบต่อกลุ่มทดลองอย่างรอบคอบ เพื่อการตัดสินใจและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม เป็นการฝึกทักษะในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกคับข้องใจในการดูแลตนเอง และเมื่อสามารถค้นหาสภาพการณ์จริง แสวงหาทางเลือก การพินิจพิจารณาอย่างมีวิจารณญาณ เกิดมุมมองใหม่ จะส่งผลให้บุคคลได้พัฒนาตนเองขึ้น ช่วยให้กลับมามองปัญหา ประเมินและคิดวิเคราะห์ถึงสถานการณ์หรือสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดในแง่มุมต่าง ๆ ทำให้เข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การแก้ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น ในขั้นนี้จะช่วยให้เกิดการพัฒนาความรู้สึกมีพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง (Sense of Personal Control) ถ้าบุคคลผ่านขั้นตอนนี้ไปได้จะทำให้บุคคลรู้สึกเข้มแข็งมีความสามารถและมีพลังเพิ่มขึ้น โดยผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้สะท้อนคิดถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ในช่วงเวลาที่ผ่านมาและในปัจจุบัน ที่กลุ่มทดลองประสบกับตนเองและครอบครัว และให้กลุ่มทดลองได้ดูวีดีทัศน์เกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากโรคความดันโลหิตสูง หลังจากดูวีดีทัศน์เสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองได้เสนอทางเลือกหรือวิธีการป้องกัน/ชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ด้วยตนเอง และให้กลุ่มทดลองเล่าประสบการณ์ที่เคยป้องกัน/ชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาในอดีตของตนเอง

กิจกรรมที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (Taking charge) (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2) ในขั้นตอนนี้บุคคลจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด การที่บุคคลจะมีทางเลือกได้หลายวิธีก็ขึ้นกับการแสวงหาแนวทางการแก้ไขปัญหาของบุคคลนั้น ถ้าบุคคลมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่น เพื่อเป็นสิ่งที่ช่วยประกอบการตัดสินใจด้วยตนเอง การตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม เพื่อควบคุมและจัดการกับปัจจัยต่าง ๆที่เกี่ยวข้องเกิดการยอมรับตนเอง (Self-determination) การจะตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ตนเองคิดว่าเหมาะสมและดีที่สุด ในขั้นตอนนี้ทั้งผู้วิจัยและกลุ่มทดลองร่วมกันหาข้อมูล พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมอภิปรายและร่วมกันตัดสินปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลทำให้กลุ่มทดลองเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น โดยผู้วิจัยให้ลุ่มทดลองเลือกวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน/ชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ด้วยตัวเอง

กิจกรรมที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) (สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 2) เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ ในระยะนี้จะเป็นการพูดคุยถึงปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้นกับกลุ่มทดลอง ในการป้องกัน/ชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง ที่ผ่านมาหรือที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและแนวทางในการรับมือและการแก้ไขปัญหาข้างต้น เมื่อนำวิธีการเลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ บุคคลก็รู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติที่จะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการแก้ปัญหานั้น สำหรับใช้ในการแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไป ก่อนกลับไปปฏิบัติต่อเนื่องที่บ้านเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้พูดคุย ซักถามข้อสงสัย ผู้วิจัยให้เบอร์โทรศัพท์ติดต่อแก่กลุ่มทดลองเพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรค เป็นที่ปรึกษา และลดความเครียดตลอดการทดลอง และดำเนินกิจกรรมการกระตุ้นเตือนโดยเยี่ยมบ้าน ติดตามประเมินผลพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิต เพื่อรับฟังปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมาะสมกับการป้องกัน/ชะลอภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้วิจัยดำเนินการเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองทุกคน คนละ 2 ครั้งในสัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ ที่ 10

สัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลา 3 วัน

กิจกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองทุกคน วันละ 10 รายเพื่อประเมิน ติดตามประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม ระดับความดันโลหิตและสอบถามถึงปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองในแต่ละคนพร้อมทั้งให้คำแนะนำเมื่อพบปัญหา การให้กำลังใจและชื่นชมยินดีในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 10 ใช้เวลา 3 วัน

กิจกรรมครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มทดลองทุกคน วันละ 10 รายเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม ระดับความดันโลหิตและสอบถามถึงปัญหาอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ของกลุ่มทดลองพร้อมทั้งให้คำแนะนำเมื่อพบปัญหา การให้กำลังใจและชื่นชมยินดีในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1.ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

2.เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิต ของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนทดลองและหลังทดลอง 12 สัปดาห์ ด้วยสถิติทดสอบค่าที (Paired t-test)

3.เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังทดลอง 12 สัปดาห์ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test)

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ได้รับการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เลขที่ 003/2566 ลงวันที่ 17 มกราคม 2566

3.ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม

ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป เกี่ยวกับคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จากการวิเคราะห์ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่ไม่แตกต่างกันมากดังนี้คือ อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เท่ากับ 52.63 ปี (S.D.= 4.12) และ 52.29 (S.D.= 2.36) ตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 9,554.29 (S.D.= 5038.17) และ 9,574.28 (S.D.= 6234.59) ตามลำดับ เพศส่วนใหญ่เพศหญิงร้อยละ 57.10 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม สถานภาพสมรสของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่คู่ ร้อยละ 48.60 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ หม้าย ร้อยละ 42.90 ตามลำดับ ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 34.30 และ 45.70 ตามลำดับ อาชีพของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ รับจ้าง ร้อยละ 40 เท่ากันทั้ง 2 กลุ่ม โรคร่วมของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ ไตเรื้อรัง ร้อยละ 40.00 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ อ้วนลงพุง ร้อยละ 37.10 ตามลำดับ การสูบบุหรี่ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ร้อยละ 80.00 และ 57.10 ตามลำดับ การดื่มสุราของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่ดื่ม ร้อยละ 54.30 และ 62.90 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียมและระดับความดันโลหิต

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม ระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังได้แสดงรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์

	Mean	S.D.	t	p-value
พฤติกรรมสุขภาพกลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง (n=35)	107.12	7.66	-21.93	.00
หลังการทดลอง (n=35)	139.12	3.81		
พฤติกรรมสุขภาพระหว่างกลุ่ม				
ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง (n=35)	107.12	7.66	-.746	.46
ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุม(n=35)	108.34	6.03		
หลังการทดลองกลุ่มทดลอง (n=35)	139.12	3.81	27.51	.00

ตารางที่ 1 แสดงค่าเฉลี่ยค่าเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ภายในกลุ่มทดลองและระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 สัปดาห์

	Mean	S.D.	t	p-value
หลังการทดลองกลุ่มควบคุม (n=35)	110.51	4.81		
ระดับเกลือโซเดียมกลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง (n=35)	1.29	.28	9.59	.00
หลังการทดลอง (n=35)	.85	.16		
ระดับเกลือโซเดียมระหว่างกลุ่ม				
ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง (n=35)	1.29	.28	-.159	.87
ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุม (n=35)	1.30	.15		
หลังการทดลองกลุ่มทดลอง (n=35)	.85	.16	-10.451	.00
หลังการทดลองกลุ่มควบคุม (n=35)	1.30	.20		
ระดับความดันโลหิตกลุ่มทดลอง(ซิสโตลิก)				
ก่อนการทดลอง(n=35)	152.17	5.21	16.27	.00
หลังการทดลอง(n=35)	137.63	2.62		
ระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่ม(ซิสโตลิก)				
ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง (n=35)	152.17	5.21	1.57	.12
ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุม (n=35)	150.25	4.99		
หลังการทดลองกลุ่มทดลอง (n=35)	137.63	2.62	-13.83	.00
หลังการทดลองกลุ่มควบคุม (n=35)	149.71	4.46		
ระดับความดันโลหิตกลุ่มทดลอง(ไดแอสโตลิก)	92.86	1.99	10.11	.00
ก่อนการทดลอง(n=35)	86.74	2.80		
หลังการทดลอง(n=35)				
ระดับความดันโลหิตระหว่างกลุ่ม(ไดแอสโตลิก)	92.86	1.99	-1.149	.25
	93.29	.96		
ก่อนการทดลองกลุ่มทดลอง (n=35)	86.74	2.80	-12.34	.00
ก่อนการทดลองกลุ่มควบคุม (n=35)	94.09	2.14		
หลังการทดลองกลุ่มทดลอง (n=35)				
หลังการทดลองกลุ่มควบคุม (n=35)				

4.วิจารณ์

สมมุติฐานข้อที่ 1 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิต หลังทดลอง 12 สัปดาห์ แตกต่างกันกับก่อนการทดลอง ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิต ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p< .05 ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานที่ 1 ที่ตั้งไว้อภิปรายได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ใช้ในกลุ่มทดลองนั้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิต ไปในทิศทางที่ดีกว่าก่อนการทดลอง ให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของอุไรวรรณ พานทอง และพัชราภรณ์ ขจรวัฒนากุล ในปี 2562 [9] ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง หลังทดลองสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ขณะที่ค่าเฉลี่ย HbA1C และผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าเฉลี่ยความดันซิสทอลิก ดัชนีมวลกายระดับน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสอดคล้องกับการวิจัยของทัศมาภรณ์ สุทธิรักษ์, รังสิยา นารินทร์ และ วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์2563 [10] ที่พบว่าหลังได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติในการบริหารข้อสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (z=2.93, p<0.01) และสอดคล้องกับการวิจัยของสยาภรณ์ เดชดี และอรวรรณ หนูแก้ว 2564[11] ที่พบว่า 1) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าความสอดคล้องระหว่างเนื้อหากับวัตถุประสงค์อยู่ระหว่าง 0.6-1.0 ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมแบบกลุ่มในโรงพยาบาลระยะเวลา 3 สัปดาห์ และ 2) หลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติดที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p< .001) และสอดคล้องกับการวิจัยของเพ็ญศรี รอดพรม, นฤมล จันทร์สุข และ นันตพร ทองเต็ม ในปี 2565 [12] ที่วิจัยพบว่า 1) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 2) ระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของกลุ่มทดลองหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง และต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และสอดคล้องกับการวิจัยของพัชราภรณ์ พงค์เขียว, รังสิยา นารินทร์ และ วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์ ในปี 2566 [13] ที่พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพปอดของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.05) และสอดคล้องกับการวิจัยของบุญเลิศ จันทร์หอม ในปี 2564 [17]ที่พบว่ากลุ่มทดลองมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

สมมติฐานข้อที่ 2 กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ มีพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิต หลังทดลอง 12 สัปดาห์ แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียมและระดับความดันโลหิต ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p< .05 ซึ่งสนับสนุนสมมุติฐานที่ 1 ที่ตั้งไว้อภิปรายได้ว่าโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ใช้ในกลุ่มทดลองนั้นส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียมและระดับความดันโลหิต แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม จากผลการวิจัยดังกล่าวได้สนับสนุนสมมุติฐานข้อที่ 2 ที่ตั้งไว้ ทำให้เห็นว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดทฤษฎีเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของอภิชาติ กาศโอสถ, พิกุล พรพิบูลย์ และ จันทร์ฉาย โยธาใหญ่ ในปี 2562 [14] ที่พบว่าผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม มากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .01) ผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุมมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .01) ผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรุนแรงของข้อเสื่อมน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .01) และผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้าร่วมโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรุนแรงของข้อเสื่อมน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < .01) และสอดคล้องกับการวิจัยของจารวี คณิตาภิลักษณ์, ทศพร คำาผลศิริ และ ลินจง โปธิบาล (2563) [15] ที่พบว่า 1) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับโปรแกรมการพลังอำนาจสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p < .05) 2) คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการพลังอำนาจสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ (p < .05) และสอดคล้องกับการวิจัยของวิชัย อุ่นแก้ว ในปี 2565 [16] พบว่า ผลต่างคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน เจตคติเกี่ยวกับการเกิดโรคเบาหวาน พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวาน และความพึงพอใจโปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5.สรุป

จากสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและพบปัญหาผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความตระหนักเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ในการป้องกันหรือชะลอภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง โดยประยุกต์ใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยลดปริมาณการบริโภคเกลือโซเดียม และสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ และจากผลการวิจัยในครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมเสริมสร้าง

พลังอำนาจมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียมระดับความดันโลหิตซิสโตลิกและระดับความดันไดแอสโตลิกก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 12 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

6.กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บังคับบัญชา คณาจารย์ เพื่อนร่วมงานและผู้ใต้บังคับบัญชา ตลอดจนกลุ่มตัวอย่างการวิจัยทุกท่านที่ทำให้วิจัยบรรลุผลสำเร็จ

7.ข้อเสนอแนะงานวิจัย

1.โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง จึงควรมีการติดตามผลของโปรแกรมการวิจัยในครั้งนี้ในกลุ่มทดลองในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้นเช่น 6 เดือน หรือ 1 ปี เพื่อติดตามและศึกษาเปรียบเทียบความยั่งยืนของโปรแกรม และสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ เช่นเดียวกันกับกลุ่มทดลอง

2.ควรส่งเสริมสนับสนุนให้พยาบาล และบุคลากรสาธารณสุขนำโปรแกรมโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจ ต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับเกลือโซเดียม และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้องรังอื่น ๆ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์โรคของตนเอง ได้อย่างเหมาะสม

8.บรรณานุกรม

1. World Health Organization. Hypertension. [Internet]. 2023[cited 2023 Jan 15];
Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension

2.กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง. เข้าถึงเมื่อ 22 มกราคม 2566. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/2565

3. Mills, K. T., Stefanescu, A., & He, J. The global epidemiology of hypertension. Nature reviews. Nephrology. 2020; 16: 223–237.

4. Flack, J. M., and Adekola, B. Blood pressure and the new ACC/AHA hypertension guidelines. Trends in Cardiovascular Medicine 2020; 30: 160-164.

5.สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. 2562. ทริค ธิงค์. เชียงใหม่.

6.วาสนา รวยสูงเนิน, ดลวิวัฒน์ แสนโสม, นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์, สมจิต แดนสีแก้ว, นพนันท์ ชัยภูมิ, รุ่งทิวา ขันธมูล แลเ เกษม ดำนอก. สถานการณ์การรับประทานอาหารโซเดียมสูงและการรับรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารโซเดียมสูงกับการเกิดโรคไตเรื้อรังของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561; 36: 242-250.

7.จารวี คณิตาภิลักษณ์, ทศพร คำผลศิริ และ ลินจง โปธิบาล. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. พยาบาลสาร. 2563; 47: 222-230.

8.ทัศมาภรณ์ สุทธิรักษ์, รังสิยา นารินทร์ และ วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติของครอบครัว ในการบริหารข้อสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสภาการพยาบาล. 2563; 35: 70-83.

9.อุไรวรรณ พานทอง และ พัชราภรณ์ ขจรวัฒนากุล. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับ HbA1C และผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้.วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2562; 30: 14-24.

10.ทัศมาภรณ์ สุทธิรักษ์, รังสิยา นารินทร์ และ วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการปฏิบัติของครอบครัว ในการบริหารข้อสำหรับผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารสภาการพยาบาล. 2563;35: 70-83.

11.สยาภรณ์ เดชดี และ อรวรรณ หนูแก้ว. การพัฒนาและผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตจากสารเสพติด. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2564; 33: 91-111.

12.เพ็ญศรี รอดพรม, นฤมล จันทร์สุข และ นันตพร ทองเต็ม. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2565;9: 300-312.

13.พัชราภรณ์ พงค์เขียว, รังสิยา นารินทร์ และ วิลาวัณย์ เตือนราษฎร์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวต่อการปฏิบัติฟื้นฟูสมรรถภาพปอดสำหรับผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน. Lanna Public Health Journal. 2566; 19: 89-101.

14.อภิชาติ กาศโอสถ, พิกุล พรพิบูลย์ และ จันทร์ฉาย โยธาใหญ่. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความรู้สึกถึงความสามารถในการควบคุม และความรุนแรงของข้อเสื่อมในผู้ที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อม. พยาบาลสาร. 2562; 46: 188-198.

15.จารวี คณิตาภิลักษณ์, ทศพร คำาผลศิริ และ ลินจง โปธิบาล. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. พยาบาลสาร. 2563; 47: 222-230.

16.วิชัย อุ่นแก้ว. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพรานเหนือ อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2565; 7: 189-198.

17.บุญเลิศ จันทร์หอม. ประสิทธิผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลวังแดง อำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์.วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก. 2564; 8: 100-115.

18. Gibson, C.H. A concept analysis of empowerment. Journal of Advanced nursing. 1991; 16: 354-361.

สถานการณ์และแนวทางการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชน จังหวัดอุตรดิตถ์

ศรัณยู เรือนจันทร์ ปร.ด. กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์ Ph.D
ธนากร ธนวัฒน์ ปร.ด.
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์
วันที่รับบทความ(Received), 18 สิงหาคม 2566 วันแก้ไขบทความ (Revised), 19 กันยายน 2566
วันตอบรับบทความ(Accepted), 28 กันยายน 2566

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์นี้มี วัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และแนวทางการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในจังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างคือแรงงานสูงอายุนอกระบบ จำนวน 350 คน และกลุ่มแกนนำสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 60 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า 1) การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของผู้สูงอายุในเขตเมืองและกึ่งเมือง คือ การปวดเมื่อยจากการทำงาน ในเขตชนบท คือ ความร้อนหรือการถูกแสงแดด 2) ความต้องการการสนับสนุนด้านความรู้ของผู้สูงอายุในเขตเมืองคือ การป้องกันควบคุมโรคจากการทำงาน ในเขตกึ่งเมืองคือ ความปลอดภัยในการทำงาน และในเขตชนบทคือ การใช้สารเคมีให้ปลอดภัย 3) ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุเขตเมืองคือ การสัมผัสความร้อนหรือทำงานกลางแจ้ง ในเขตกึ่งเมืองและเขตชนบทคือ การทำงานที่ต้องยกของหนัก ปัญหาด้านการยศาสตร์ของแรงงานสูงอายุนอกระบบ ทั้งใน 3 พื้นที่คือ ปัญหาจากการนั่ง การพัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย (1) การสร้างความเข้าใจสถานการณ์ (2) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และวางแผนดำเนินการ (3) การพัฒนาความรู้ และ (4) การสะท้อนความคิดให้แรงงานสูงอายุนอกระบบนำไปปฏิบัติ

คำสำคัญ : อาชีวอนามัยและความปลอดภัย, แรงงานสูงอายุนอกระบบ

Situation and Management Approach of Occupational Health and Safety among the Self-Employed Elderly Workers in the Community, Uttaradit Province

Saranyoo Ruanjan Ph.D Kittiwan Junrith Ph.D

Thanakorn Thanawat Ph.D

Public Health Program, Faculty of Science and Technology, Uttaradit Rajabhat University

Abstract

This analytical research aimed to analyze the situation and management approach of occupational health and safety among Self- Employed Elderly Workers in Uttaradit Province. The sample consisted of 350 self-employed elderly workers and 60 public health leaders. The tools used are the questionnaires and focus group discussion. Data analysis were frequency, percentage, and content analysis. The results revealed that: 1) perceived health risks from working: It was found that causes of injury or illness among the elderly in both urban and semi-urban areas was aches and pains from working, while the elderly in rural areas was heat or excessive exposure to sunlight. 2) the need for support with knowledge: It was found that the elderly in urban areas need support about disease prevention and control and occupational hazards. Meanwhile, the elderly in semi-urban areas need support about safety principles at work. The elderly people in rural areas need support about the safe use of chemicals. 3) health problems and illnesses from work: Health problems found in elderly people in urban areas were exposure to heat or working outdoors, while the elderly in semi-urban and rural areas were lifting heavy objects. For the ergonomic problems of self-employed elderly workers in urban, Semi-urban, and rural areas was problems from sitting while working. Development of guidelines for community participation including (1) understanding of the situation (2) prioritizing problems and planning to implement (3) knowledge management and (4) reflecting ideas to self-employed elderly workers for implementation.

Keywords: occupational health and safety, self-employed elderly workers

บทนำ

การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ไม่ได้มีผลเพียงแค่โครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไปเท่านั้น แต่ยังมีผลถึงการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคมด้วย โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชนบท ที่พบว่า ปี 2564 อยู่ในสภาพยากจนในมีสัดส่วนคนจนหลายมิติถึงร้อยละ 18.1[1] เป็นเหตุผลให้ผู้สูงอายุบางส่วนยังต้องทำงานหาเลี้ยงชีพอยู่ ซึ่งจากการสำรวจความต้องการทำงานของผู้สูงอายุของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2564 พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) กว่าครึ่งหนึ่งยังคงต้องการทำงาน เนื่องจากต้องการหารายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว รองลงมาคือยังมีสุขภาพแข็งแรงและสามารถทำงานได้อยู่[2] แต่การทำงานของแรงงานสูงอายุเสี่ยงต่อปัจจัยคุกคามทางสุขภาพในหลายด้านด้วยกัน อาทิ ด้านสิ่งคุกคามจากสารเคมี ที่พบว่า แรงงานสูงอายุที่เป็นแรงงานนอกระบบ ส่วนใหญ่มีปัญหาการได้รับสารเคมีเป็นพิษถึงร้อยละ 70 สิ่งคุกคามด้านการยศาสตร์ มีแรงงานสูงอายุที่มีปัญหาอิริยาบถหรือไม่ค่อยได้เปลี่ยนท่าระหว่างทำงาน มากกกว่าร้อยละ 50 ด้านสิ่งคุกคามทางกายภาพ พบว่า แรงงานสูงอายุนอกระบบต้องทำงานในสถานที่ที่มีฝุ่นละออง ควัน กลิ่น ร้อยละ 18.4 ทำงานในที่แสงสว่างไม่เพียงพอร้อยละ 14.3 และสถานที่ทำงานสกปรกร้อยละ 9.2 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางส่วน (ร้อยละ 13.0) ยังต้องทำงานกับเครื่องจักร เครื่องมือที่เป็นอันตรายด้วย ด้านสิ่งคุกคามทางชีวภาพ พบว่า แรงงานสูงอายุสัมผัสแหล่งพาหะนำโรค ร้อยละ 4.7 และสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งร้อยละ 1.5 อีกทั้งยังมีสิ่งคุกคามด้านจิตใจ ซึ่งพบว่าแรงงานสูงอายุมีความเครียดเป็นประจำถึง ร้อยละ 11.4 และบางส่วนมีโรคประจำตัว โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ซึ่งลักษณะงานอาจส่งผลกระทบต่อความรุนแรงของโรคได้[3] นอกจากนี้ ยังพบว่าแรงงานสูงอายุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น สูบบุหรี่ทุกวัน ร้อยละ 5.8 ดื่มสุราทุกวัน ร้อยละ 3.3 พักผ่อนไม่เพียงพอโดยนอนน้อยกว่า 6 ชั่วโมง ต่อวัน ร้อยละ 23.2 มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ โดยพบแรงงานสูงอายุนอกระบบที่ทำงานในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 58.0 ไม่ออกกำลังกาย โดยให้เหตุผลว่าเสียเวลาและทำให้ขาดรายได้[4] ด้านพฤติกรรมการป้องกันการเจ็บป่วยจากการทำงาน พบว่าแรงงานสูงอายุร้อยละ 73.3 มีท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมซึ่งเป็นความเสี่ยงที่จะทำให้เกิด อาการปวดกล้ามเนื้อบริเวณคอ/ไหล่/แขนและปวดหลัง/เอว[5]

จังหวัดอุตรดิตถ์ มีประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 17.94 และส่วนใหญ่ยังต้องทำงาน[6] แต่พบว่าผู้สูงอายุที่ทำงานมีปัญหาภาวะสุขภาพทางกาย ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการไม่มีรายได้เพียงพอ และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว มีความต้องการได้รับการยอมรับจากสังคม การมีสถานที่ในการทำกิจกรรมและได้รับการดูแลจากชุมชน รวมถึงต้องการด้านความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน[7] ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ในจำนวนนี้มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค โดยป่วยเป็นโรคเรื้อรัง 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง[8] โดยเฉพาะเขตกึ่งเมืองในพื้นที่ตำบลคุ้งตะเภา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์ ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีภาระต้องประกอบอาชีพเพื่อการดำรงชีวิต คิดเป็นร้อยละ 88.70 โดยส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และโรคระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ[9]

จากสถานการณ์ข้างต้น ทำให้ต้องเตรียมพร้อมเพื่อรองรับกับปัญหาของผู้สูงอายุ โดยพัฒนาและจัดการในด้านต่างๆ ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถดูแลตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ซึ่งการดำเนินงานนั้นต้องมุ่งเน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึ่งตนเองได้ และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมทั้งให้ความสำคัญในระดับชุมชนที่ต้องมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการในลักษณะเป็นอาสาสมัครเครือข่ายการทำงาน ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงานในกลุ่มแรงงานสูงอายุนอกระบบ มีแนวคิดหนึ่งที่มีความจำเป็นในพัฒนาศักยภาพของคนให้สามารถดำเนินงานในชุมชนได้ คือการใช้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างเสริมสุขภาพและความปลอดภัย[10] ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้แรงงานสูงอายุเข้ามามีส่วนร่วม และหารูปแบบการพัฒนาแรงงานสูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชน
2. เพื่อเสนอแนวทางการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชน

วิธีการ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (Analytical Research) เป็นงานวิจัยที่เริ่มต้นจากชุมชน สนับสนุนให้ชาวบ้านหรือตัวแทนในชุมชนเป็นคนสร้างองค์ความรู้ใหม่ให้กับตนเองและชุมชน โดยการศึกษาเรียนรู้หาข้อมูล การศึกษาวิเคราะห์ถึงปัญหา รวมทั้งการแก้ไขปัญหาที่กำลังประสบอยู่ โดยการร่วมกันวางแผน และกำหนดการดำเนินงานตามแผนหรือโครงการ พร้อมทั้งการปฏิบัติตามแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้ถูกต้องตรงตามความต้องการ และมีนักวิจัยภายนอก ทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวยให้กระบวนการวิจัยบังเกิดผลที่สอดคล้องกับเป้าหมาย [11] มีขั้นตอนการดำเนินงานวิจัย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชน โดยศึกษาสถานการณ์และปัญหาสุขภาพจากการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน ปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองของแรงงานสูงอายุนอกระบบ ความต้องการในการแก้ไขปัญหา ทรัพยากรและแหล่งสนับสนุน และนโยบาย/โครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

ระยะที่ 2 ศึกษาแนวทางการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชน โดยศึกษาความต้องการในการแก้ไขปัญหา ทรัพยากรและแหล่งสนับสนุน และนโยบาย/โครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้ กำหนดประชากรประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ 1 ได้แก่ กลุ่มแรงงานสูงอายุนอกระบบในตำบลที่มีศักยภาพการดำเนินงานอาชีวอนามัยและความปลอดภัยอยู่ในระดับเริ่มต้น จำนวน 2,121 คน ในชุมชนเขตเมือง 1 ตำบล (ตำบลท่าอิฐ จำนวน 910 คน) ชุมชนเขตกึ่งเมือง 1 ตำบล (ตำบลท่าเสา จำนวน 924 คน) และชุมชนเขตชนบท 1 ตำบล (ตำบลชัยจุมพล จำนวน 287 คน) กลุ่มที่ 2 ได้แก่ แกนนำสุขภาพภาคประชาชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) แกนนำผู้สูงอายุ ประธานกลุ่มแม่บ้าน และสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ส.อบต. และ สท.) ในชุมชนเขตเมือง 1 ตำบล ชุมชนเขตกึ่งเมือง 1 ตำบล และชุมชนเขตชนบท 1 ตำบล ที่ ตำบลละ 20 คน รวมทั้งหมด 60 คน

กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 จากจำนวนประชากร 2,121 คน ใช้การคำนวณขนาดตัวอย่างจากตารางเครซี่มอร์แกน ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 327 คน แบ่งตามสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างในแต่ละพื้นที่ได้จำนวนดังนี้ ในชุมชนเขตเมือง ตำบลท่าอิฐ จำนวน 140 คน เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงกำหนดตัวอย่าง 150 คน ชุมชนเขตกึ่งเมือง ตำบลท่าเสา จำนวน 142 คน เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงกำหนดตัวอย่าง 150 คน ชุมชนเขตชนบท ตำบลชัยจุมพล จำนวน 45 คน เพื่อป้องกันข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงกำหนดตัวอย่าง 50 คน รวมกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มที่ 1 จำนวนทั้งสิ้น 350 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)
กลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2 ได้แก่ แกนนำสุขภาพภาคประชาชน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) แกนนำผู้สูงอายุ ประธานกลุ่มแม่บ้าน และสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ส.อบต. และ สท.) ในชุมชนเขตเมือง 1 ตำบล ชุมชนเขตกึ่งเมือง 1 ตำบล และชุมชนเขตชนบท 1 ตำบล ที่ ตำบลละ 20 คน รวมทั้งหมด 60 คน

เกณฑ์การคัดเข้า อาสาสมัครกลุ่มที่ 1 แรงงานสูงอายุนอกระบบ เป็นผู้มีอายุ 60 -70 ปี สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ และไม่มีปัญหาด้านการได้ยิน เป็นบุคคลที่ชุมชนยอมรับ ไม่มีแผนย้ายออกจากหมู่บ้านภายใน 1 ปี มีความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนอาสาสมัครกลุ่มที่ 2 กลุ่มแกนนำสุขภาพภาคประชาชน ได้แก่ ผู้นำชุมชน อาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) แกนนำผู้สูงอายุ ประธานกลุ่มแม่บ้าน และสมาชิกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ส.อบต. และ สท.) ที่มีคุณสมบัติคือ ต้องมีอายุ 20 ปี ไม่มีแผนย้ายออกจากหมู่บ้านภายใน 1 ปี มีความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์การคัดออก 1. อาสาสมัครขอถอนตัวออกจากการศึกษา 2. ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบตามเวลาที่กำหนด

ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยได้นำโครงการวิจัยเสนอต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ และได้รับการอนุมัติให้ดำเนินงาน เลขที่ COA No.071/2022 ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิทุกขั้นตอน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์มีโครงสร้าง (structured interview) เกี่ยวกับสถานการณ์และปัญหาสุขภาพจากการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน ส่วนที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน ส่วนที่ 3 ความต้องการการสนับสนุนเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน ส่วนที่ 4 สภาพการทำงาน สุขภาพ ความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บที่เกิดจากการทำงาน และส่วนที่ 5 แบบสำรวจปัญหาด้านการยศาสตร์ ในรอบปีที่ผ่านมา ที่ดัดแปลงมาจากแบบประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานนอกระบบ ของสำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม โดยเครื่องมือส่วนที่ 2-5 มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.90

2. แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างสำหรับการสนทนากลุ่ม (semi-structured interview) แนวคำถามเกี่ยวกับข้อมูล ความต้องการในการแก้ไขปัญหา ทรัพยากรและแหล่งสนับสนุน นโยบาย/โครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ และปัญหาอุปสรรคในการดูแลตนเองของแรงงานสูงวัยนอกระบบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องตามเนื้อหาและความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยการหาค่า IOC (Item Objective Congruence Index) เลือกเฉพาะที่ได้ค่า IOC มากกว่า 0.5 มาเป็นข้อคำถามและปรับปรุงแก้ไขข้อความตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มประชากรจริงในการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ จำนวน 30 คนทดสอบหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยพิจารณาจากค่า Cronbach's Alpha จะต้องไม่ต่ำกว่า 0.7 ปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์อีกครั้ง และนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ ได้ค่าเท่ากับ 0.89

สำหรับแบบสัมภาษณ์ในการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยร่างข้อคำถามในการสัมภาษณ์โดยนำเสนอต่อ ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความถูกต้องครอบคลุมตรงประเด็น ตรวจสอบความถูกต้อง หาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item Objective Congruence : IOC) แล้วนำไปปรับปรุงให้สมบูรณ์จากนั้นนำแบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์สถานการณ์อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชน จังหวัดอุตรดิตถ์ ใช้สถิติเชิงพรรณนาได้แก่ ร้อยละ
2. พัฒนาแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชน จังหวัดอุตรดิตถ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์เกี่ยวกับอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบ

1.1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน

ข้อมูลทั่วไป	ชุมชนเขตเมือง (n=150)		ชุมชนเขตกึ่งเมือง (n=150)		ชุมชนเขตชนบท (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ						
ชาย	50	33.30	49	32.70	24	48.00
หญิง	100	66.70	101	67.30	26	52.00
อายุ						
60-64 ปี	75	50.00	64	42.60	24	48.00
65-69 ปี	50	39.33	74	49.40	23	46.00
ตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป	16	10.66	12	8.00	3	6.00
อายุเฉลี่ย (max-min), SD.	64.94 (77-60), 3.43		64.90 (77-60), 3.03		64.40 (70-60), 2.96	
BMI						
น้อยกว่า 18.5 ผอม	6	4.00	4	2.70	1	2.00
18.5-22.9 ปกติ	44	29.33	47	31.30	19	38.00
23.0-24.9น้ำหนักเกิน	29	19.33	41	27.30	10	20.00
25.0-29.9 อ้วน	47	31.33	40	26.70	14	28.00
มากกว่าหรือเท่ากับ 30 อ้วนมาก	24	16.00	18	12.00	6	12.00

ตารางที่ 1ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเกี่ยวกับการทำงาน(ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	ชุมชนเขตเมือง (n=150)		ชุมชนเขตกึ่งเมือง (n=150)		ชุมชนเขตชนบท (n=50)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก						
ค้าขาย	32	21.33	42	28.00	8	16.00
รับจ้าง	54	36.00	54	36.00	8	16.00
เกษตรกร	6	4.00	41	4.00	29	58.00
ธุรกิจส่วนตัว	58	38.67	13	8.67	5	10.00
เวลาทำงาน						
วันละ 1-5 ชั่วโมง	50	33.33	27	22.88	18	36.00
วันละ 6-10 ชั่วโมง	98	65.33	83	70.34	31	62.00
วันละ 11-15 ชั่วโมง	2	1.33	8	6.77	1	2.00
การดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่ดื่ม	118	78.70	109	72.70	34	68.00
ดื่มเป็นบางครั้ง/ดื่มนานๆครั้ง	30	20.00	36	24.00	14	28.00
ดื่มประจำ	2	1.33	5	3.30	2	4.00
การสูบบุหรี่						
ไม่สูบ	135	90.00	135	90.00	41	82.00
สูบเป็นบางครั้ง/สูบนานๆครั้ง	8	5.30	8	5.30	4	8.00
สูบประจำ	7	4.70	7	4.70	5	10.00
การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย*	(n=162)		(n=187)		(n=50)	
ปล่อยให้หายเอง	10	6.17	3	1.60	3	5.00
ซื้อยามารับประทาน	63	38.89	83	44.39	28	46.67
รักษาแพทย์แผนปัจจุบัน	89	54.94	94	50.27	29	48.33
รักษาแพทย์ทางเลือก	-	-	7	3.74	-	-

จากตารางที่ 1 ผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนเขตเมือง เขตกึ่งเมือง และเขตชนบท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 66.70, 67.30 และ 52.00 ตามลำดับ) โดยในชุมชนเขตเมืองผู้สูงอายุมีอายุเฉลี่ย 64.94 ปี เขตกึ่งเมืองมีอายุเฉลี่ย 64.90 ปี และ เขตชนบทมีอายุเฉลี่ย 64.40 ปี ดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุในเขตเมือง และเขตชนบท ส่วนใหญ่อยู่ในภาวะอ้วน (ร้อยละ 31.33, และ 28.00 ตามลำดับ) ในขณะที่ในเขตกึ่งเมืองมีดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะปกติ (ร้อยละ 31.30) อาชีพหลักของผู้สูงอายุในพื้นที่ชุมชนเขตเมืองเป็นธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 38.67) เขตกึ่งเมืองส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 36.00) และในเขตชนบทประกอบอาชีพเกษตรกรรมเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 58.00) โดยสถานะตามอาชีพหลักของผู้สูงอายุทั้ง 3 พื้นที่ส่วนใหญ่เป็น เจ้าของกิจการหรือจ้างตนเอง เวลาทำงานของผู้สูงอายุทั้ง 3 พื้นที่ ส่วนใหญ่ ทำงานวันละ 6-10 ชั่วโมง ผู้สูงอายุทั้ง 3 พื้นที่ส่วนใหญ่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ แต่พบว่า ผู้สูงอายุในเขตชนบทมีร้อยละของการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ประจำมากกว่าในเขตเมืองและกึ่งชนบท ผู้สูงอายุในเขตเมือง และกึ่งเมือง ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว สำหรับในเขตชนบทพบว่าผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวเพียงร้อยละ 50 การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยของผู้สูงอายุทั้ง 3 พื้นที่จะรักษากับแพทย์แผนปัจจุบัน

1.2 การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ

การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพ จากการทำงาน	ชุมชนเขตเมือง		ชุมชนเขตกึ่งเมือง		ชุมชนเขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
สิ่งที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย						
ไม่มี/ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	54	56.00	35	23.33	12	24.00
มี	96	64.00	115	76.67	38	76.00
ชนิดสิ่งที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วย *	(n=173)		(n=225)		(n=84)	
ความร้อน/การถูกแสงแดดมากเกินไป	30	17.34	36	16.00	24	28.57
ฝุ่น	41	23.70	56	24.89	16	19.05
สารเคมี	6	3.47	23	10.22	20	23.81
เสียงดัง	16	9.25	5	2.22	3	3.57
ปวดเมื่อยจากการทำงาน	67	38.73	90	40.00	17	20.24
เชื้อโรค	11	6.36	13	5.78	4	4.76

ตารางที่ 2 การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ(ต่อ)

การรับรู้ความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการทำงาน	ชุมชนเขตเมือง		ชุมชนเขตกึ่งเมือง		ชุมชนเขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความจำเป็นในการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะทำงาน						
จำเป็น	83	55.3	127	84.70	38	76.00
ไม่จำเป็น/ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	67	44.7	23	15.30	12	24.00
อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ *	(n=204)		(n=382)		(n=119)	
ผ้ากันเปื้อน	31	15.20	46	12.04	3	2.52
หมวกคลุมผม	16	7.84	38	9.95	3	2.52
หมวกกันแดด	18	8.82	67	17.54	26	21.86
ปลอกแขน	12	5.88	28	7.33	5	4.20
แว่นกันแดด/แว่นกันสารเคมี	10	4.90	16	4.19	5	4.20
ร่ม	4	1.96	12	3.14	9	7.56
ถุงมือ	29	14.22	58	15.18	30	25.21
รองเท้าหุ้มส้น	19	9.31	21	5.50	10	8.40
หน้ากากอนามัย	65	31.86	95	24.87	28	23.53
คาดเข็มขัดนิรภัย	-	-	1	0.26	-	-

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 2 ผู้สูงอายุในชุมชนเขตเมืองและเขตชนบทจะมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมือง โดย ผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตกึ่งเมือง จะรับรู้สิ่งที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยจากการทำงานจากการปวดเมื่อยจากการทำงานมากที่สุด ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตชนบทจะรับรู้สิ่งที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยจากการทำงานจากความร้อนหรือการถูกแสงแดดมากเกินไป ผู้สูงอายุในเขตกึ่งเมืองรับรู้ถึงความจำเป็นในการสวมใส่อุปกรณ์ป้องกันขณะทำงานมากกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบท โดยทั้ง 3 พื้นที่เห็นว่าอุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการทำงานได้แก่หน้ากากอนามัย

1.3 ความต้องการการสนับสนุนเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความต้องการการสนับสนุนเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ

ความต้องการการสนับสนุนเพื่อลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในการทำงาน	ชุมชนเขตเมือง		ชุมชนเขตกึ่งเมือง		ชุมชนเขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการการสนับสนุน						
ไม่ต้องการ	108	72.00	58	38.67	29	58.00
ต้องการ	42	28.00	92	61.33	21	42.00
การสนับสนุนด้านความรู้*	(n=49)		(n=106)		(n=31)	
อันตรายจากการทำงาน	7	14.29	16	15.09	8	25.81
หลักความปลอดภัยในการทำงาน	18	36.73	43	40.57	9	29.03
การใช้สารเคมีให้ปลอดภัย	5	10.20	16	15.09	10	32.26
การป้องกันควบคุมโรคและภัยจากการทำงาน	19	38.78	31	29.25	4	12.90
การสนับสนุนด้านอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล *	(n=79)		(n=168)		(n=36)	
แว่นป้องกันแดด	17	21.52	22	13.10	3	8.33
อุปกรณ์ป้องกันการหายใจ	18	22.78	29	17.26	15	41.67
ถุงมือป้องกัน	18	22.78	59	35.12	11	30.55
อุปกรณ์ปกป้องการได้ยิน	4	5.06	1	0.60	-	-
รองเท้าป้องกัน	20	25.32	49	29.17	6	6.67
หน้ากากอนามัย	2	2.53	8	4.76	-	-
หมวกคลุมผม					1	2.78
การตรวจสุขภาพประจำปี *	(n=79)		(n=155)		(n=39)	
ต้องการตรวจสุขภาพประจำปี	41	51.90	87	56.13	27	69.23
ต้องการตรวจเฉพาะโรค	38	48.10	68	43.87	12	30.77

* ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 3 ผู้สูงอายุในเขตกึ่งเมือง มีความต้องการการสนับสนุนเพื่อลดความเสี่ยงต่อการทำงานมากที่สุด รองลงมาคือผู้สูงอายุในเขตชนบทและ ในเขตเมืองตามลำดับ โดย ผู้สูงอายุในเขตเมืองต้องการการสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคและภัยจากการทำงาน ในขณะที่ผู้สูงอายุในเขตกึ่งเมืองต้องการการสนับสนุนความรู้ในเรื่องหลักความปลอดภัยในการทำงาน และผู้สูงอายุในเขตชนบทส่วนใหญ่ต้องการการสนับสนุนด้านความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีให้ปลอดภัย สำหรับการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลพบว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองต้องการการสนับสนุนเรื่องของรองเท้าป้องกัน ผู้สูงอายุในเขตกึ่งเมืองต้องการการสนับสนุนถุงมือป้องกัน และ ผู้สูงอายุในเขตชนบทต้องการการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันการหายใจ และส่วนใหญ่ ผู้สูงอายุทั้ง 3 พื้นที่ต้องการการตรวจสุขภาพประจำปี

1.4 สภาพการทำงาน สุขภาพ ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 สภาพการทำงาน สุขภาพ ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ

สภาพการทำงาน ปัญหาสุขภาพ ความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน	ชุมชนเขตเมือง		ชุมชนเขตกึ่งเมือง		ชุมชนเขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาสุขภาพใน 1 ปีที่ผ่านมา						
มี	19	12.70	31	20.67	11	22.00
ไม่มี/ไม่แน่ใจ	131	87.30	119	80.33	39	78.00
ปัญหาสุขภาพที่พบ	(n=19)		(n=31)		(n=11)	
อุบัติเหตุจากการโดนของแข็งกระแทก	1	5.26	2	6.45	2	18.18
ปวดเข่า/ปวดเมื่อย/ปวดหลัง	4	21.05	4	12.90	-	-
อุบัติเหตุจากของมีคม เช่นมีด/หนามตำ	9	47.37	17	54.84	7	63.64
อุบัติเหตุจากการลื่นล้ม	5	26.32	1	3.23	-	-
อุบัติเหตุจราจร	-	-	3	9.68	-	-
อุบัติเหตุจากไฟลวก น้ำร้อนลวก	--	--	4	12.90	2	18.18

ตารางที่ 4 สภาพการทำงาน สุขภาพ ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ (ต่อ)

สภาพการทำงาน ปัญหาสุขภาพ ความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน	ชุมชนเขตเมือง		ชุมชนเขตกึ่งเมือง		ชุมชนเขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การสัมผัสความร้อนหรือทำงานกลางแจ้ง						
ไม่มี	112	74.70	70	46.70	26	52.00
มี	38	25.30	80	53.30	24	48.00
การแสดงอาการเมื่อสัมผัสความร้อน*	(n=40)		(n=89)		(n=24)	
ไม่มีอาการ	24	60.0	28	31.50	15	62.50
มีอาการหิวน้ำ เหนื่อย เหงื่อออกมาก	9	22.50	40	44.90	8	33.33
มีผื่นแดง คันบริเวณผิวหนัง	5	12.50	7	7.90	1	4.17
เป็นตะคริวบ่อย	2	5.00	14	15.70	-	-
ที่ทำงานมีแสงสว่างมาก/ไม่เพียงพอ						
ไม่มี	123	82.00	92	61.30	43	86.001
มี	27	18.00	58	38.70	7	4.00
การแสดงอาการเมื่อที่ทำงานมีแสงสว่าง*	(n= 29)		(n= 60)		(n=7)	
ไม่มีอาการ	17	58.62	28	46.70	7	100.00
มีอาการเมื่อยล้าดวงตา	3	10.34	17	28.30	-	-
แสบตา น้ำตาไหล ตาแดง ปวดตา	8	27.59	11	18.30	-	-
ปวดศีรษะ	1	3.45	4	6.70	-	-
ที่ทำงานมีฝุ่น/ควัน/กลิ่น						
ไม่มี	121	80.70	71	47.30	28	56.00
มี	29	19.30	79	52.70	22	44.00

ตารางที่ 4 สภาพการทำงาน สุขภาพ ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บและอุบัติเหตุที่เกิดจากการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ (ต่อ)

สภาพการทำงาน ปัญหาสุขภาพ ความเจ็บป่วยที่เกิดจากการทำงาน	ชุมชนเขตเมือง		ชุมชนเขตกึ่งเมือง		ชุมชนเขตชนบท	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การแสดงอาการเมื่อสัมผัสฝุ่น/ควัน/กลิ่น*	(n=31)		(n= 81)		(n=22)	
ไม่มีอาการ	22	70.97	40	49.39	18	81.82
มีอาการผื่นคันที่ผิวหนัง	2	6.45	14	17.28	-	-
ระคายเคืองทางเดินหายใจ	7	22.58	24	29.63	4	18.18
หายใจลำบาก แน่นหน้าอก	-	-	3	3.70	-	-
สัมผัสสารเคมีในขั้นตอนการทำงาน						
ไม่มี	142	94.70	113	75.33	34	68.00
มี	8	5.30	37	24.67	16	32.00
การแสดงอาการเมื่อสัมผัสสารเคมี	(n=8)		(n=66)		(n=16)	
ไม่มีอาการ	6	75.00	29	43.93	15	93.75
มีผื่นคัน ระคายตา วิงเวียน คลื่นไส้อาเจียน	2	25.00	37	56.04	1	6.25
ทำงานที่ต้องยกของหนัก						
ไม่มี	116	77.30	49	32.67	26	52.00
มี	34	22.70	101	67.33	24	48.00
การแสดงอาการเมื่อยกของหนักขณะทำงาน*	(n=43)		(n=104)		(n=25)	
ไม่มีอาการ	3	6.98	5	4.80	2	8.00
ปวดเมื่อยเล็กน้อยพอทนได้	34	79.07	62	59.62	18	72.00
ปวดเมื่อยมากต้องรับประทานยา	6	13.95	37	35.58	5	20.00

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 4 ปัญหาสุขภาพใน 1 ปีที่ผ่านมาพบมากที่สุดในผู้สูงอายุในเขตกึ่งเมือง (ร้อยละ 20.67) โดยผู้สูงอายุทั้ง 3 พื้นที่จะพบปัญหาสุขภาพจาก อุบัติเหตุจากของมีคม เช่นมีด หรือหนามตำมากที่สุด โดยพบมากในผู้สูงอายุในชุมชนเขตชนบท สภาพการทำงานผู้สูงอายุในชุมชนเขตกึ่งเมืองพบการ

สัมผัสความร้อนหรือทำงานกลางแจ้งมากกว่าในเขตเมืองและเขตชนบท โดยส่วนใหญ่มักมีอาการหิวน้ำ เหนื่อย เหงื่อออกมาก เช่นเดียวกับ การทำงานในที่แสงสว่างมากหรือไม่เพียงพอ และ ที่ทำงานที่มีฝุ่น/ควัน หรือกลิ่น แต่พบว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทมีการสัมผัสสารเคมีในขั้นตอนการทำงานมากกว่าในพื้นที่เขตเมือง และเขตกึ่งเมือง สำหรับการทำงานที่ต้องแบกของหนักส่วนใหญ่จะพบปัญหาสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตกึ่งเมือง มากกว่าในเขตเมืองและเขตชนบท ซึ่งผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มจะมีอาการส่วนใหญ่คือปวดเมื่อยเล็กน้อย พอทนได้

1.5 ปัญหาทางด้านการยศาสตร์ของแรงงานสูงอายุนอกระบบ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัญหาทางด้านการยศาสตร์ของแรงงานสูงอายุนอกระบบ

ปัญหาทางด้านการยศาสตร์*	ชุมชนเขตเมือง (n=261)		ชุมชนเขตกึ่งเมือง (n=308)		ชุมชนเขตชนบท (n=70)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
นั่ง	102	39.08	90	29.22	29	41.43
ยืน	84	32.18	86	27.92	17	24.29
เดิน	48	18.39	89	28.90	23	32.86
ปีนป่าย	10	3.83	12	3.90	-	-
เดินยกของ	17	6.51	31	10.06	1	1.43

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 5 ปัญหาด้านการยศาสตร์ของแรงงานสูงอายุนอกระบบ ในชุมชนเขตเมือง ชุมชนเขตกึ่งเมือง และชุมชนเขตชนบท จะเป็นปัญหาจากการนั่ง มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 39.08, 29.22, และ 41.43 ตามลำดับ

2. แนวทางการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชน

ผลการวิเคราะห์แนวทางเกี่ยวกับการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชน ทำให้พื้นที่มีความเข้าใจถึงสภาพปัญหาตนเองและหาแนวทางแก้ไขปัญหาเกิดความตระหนัก พบได้ดังนี้

2.1 แนวทางการแก้ไขปัญหาสารเคมี โดยจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมีอย่างถูกต้องและปลอดภัย การจัดหาและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การแต่งกายที่ถูกต้องขณะทำงาน

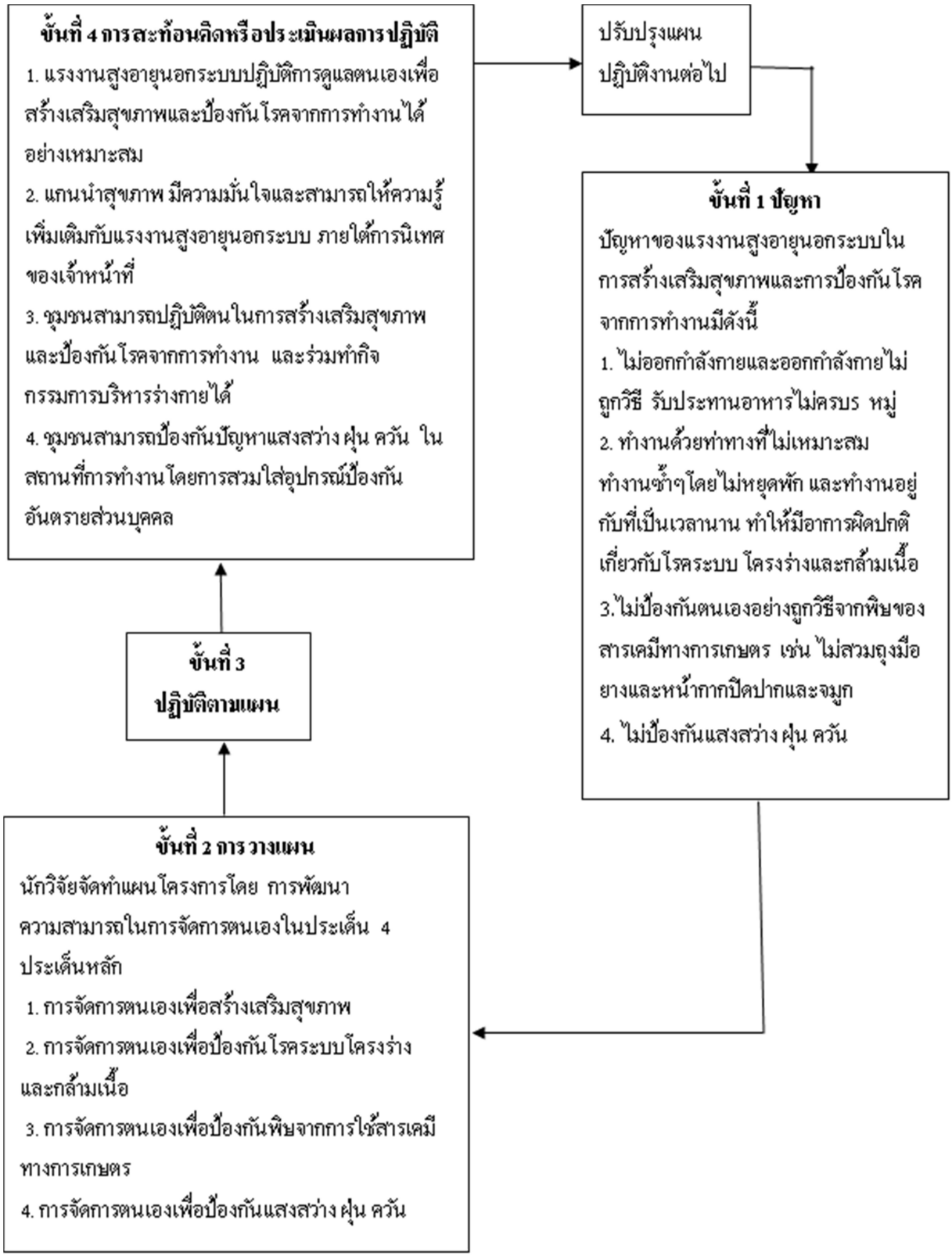
2.2 แนวทางการแก้ไขปัญหาการยศาสตร์ โดยการออกกำลังกายและใช้ท่าทางที่ถูกต้องเหมาะสมในการทำงาน การจัดตั้งกลุ่มออกกำลังกายในหมู่บ้าน การใช้สมุนไพรเพื่อบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและกระดูก การนวด การประคบ

2.3 แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคจากการทำงาน โดยการใช้อุปกรณ์ที่เหมาะสมในการทำงาน สร้างความตระหนักในเรื่องความปลอดภัยในการทำงาน อบรมเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การ

ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ผ่านช่องทางต่างๆที่หลากหลายของพื้นที่ ได้แก่ ช่องทางไลน์กลุ่มหมู่บ้าน หอกระจายข่าว ชมรมผู้สูงอายุ หรือการประชุมประจำเดือนของหมู่บ้าน

2.4 แนวทางการแก้ไขปัญหาแสงสว่าง ฝุ่น ควัน โดยการจัดหาและใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล การอบรมให้ความรู้เพื่อป้องกันอันตรายจากแสงสว่าง ฝุ่น ควัน

จากการมีส่วนร่วมของชุมชนดังกล่าว ทำให้ได้แนวทางการในการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชนเกิดขึ้น ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวทางการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชน

วิจารณ์

สถานการณ์อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชน ทั้งพื้นที่เขตเมือง เขตกึ่งเมือง และเขตชนบท โดยมีปัญหาสุขภาพจากการทำงานส่วนใหญ่คล้ายคลึงกันได้แก่ การบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ อากาศร้อน เกิดภาวะลมแดด ขาดการป้องกันที่เหมาะสม อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย จากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ ฉันทนา จันทวงศ์ และคณะ[12] นอกจากนี้ แรงงานสูงอายุทั้ง 3 พื้นที่เกือบครึ่งยังพบเกี่ยวกับการซื้อยากินเอง ขาดการตรวจสุขภาพประจำปี ประกอบกับแรงงานสูงอายุสูงอายุนอกระบบมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม หรือได้รับผลกระทบจากคนรอบข้าง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พักผ่อนไม่เพียงพอ ยิ่งเป็นปัจจัยเสริมที่ไม่พึงประสงค์ต่อภาวะสุขภาพและความสามารถในการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบ สอดคล้องกับการศึกษาของเกษราวัลณ์ นิลวรางกูร และคณะ[13] ส่วนการสัมผัสสารเคมีในขั้นตอนการทำงานและทำงานในสถานที่ที่มีฝุ่นละออง ควันพบมากในพื้นที่เขตกึ่งเมือง และพื้นที่เขตชนบท โดยพบได้น้อยในพื้นที่เขตเมือง ดังนั้น การวิเคราะห์ปัญหาจึงจำเป็นต้องใช้วิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในการค้นหาปัญหาและสาเหตุเพื่อทำให้สามารถจัดการและดูแลตนเองได้ และสร้างเป็นกรอบแนวทางในการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของชุมชน ใน 3 พื้นที่ ที่มุ่งเน้น1) การจัดการตนเองเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ 2) การจัดการตนเองเพื่อป้องกันโรคระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อ สำหรับการจัดการตนเองเพื่อป้องกันพิษจากการใช้สารเคมีทางการเกษตร มุ่งเน้นในพื้นที่เขตกึ่งเมืองและพื้นที่เขตชนบท และการจัดการตนเองเพื่อป้องกันแสงสว่าง ฝุ่น ควัน มุ่งเน้นในพื้นที่เขตเมือง จะช่วยให้ชุมชนร่วมมือกันสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงาน เนื่องจากร่วมตระหนักและเห็นความสำคัญตั้งแต่เริ่มเข้ามาร่วมวางแผนแก้ปัญหาและร่วมตัดสินใจในการวางแผนดำเนินการเพื่อจัดการกับปัญหาและลงมือปฏิบัติ[14] โดยมุ่งเน้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของชุมชน เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ที่เกิดจากการทำงานได้อย่างเหมาะสมและลดการเจ็บป่วยจากการทำงานที่เกิดขึ้น การศึกษานี้จะนำไปสู่การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในกลุ่มแรงงานสูงอายุนอกระบบได้ ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมามุ่งเน้นให้แรงงานนอกระบบมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคจากการทำงาน[15, 16]ทั้งนี้ สิ่งที่สำคัญประการหนึ่ง การดำเนินงานที่จะทำให้แรงงานสูงอายุนอกระบบ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพ จะต้องทำความเข้าใจวัฒนธรรมและบริบทของชุมชนและการสร้างความเข้าใจในปัญหาและสาเหตุร่วมกันกับกลุ่มแกนนำและกลุ่มเป้าหมายที่จะแก้ไขปัญหาในชุมชน เคารพและรับฟังข้อคิดเห็นตลอดจนการตัดสินใจร่วมกันในการดำเนินการแก้ปัญหา ประเมินผล รวมทั้งสะท้อนผลการปฏิบัติและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง[17]

สรุป

สถานการณ์อาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบมีความเสี่ยงจากปัจจัยคุกคามทางสุขภาพ ด้านสิ่งคุกคามทางกายภาพ ด้านสิ่งคุกคามจากสารเคมี ด้านสิ่งคุกคามทางการยศาสตร์ และการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ ดังนั้น แนวทางการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชนทั้งพื้นที่ชุมชนเขตเมือง เขตกึ่งเมือง เขตชนบท จึงต้องดำเนินการออกแบบเนื้อหาที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการ วัฒนธรรม และบริบทของพื้นที่ จะทำให้พื้นที่มีความเข้าใจถึงสภาพปัญหาตนเองและหาแนวทางแก้ไขปัญหา ซึ่งจะทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้เกิดขึ้น ตาม 4 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างความเข้าใจสถานการณ์เพื่อหาปัญหาและสาเหตุอย่างมีส่วนร่วม 2) จัดลำดับความสำคัญของปัญหา และวางแผนดำเนินการ 3) การกำหนดผู้ร่วมดำเนินการพัฒนา 4) การออกแบบสะท้อนความคิดให้แก่แรงงานสูงอายุนอกระบบนำไปปฏิบัติใช้เพื่อจัดการตนเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้

จากการศึกษาสถานการณ์อาชีวอนามัยและความปลอดภัย พบปัญหาสุขภาพจากการทำงานส่วนใหญ่ทั้ง 3 พื้นที่คล้ายคลึงกันได้แก่ การบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุจากการประกอบอาชีพ อากาศร้อน เกิดภาวะลมแดด ขาดการป้องกันที่เหมาะสม อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย จากการทำงาน การซื้อยากินเอง ขาดการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนที่พบเพียง 2 พื้นที่ในเขตกึ่งเมือง และเขตชนบท คือ การสัมผัสสารเคมีในขั้นตอนการทำงานและทำงานในสถานที่ที่มีฝุ่นละออง ควัน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสาธารณสุข หน่วยงานด้านการส่งเสริมการเกษตร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาคุณภาพชีวิต ต้องดำเนินงานตามแนวทางการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบ ตามบริบทปัญหาของพื้นที่เขตเมือง เขตกึ่งเมือง และเขตชนบท เพื่อให้เกิดการออกแบบการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคจากการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบที่มีรูปแบบที่ชัดเจน โดยทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา และความต้องการ วัฒนธรรม และบริบทของพื้นที่ ทำให้พื้นที่มีความเข้าใจถึงสภาพปัญหาตนเองและหาแนวทางแก้ไขปัญหา สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดการพัฒนาศักยภาพการจัดการอาชีวอนามัยและความปลอดภัยของแรงงานสูงอายุนอกระบบที่เหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล ควรนำข้อมูลที่ได้ ไปจัดทำแผนในการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและพัฒนาความสามารถในการทำงานแรงงานสูงอายุนอกระบบ โดยเน้นผู้ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีมีส่วนร่วมในการดำเนินการ เช่น ผู้นำชุมชน แรงงานสูงอายุ อสม. เป็นต้น เพื่อให้ชุมชนเกิดกระบวนการเรียนรู้การดูแลสุขภาพแรงงานสูงอายุนอกระบบได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิผล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่และสมาชิกเทศบาลเมืองอุตรดิตถ์ เทศบาลตำบลท่าเสา องค์การบริหารส่วนตำบลชัยจุมพล บุคลากรสาธารณสุขโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองอุตรดิตถ์ 2 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านม่อนดินแดง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านคุ้ม แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำชุมชน แกนนำชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชนของตำบลท่าอิฐ ตำบลท่าเสา และตำบลชัยจุมพล ที่ได้ให้ข้อมูลและร่วมกระบวนการวิจัยอันเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานวิจัย รวมทั้งคณาจารย์และเจ้าหน้าที่หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์ทุกท่าน ที่เข้าร่วมจัดกิจกรรมการพัฒนาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. รายงานความยากจนหลายมิติของประเทศไทย ปี 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2564.
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการทำงานของผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. 2565.
3. วันเพ็ญ แก้วปาน และสุรินธร กลัมพากร. ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของแรงงานสูงอายุ(อายุ 45-60 ปี). ม.ป.ท: ม.ป.พ. 2552.
4. ณัฏฐ์สิณี สุขสมัย ขวัญใจ อำนาจสัตย์สื่อ พัชราพร เกิดมงคล วันเพ็ญ แก้วปาน และนิตยา วัจนะภูมิ. ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุที่ทำงานนอกระบบในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2555; 26(3): 80–93.
5. เสาวลักษณ์ แก้วมณี ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์ และธานี แก้วธรรมานุกูล. ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานและภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงของแรงงานสูงอายุในอุตสาหกรมอาหารทะเลบรรจุกระป๋อง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2554. 6(2); 90-99.
6. สำนักงานสถิติจังหวัดอุตรดิตถ์. การสำรวจความต้องการการพัฒนาขีดความสามารถของประชากร พ.ศ. 2556 – 2558. อุตรดิตถ์: ม.ป.พ. 2558.
7. กรกฤช ลิ้มสมมุติ. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอำเภอตรอน จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2558. 5(2); 153-161.
8. กนกวรรณ สิทธิวิรัชธรรม และศันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ. 2558. 38(4); 11-21.

9. ศรัณยู เรือนจันทร์, เผด็จการ กันแจ่ม และ ธนากร ธนวัฒน์. การพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองจากการทำงานของแรงงานสูงอายุนอกระบบในพื้นที่ตำบลคุ้งตะเภา อำเภอเมือง จังหวัดอุตรดิตถ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2562. 12(2); 600-610.

10. Hoffmeister H, Mensink G B M. Social change theory: applications to community health. In: Bracht N (ed). Health promotion at the community level. Newbury Park: Sage Publications. 1990.

11. ปาริชาติ วลัยเสถียร และคณะ. กระบวนการและเทคนิคการทำงานของนักพัฒนา. พิมพ์ครั้งที่ 3 . กรุงเทพฯ : โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข. 2548.

12. ฉันทนา จันทวงศ์ และคณะ. รูปแบบการดูแลสุขภาพและความปลอดภัยในการประกอบอาชีพของแรงงานสูงอายุนอกระบบในชุมชนชายทะเลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต. มหาวิทยาลัยบูรพา. 2559.

13. เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร และคณะ. การพัฒนาองค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงานของแรงงานสูงวัยนอกระบบ. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). 2560.

14. Reason, P., & Bradbury, H. The Sage handbook of action research: Participative inquiry and practice. (2 nd.). Los Angeles: Sage Publications, 2008.

15. Nilvarangkul, K., Srithongchai, M., Saensom,D., Smith, J. F., Supornpan, S. & Tumnong, C. Evaluation of action research for strengthening personal health care among village women weavers in North East Thailand. Public Health Nursing. 2013. 30 (3); 213-220.

16. เกษราวัลณ์ นิลวรางกูร, วิจิตรา เสนา, เกศินี สราญฤทธิชัย, John, F. Smith, ธีรศักดิ์ พาจันทร์และศันสนีย์ สีต่างคา. การพัฒนากระบวนการเรียนรู้ของชุมชนในการดูแลสุขภาพเกษตรกรสวนยางพาราภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560.

17. Moule, P., & Goodman, M. Nursing research: An introduction. (2nded.) London: Sage Publications. 2014.