

วิทยาศาสตร์สุขภาพ

และการสาธารณสุขชุมชน 1 ปีที่ 5 ฉบับที่ 1

มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2565

ISSN : 2651-1193



วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน
(Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH)
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ อันจะนำไปสู่การสร้างนวัตกรรมและองค์ความรู้ใหม่ด้านการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิต
2. เพื่อเป็นสื่อกลางของบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข อาจารย์และนักศึกษาในการส่งเสริมการผลิตผลงานวิชาการและงานวิจัย
3. เพื่อตอบสนองพันธกิจหลักในการสร้างองค์ความรู้และเผยแพร่ผลงานวิชาการรวมทั้งงานวิจัยของสถาบันและเครือข่าย

ขอบเขตบทความตีพิมพ์

1. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค
2. ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ
3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพ
4. ชุมชนกับการพัฒนาสุขภาพและนวัตกรรม
5. พัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้านสุขภาพ

ประเภทของบทความ

1. บทความวิจัย (Research Article)
2. บทความวิชาการ (Academic Article)
3. บทความปริทัศน์ (Literature Review Article)

สำนักงานกองบรรณาธิการ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

90/1 หมู่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์: 0-4322-1770, 0-4322-1493, 0-4322-2741 โทรสาร: 0-4322-1770 ต่อ 102

E-mail: jhscph@scphkk.ac.th

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

คณะกรรมการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์ ดร.นพ.ศาสตรี เสาวคนธ์

นพ.วินิช เลหาพันธ์

นพ.ชูชัย ศรีขำ

อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

มหาวิทยาลัยบูรพา

ที่ปรึกษามูลนิธิหมอวินิช เลหาพันธ์

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุข

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

บรรณาธิการ

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

อีเมล: tphajan@gmail.com มือถือ: 098 1028159

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.วงศา เล้าศิริวงศ์	มหาวิทยาลัยขอนแก่น	อีเมล: drwongsa@gmail.com	โทร:087-373-1199
รศ.ดร.สงครามชัย ลีทองดี	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: songkramchai@gmail.com	โทร:08-0742-9991
รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรัตน์	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	อีเมล: vorapoj_p2004@hotmail.com	โทร:081-873-6864
ผศ.ดร.ณัฐพงษ์ พัฒนพงษ์	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	อีเมล: nattapong@econ.tu.ac.th	โทร:08-9761-1252
ดร.กฤษณา วุฒิสินธุ์	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์	อีเมล: kridsana.wu@ksu.ac.th	โทร:08-3023-9119
ผศ.ดร.กฤษณ์ ขุนล็ก	มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์	อีเมล: kris.khunluek@gmail.com	โทร:08-0421-5777
ดร.ประเสริฐ ประสมรักษ์	มหาวิทยาลัยมหิดล	อีเมล: prasert.pra@mahidol.ac.th	โทร:08-8890-1302
ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	มหาวิทยาลัยรามคำแหง	อีเมล: mornsak1.poum@gmail.com	โทร:081-972-6118
ดร.นงษา สิงห์วีธรรม	สถาบันพระบรมราชชนก	อีเมล: noppcha@hotmail.com	โทร:061-551-3399
Dr.Mya Thandar	University of Public Health, Yangon, Myanmar	อีเมล: myathandar72@gmail.com	โทร +9595004916
ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: phitthaya12@gmail.com	โทร:092-904-1874
ดร.สุทิน ชนะบุญ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: sutinchanabun@gmail.com	โทร:081-708-5954
ดร.ประทีป กาลเขว้า	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: kankhwao@hotmail.com	โทร:084-793-6265
ดร.สุพัฒน์ อาสนะ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: su_assana@yahoo.com	โทร:089-863-4616
ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: kritkantorn@gmail.com	โทร:084-684-3546
ดร.วรรณศรี แวงวาม	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: wanasri@scphkk.ac.th	โทร:085-005-8108
ดร.ลำพึง วอนอก	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: lampung@scphkk.ac.th	โทร:082-872-9878
ฝ่ายจัดการ			
นายสุทธิพงษ์ อุพลเกียรติ	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: suddipong.su@gmail.com	โทร:089-842-9616
น.ส.ธีราพร ศรีกัน	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: teeraporn@scphkk.ac.th	โทร:063-720-5846

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีครับ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ปีที่ 5 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม-มิถุนายน 2565 ซึ่งเป็นช่วงที่สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) กำลังเข้าสู่โรคประจำถิ่น บทเรียนที่ได้รับจากสถานการณ์ COVID-19 ที่ผ่านมาส่งกระทบด้านต่างๆ ในวงกว้าง อย่างไรก็ตามยังมีแง่มุมที่ดีหลายประการ เช่น ประชาชนเกิดการเรียนรู้ด้านเทคโนโลยี ใช้ระบบออนไลน์มากขึ้น และที่สำคัญประชาชนมีพฤติกรรมป้องกันการโรคระบบทางเดินหายใจ มีสุขอนามัยส่วนบุคคลที่ดี เช่น สวมใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ จนติดเป็นนิสัย สิ่งเหล่านี้หากปฏิบัติได้จะช่วยป้องกันการแพร่เชื้อ COVID-19 หรือโรคอื่นได้

วารสารฉบับนี้มีเรื่องน่าสนใจหลายเรื่อง เช่น ผลการใช้ผลิตภัณฑ์สเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนประกอบของกระชายขาวและตรีผลาร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจรต่ออาการไอในผู้ป่วยโควิด-19 แยกกักตัวอยู่บ้าน การพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา การพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น เป็นต้น ซึ่งทุกผลงานผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิสามารถนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติและพัฒนางานได้เป็นอย่างดี คณะทำงานมีความมุ่งมั่นพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและทันสมัย โดยนำบทความเข้าสู่เว็บไซต์ระบบการจัดการวารสารออนไลน์ (Thai Journals Online: ThaiJO) ผู้สนใจสามารถเข้าเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org> จากนั้นพิมพ์ชื่อ “วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน” คลิก Register เพื่อลงทะเบียนสมาชิก หรือคลิกที่ Online submissions เพื่อส่งบทความได้อย่างสะดวก ท้ายสุด คณะทำงานขอขอบพระคุณเจ้าของผลงานที่กรุณาฝากผลงานวิจัยมาตีพิมพ์เผยแพร่ และขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการ เพื่อต่อยอด และพัฒนางานด้านสุขภาพ ต่อไป

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร
บรรณาธิการ

ข้อแนะนำในการเตรียมต้นฉบับ

1. คำแนะนำสำหรับผู้เขียน (Instructions for the Authors)

1.1. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน (Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 2 ครั้ง (1 มกราคม - 30 มิถุนายน และ 1 กรกฎาคม - 31 ธันวาคม)

1.2. วารสารพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน เป็นบทความที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ การแพทย์ฉุกเฉินและคุ้มครองผู้บริโภค ระบบสุขภาพและการประเมินผลโครงการด้านสุขภาพ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและเครือข่ายด้านสุขภาพชุมชนกับการพัฒนาสุขภาพและนวัตกรรมพัฒนาการจัดการเรียนการสอนด้านสุขภาพ โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาลงในวารสารใดๆ สามารถแบ่งได้ 3 ลักษณะดังนี้

- บทความวิจัย (Research Article) เป็นบทความทั้งวิจัยพื้นฐานและวิจัยประยุกต์
- บทความวิชาการ (Academic Article) เป็นบทความที่วิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิทยาศาสตร์สุขภาพและการเรียนการสอน
- บทความปริทัศน์ (Literature Review Article) เป็นบทความที่รวบรวมองค์ความรู้เรื่องใดเรื่องหนึ่งทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ ที่ตีพิมพ์ในวารสารหรือหนังสือ นำมาเรียบเรียง วิเคราะห์ วิจัยให้เกิดความกระจ่างมากในประเด็นนั้นๆมากยิ่งขึ้น

1.3. กองบรรณาธิการจะพิจารณาด้านฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสารและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวนอย่างน้อย 2 ท่าน เป็นคนอ่าน

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

2.1. ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)

2.2. กรอบของข้อความ ขอบบน 3.5 ซม. ขอบล่าง 2.5 ซม. ขอบซ้าย 3.5 ซม. ขอบขวา 2.5 ซม.

2.3. ตัวหนังสือใช้ TH SarabunPSK ขนาด 16 point

3. การเรียงลำดับเนื้อหา

3.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 18 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

3.2 ชื่อผู้เขียน (Authors)

- ชื่อผู้เขียน (ทุกคน) ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวธรรมดา จัดชิดขวา ได้ชื่อเรื่อง โดยระหว่างชื่อผู้เขียนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma ,)
- ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้เขียน ภาษาไทย –ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวธรรมดา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความย่อ
- E-mail address ของผู้รับผิดชอบประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความย่อ ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

3.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ Abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบ ความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ

3.4 คำสำคัญ (Keyword)

- ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ 3 - 5 คำ ขนาด 16 point ตัวหนา (เฉพาะหัวข้อคำสำคัญ) ส่วนคำที่ใช้เป็นคำสำคัญ ตัวธรรมดา จัดชิดซ้าย

3.5 บทนำ (Introduction)

- บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

3.6 วัตถุประสงค์การวิจัย (Objective)

- ระบุวัตถุประสงค์การวิจัยให้ชัดเจน สะท้อนถึงตัวแปรและความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรกับประเด็นที่ผู้วิจัยสนใจ

3.7 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

- ประกอบไปด้วย รูปแบบการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

3.8 ผลการวิจัย (Result)

- อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

3.9 การอภิปรายผล (Discussion)

- การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุนผลการวิจัย

3.10 ข้อเสนอแนะ

- ข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์และหรือข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป สะท้อนถึงการต่อยอดหรือประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัย ต่อไป

3.11 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

3.12 เอกสารอ้างอิง (Reference)

- ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver
- การอ้างอิงในเนื้อเรื่อง (In-text citation) ใช้ตัวเลขอารบิก แทนลำดับเอกสารที่อ้างอิง โดยใส่ตัวเลขเหนือบรรทัด (Superscript) ไว้ท้ายข้อความที่ต้องการอ้างอิง โดยไม่มีวงเล็บ หากต้องการอ้างอิงเอกสารที่เคยอ้างแล้วซ้ำอีกครั้ง ให้ใส่หมายเลขเดิมที่เคยอ้างไว้ครั้งแรก
- การอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ (Reference citation) เรียงตัวเลขตามลำดับที่อ้างอิง ตั้งแต่เลข 1 เป็นต้นไป จนครบทุกลำดับที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา
- เอกสารที่อ้างอิงในเนื้อหาต้องตรงกับเอกสารอ้างอิงในเอกสารท้ายบทความ

ตัวอย่างการเขียนส่วนเอกสารอ้างอิง

1. บทความจากวารสารมาตรฐาน (Standard journal article)

1.1 กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma- ,)

- แพรวพรรณ แสงทองรุ่งเจริญ, รพีพรรณ วิบูลย์วัฒนกิจ. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์. พยาบาลสาร. 2554; 4(2): 21-27.
- Phajan T, Nilvarangkul K, Settheetham D, Laohasiriwong W. Work-related musculoskeletal disorders among sugarcane farmers in north-eastern Thailand. Asia Pac J Public Health. 2014;26(3):320-327.

1.2 กรณีผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรก คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (comma ,) และตามด้วย et al.

- จริยา เลิศธรรมยณี, เอมอร รัชชมณี, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒิพรณี วรกิจโกศาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์. 2545;85:1288-95.
- Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med. 2009;361:1529-38.

2. บทความที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization as author)

- สภาเทคนิคการแพทย์. คู่มือการเพิ่มความปลอดภัยในการใช้ยาและเลือด. วารสาร การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2556;36:84-91.
- World Health Organization Cancer. An overview on CALR and CSF3R mutations and a proposal for revision of WHO diagnostic criteria. Ann Oncol. 2013;24:13-17.

3. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นบุคคล

- ยงยุทธ สหัสกุล. ECG ทางคลินิก. เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เอ็น.พี. เพรส; 2552.
- Cleland JA. Netter's orthopedic clinical examination: an evidence-based approach. 2nd ed. Philadelphia: Elsevier; 2011.

4. หนังสือที่ผู้แต่งเป็นหน่วยงานหรือสถาบัน (Organization)

- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. Manual of medical therapeutics. กรุงเทพฯ: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
- Association of British Theatre Technicians. Theatre buildings: a design guide. New York, NY: Routledge; 2010.

5. เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม (Conference proceeding)

- การประชุมวิชาการคณะเทคนิคการแพทย์ประจำปี, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. การประชุมวิชาการคณะเทคนิคการแพทย์ ประจำปี พ.ศ. 2553 เนื่องในโอกาสเฉลิมพระเกียรติแห่งการบรมราชาภิเษก ปีที่ 60 และเฉลิมพระชนมพรรษา; วันที่ 30 พฤศจิกายน - วันที่ 3 ธันวาคม 2553; ณ โรงแรมโลตัสปางสวนแก้ว อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัย; 2553.

- JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

6. เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

- กขพร ศรีพรรณ. การพัฒนาแบบทดสอบมาตรฐานทักษะการรู้สารสนเทศสำหรับนักศึกษา มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสารสนเทศศึกษา]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
- Napaporn Apiratmateekul. Development of high efficiency hybridoma technology for production of Monoclonal antibodies [dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2012.

7. บทความวารสารบนอินเทอร์เน็ต (Journal article on the Internet)

- จิราภรณ์ จันทรจ. การเขียนรายการอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551 [เข้าถึง เมื่อ 18 ต.ค. 2554]. เข้าถึงได้จาก <http://liblog.dpu.ac.th/analyresource/wpcontent/uploads/2010/06/reference08.pdf>.
- 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.-QuickInterpretation/dp/3540777717#reader_3540777717.

3.13 ข้อพิจารณาทางด้านจริยธรรม ผู้วิจัยต้องคำนึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เคารพในบุคคล (Respect to person) เช่น การขอคำยินยอม ความเป็นส่วนตัว การเก็บรักษาความลับ

3.14 การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้เขียน ส่ง file ต้นฉบับในรูปแบบ Word document โดยนำบทความเข้าสู่เว็บไซต์ระบบการจัดการวารสารออนไลน์ (Thai Journals Online: ThaiJO) สามารถเข้าเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org> จากนั้นพิมพ์ชื่อ “วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน” คลิก Register เพื่อลงทะเบียนสมาชิก จากนั้นคลิกที่ Online submissions หรือส่งต้นฉบับมาที่กองบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH) วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น E-mail: jhscph@scphkk.ac.th

- วารสารที่ผ่านการพิจารณาจาก peer review ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการตีพิมพ์ จำนวน 2,500 บาท

การติดต่อบรรณาธิการวารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน

ส่งถึง บรรณาธิการ วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 90/1 หมู่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์: 0-4322-1770, 0-4322-1493, 0-4322-2741 โทรสาร: 0-4322-1770 ต่อ 102
E-mail: jhscph@scphkk.ac.th Website: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/jhscph>
ติดต่อสอบถาม: ดร.ธีรศักดิ์ พาจันทร โทร 0-98102-8159, ดร.พิทยา ศรีเมือง โทร 0-92904-1874

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คุณภาพชีวิตของเกษตรกรชาวไร่อ้อยในเขตพื้นที่ตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น Quality of Life of Sugarcane Farmers who Work in Huay Yang Sub-District, Kranuan District, Khon Kaen Province ชนิดา ราชเสนา, สุพัฒน์ จำปาหวาย, อาริษา อับดุลเลาะ, ศศิประภา จำปาหวาย	1
ผลการใช้ผลิตภัณฑ์สเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนผสมของกระชายขาวและตรีผลาร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจรต่ออาการไอในผู้ป่วยโควิด-19 แยกกักตัวอยู่บ้าน The Effect of Herbal Throat Spray Containing Boesenbergia Rotunda Extract and Triphala Mixed with Andrographis Paniculata on Cough in COVID-19 Patients under Home Isolation วินัย สยอวรรณ, พันชนนท์ พิริยศรณนนท์, วรัญญา อรุณทยานันท์, วันนิศา รักษาamay	10
การพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น The Development of Infectious Waste Management at Namphong Hospital, Khon Kaen Province ธิตี บุคตาน้อย, อุไรวรรณ อินทร์ม่วง	23
การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา The Performance of Village Health Volunteers on Storage and Collection for Used Insulin Injection Needles among Diabetic Patients at Nonthai District, Nakhon Ratchasima Province เกษรา ทองวิจิตร, อุไรวรรณ อินทร์ม่วง, กาญญิศา ครองธรรมชาติ	33
ปัญหาสุขภาพในการทำงานของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น Health Problem of the Welding Workers among Formal and Informal Workers in Nongruea District, Khon Kean Province พนัษกร มุมอ่อน, กาญจนา นาคะพินธุ	44

เรื่อง	หน้า
สถานการณ์ความปลอดภัยในอาหาร ณ สถานที่จำหน่ายอาหารในจังหวัดกาญจนบุรี: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2563 Situation of Food Safety at the Place of Sale in Kanchanaburi Province: A Retrospective Descriptive Study in 2017 – 2020 ศุภกัญญา ทองเดชาสามารถ, องอาจ มณีใหม่	56
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ The Factors Related to the Performance of Village Health Volunteers in the Prevention and control of Coronavirus Disease 2019 at Dong Bang Sub-District in Bueng Khong Long District, Bueng Kan Province เกียรติศักดิ์ คำดีราช	67
การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลดงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ A Preventive Development Model of Dengue Hemorrhagic Fever at Community Level in Dong Mun Lek Sub-District, Mueang District, Phetchabun Province สุวิทย์ มะมา	82
ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการและการพยากรณ์การจัดการขยะมูลฝอย ขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดบึงกาฬ Factors Affecting the Management and Forecasting of Solid Waste Management of Local Administrative Organizations in Bueng Kan Province วุฒิชัย จันทิมา, สิริรัตน์ มาตาเดิม, นีรวรรณ แสนโพธิ์	96
ความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส Knowledge and Attitude Associated with Quality of Life among Elderly Dependents in Chanae District, Narathiwat Province นุรมา สมการณ์, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ	108

เรื่อง

หน้า

- การพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 120

Guidelines Development for Preventing Adolescent Pregnancy Through Participation
of Healthcare Network Partners in Mueang Khon Kaen District, Khon Kaen Province
ประจักษ์ จันทะราช, ธนวรรณ สำคำปิง, จุติมา ขายพระอินทร์, อานนทพร มุกดาม่วง

- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจ
ล้มเหลว โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ 138

Factors Related to Self-Management in Preventing Complications of Congestive Heart
Failure Patients at Surin Hospital in Surin Province
อนันต์ พวงคำ , วิราสิริ วสีวีรสิว

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewer) ประจำฉบับ

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ
มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ |
| 2. ผศ.ดร.อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 3. ผศ.ดร.กฤษณ์ ขุนลิก | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ
มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์ |
| 4. ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 5. ดร.สงัด เชื้อลิ้นฟ้า | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม |
| 6. ดร.ณอมศักดิ์ บุญสุ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดอุบลราชธานี |
| 7. ดร.สุพัฒน์ อาสนะ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น |
| 8. ดร.ประทีป กาลเขว้า | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น |
| 9. ดร.วรวิมล ชมภูพาน | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น |
| 10. ดร.ลำพึง วอนอก | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น |
| 11. ดร.สุทิน ชนะบุญ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น |
| 12. ดร.เจตนิพัทธ์ สมมาตย์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น |
| 13. ดร.เตือนใจ ภูสระแก้ว | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น |
| 14. ดร.ภก.อรนุช ทองจันดี | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น |
| 15. ดร.พิทยา ศรีเมือง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น |
| 16. ดร.สายัณต์ แก้วบุญเรือง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น |

คุณภาพชีวิตของเกษตรกรชาวไร่อ้อยในเขตพื้นที่ตำบลห้วยยาง อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น

ชนิดา ราชเสนา¹, สุพัฒน์ จำปาหวาย², อารินา อับดุลเลาะ³, ศศิประภา จำปาหวาย⁴

(วันที่รับบทความ: 28 มกราคม 2565; วันที่แก้ไข 22 เมษายน 2565; วันที่ตอบรับ 27 เมษายน 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรชาวไร่อ้อยภายในเขตพื้นที่ ตำบลห้วยยาง อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 118 คน สุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม คุณภาพของเครื่องมือมีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.78 – 1.00 และมีค่าความเที่ยงวิเคราะห์ด้วย Cronbach's alpha coefficient ปัจจัยด้านการประกอบอาชีพเท่ากับ 0.74 และปัจจัยด้านคุณภาพชีวิต เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Chi – Square

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตในภาพรวมของเกษตรกรชาวไร่อ้อยในเขตพื้นที่ ตำบลห้วยยาง อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.12 และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าในด้านสุขภาพและหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.14 ด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.89 ด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67.79 ด้านชีวิตครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.97 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรชาวไร่อ้อยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา (p-value=0.005) และลักษณะครอบครัว (p-value=0.026)

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, เกษตรกรชาวไร่อ้อย, สุขภาพเกษตรกร, สังคมและเศรษฐกิจเกษตรกร, ชีวิตครอบครัวเกษตรกร, จิตวิญญาณของเกษตรกร

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: 600852015@scphkk.ac.th

² อาจารย์, สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: supat.7j@gmail.com

³ อาจารย์, วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, E-mail: arina.ab@ssru.ac.th

⁴ พยาบาลวิชาชีพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดกว้าง, E-mail: jsasiprapa@gmail.com

Corresponding Author: สุพัฒน์ จำปาหวาย, E-mail: supat.7j@gmail.com

Quality of Life of Sugarcane Farmers who Work in Huai Yang Sub-District, Kranuan District, Khon Kaen Province

Chanida Ratsena¹, Supat Jumparwai², Arina Abdulloh³, Sasiprapa Jumparwai⁴

(Receive 28th January 2022; Revised: 22th April 2022; Accepted 27th April 2022)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study the quality of life and correlation to personal characteristics of sugarcane farmers who worked at Huai Yang Sub - district, Kranuan District, Khon Kaen Province. Questionnaires were tested content validity by the IOC method (range (0.78-1.00) and reliability was tested by Cronbach's alpha coefficient (occupational factors = 0.74 and = 0.83). These questionnaires were allocated to 118 farmers via a simple random sampling method. Descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, and standard deviation were used for expressing qualitative data and Chi – square test was manipulated to address the correlation between variables.

The results showed that the overall quality of quality life of sugarcane workers who work in Huai Yang Subdistrict, Kranuan District, Khon Kaen Province was at a moderate level (77.12%). Focused on each aspect, there were three aspects especially found at the moderate level, firstly was a health and duties aspect (88.14%). Secondly, was a social and economic aspects (72.89%) and finally, was a family characteristics aspect (77.97%). Turn to correlation to personal characteristics, two variables were significantly statistical discovered, education level (p-value = 0.005) and family characteristics (p-value = 0.026).

Keywords: Quality of life, Sugarcane farmers, Farmer's health, Farmer's society and economy, Farmer's family life, Farmer's spirit

¹Bachelor of Public Health (Community of Public Health), Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen, E-mail: 600852015@scphkk.ac.th

²Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: supat.7j@gmail.com

³Lecturer, College of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University, E-mail: arina.ab@ssru.ac.th

⁴Registered Nurse, Tambon Kut Kwang Health Promoting Hospital, E-mail: jsasiprapa@gmail.com

Corresponding Author: Supat Jumparwai, E-mail: supat.7j@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยเป็นประเทศแห่งการเกษตรกรรม อาชีพในภาคการเกษตรส่วนใหญ่จะเป็นการทำนา การทำพืชไร่เศรษฐกิจ โดยเฉพาะการทำไร่อ้อย และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีพื้นที่ปลูกอ้อยมากเป็นอันดับ 1 ส่วนจังหวัดขอนแก่นมีพื้นที่ปลูกอ้อยมากเป็นอันดับ 3 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปัจจุบันเกษตรกรมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชกันมากขึ้น ทำให้เกิดพิษภัยตกค้าง ศัตรูพืชหลายชนิดมีความต้านทานต่อสารเคมี ทำให้การใช้สารเคมียิ่งต้องเพิ่มปริมาณมากขึ้น¹

นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ส่วนผลกระทบด้านเศรษฐกิจ พบว่าเกษตรกรจำนวนมากประสบปัญหาภาวะขาดทุนและหนี้สิน เนื่องจากต้นทุนการผลิตที่สูงและราคาสินค้าที่ตกต่ำ นอกจากนี้ปัญหาทางด้านสารเคมีแล้ว ลักษณะการทำงานของเกษตรกรยังมีการออกแรงของกล้ามเนื้อที่หนักและมีความแตกต่างกันของแต่ละบุคคล การทำงานส่วนใหญ่จะมีการก้มๆเงยๆเป็นประจำ นอกจากนั้นยังมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ไม่ได้ป้องกันตนเองตามหลักความปลอดภัย ส่งผลให้เกิดอาการวิงเวียนศีรษะ มีผื่นขึ้นตามตัว บางครอบครัวมีอาการแพ้สารเคมี และการเกิดอุบัติเหตุในขณะทำงาน การทำงานของเกษตรกรชาวไร่อ้อยเป็นการทำงานในลักษณะการจ้างเหมา ทำให้ผู้ใช้แรงงานต้องทำงานหนักแข่งกับเวลา บางคนดื่มเครื่องดื่มชูกำลังหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เพราะเชื่อว่าทำให้มีกำลังเพิ่มมากขึ้นทำงานได้มากขึ้นเร็วขึ้น

ในพื้นที่ตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น มีประชากรทั้งหมด 1,401 หลังคาเรือน และมีการทำไร่อ้อยจำนวน 206 หลังคาเรือน ปัญหาที่เกษตรกรชาวไร่อ้อยในพื้นที่กำลังประสบอยู่ในขณะนี้และส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของเกษตรกรตามแนวคิดองค์ประกอบคุณภาพ

ชีวิตของการทำงาน 4 ประการ² ที่ประกอบด้วย 1) ด้านสุขภาพและหน้าที่ 2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ 3) ด้านจิตวิญญาณ และ 4) ด้านชีวิตครอบครัว ได้แก่ ปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกาย โดยโรคที่พบมากที่สุดได้แก่ โรคไข้หวัดร้อยละ 62.15 โรคกรดไหลย้อนหรืออาหารไม่ย่อยร้อยละ 25.43 โรคต่อมทอนซิลอักเสบเฉียบพลันร้อยละ 13.44 โรคผื่นคันที่เกิดจากอาการแพ้ร้อยละ 12.82 โรคเวียนหัวและเวียนศีรษะร้อยละ 10.23 และปัญหาหนี้สินภายในครัวเรือนเนื่องมาจากต้นทุนการผลิตของเกษตรกรที่สูงและราคาการผลิตที่ตกต่ำ อีกหนึ่งปัญหาคือการขาดข้อมูลข่าวสารทางด้านการตลาดของผลผลิตและความสามารถปรับตัวได้ภายใต้สถานการณ์การรับซื้ออ้อยที่เปลี่ยนแปลงไป

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาคุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรชาวไร่อ้อยในพื้นที่ตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพของเกษตรกรชาวไร่อ้อย เขตพื้นที่ ตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดคุณภาพชีวิตของการทำงานของ Ferrans and Power 1992² มาใช้ในการสร้างกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยคำนึงถึงปัจจัยด้าน เพศ อายุ สภาพสมรรถภาพได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาในการประกอบอาชีพทำไร่อ้อย ความพึงพอใจในการประกอบอาชีพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตเกษตรกรชาวไร่อ้อยในเขตพื้นที่ตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านความสัมพันธ์ทางสังคม

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา
แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive
research) การศึกษาในช่วง
เดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2562

ประชากร

เกษตรกรชาวไร่อ้อยที่ขึ้นทะเบียนเกษตรกร
ผู้ปลูกอ้อยโรงงานในเขตพื้นที่ ตำบลห้วยยาง
อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น จำนวน 206คน³

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 118 คน ได้จากการ
คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการ
ประมาณค่าสัดส่วนกรณีที่ทราบขนาดประชากร
จากสูตรการคำนวณของอรุณ จิรวินกุล⁴ โดยใช้
วิธีการสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple random
sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้
แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 3 ตอน ดังนี้ตอนที่ 1
คำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะเป็น
คำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง
จำนวน 9 ข้อ
ตอนที่ 2 คำถามด้านอาชีพเกษตรกร ลักษณะเป็น
คำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง
จำนวน 10 ข้อ
ตอนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต ลักษณะ
คำตอบจะเป็นทั้งเชิงบวกและเชิงลบจำนวน 13ข้อ

เกณฑ์การแปลผล

ข้อที่เป็น Likert scale มีเกณฑ์การให้คะแนน
ดังนี้

1. ข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า โดยข้อความ
ประกอบด้วยข้อความในเชิงบวกและเชิงลบ วิธีการ
ให้คะแนนแต่ละคำตอบ เป็นไป 2 ลักษณะ คือ

ระดับความ	ข้อความเชิง	ข้อความเชิง
คิดเห็น	บวก	ลบ
มากที่สุด	5	1
มาก	4	2
ปานกลาง	3	3
น้อย	2	4
น้อยที่สุด	1	5

2. แปลผลตามเกณฑ์การแปลความหมายดังนี้

คะแนน	แปลความหมาย
1.00 – 2.33	คุณภาพชีวิตระดับไม่ดี
2.34 – 3.66	คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง
3.67 – 5.00	คุณภาพชีวิตระดับดี

คุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม
ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.78 – 1.00 ได้ค่าความเชื่อมั่น
ของปัจจัยด้านการประกอบอาชีพเมื่อวิเคราะห์
ด้วย Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ
0.74 และค่าความเชื่อมั่นของปัจจัยด้านคุณภาพ
ชีวิตเท่ากับ 0.83

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1 ติดต่อประสานงานกับตัวแทนเกษตรกร
ชาวไร่อ้อยในพื้นที่และทำหนังสือขอความร่วมมือ
ในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังสมาคมกลุ่มชาวไร่อ้อย
ซึ่งเป็นผู้ดูแลเกษตรกรชาวไร่อ้อยในพื้นที่
อำเภอกระนวน เพื่อขอข้อมูลจำนวนเกษตรกร
ชาวไร่อ้อยและขออนุญาตเข้าพื้นที่ในการเก็บข้อมูล

2 การดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูล
จากกลุ่มตัวอย่างด้วยตนเอง โดยชี้แจงถึงวัตถุประสงค์
ในการวิจัยพร้อมขอความร่วมมือในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลในครั้งนี้

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics)
ได้แก่ ความถี่ (Frequencies) ร้อยละ (Percentage)

ค่าเฉลี่ย (Mean) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) โดยใช้สถิติ Chi – Square กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE6210030

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย ร้อยละ 50.80 ซึ่งใกล้เคียงกับเพศหญิง ร้อยละ 49.20 อายุอยู่ในช่วงอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 35.60 รองลงมาอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 31.40 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงประถมศึกษา ร้อยละ 71.20 สถานภาพการสมรส ส่วนใหญ่เป็นแบบสมรส

ร้อยละ 84.70 ลักษณะครอบครัวส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยวร้อยละ 72.00 จำนวนสมาชิกในครอบครัวมีจำนวนสมาชิก 4 - 5 คน ร้อยละ 52.50 รองลงมาจำนวนสมาชิก 6 - 7 คน ร้อยละ 33.10 ลักษณะที่อยู่อาศัยส่วนใหญ่เป็นบ้านของตัวเอง ร้อยละ 87.30 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนโดยมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 58.50 รองลงมา มีรายได้ระหว่าง 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 36.40 การนับถือศาสนาส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.20

คุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิตในภาพรวมของเกษตรกรชาวไร่อ้อยในเขตพื้นที่ ตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.12 และเมื่อจำแนกเป็นรายด้านพบว่า ในด้านสุขภาพและหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.14 ด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 72.89 ด้านจิตวิญญาณอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 67.79 ด้านชีวิตครอบครัวอยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.97 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ คุณภาพชีวิตในแต่ละด้านของเกษตรกรชาวไร่อ้อยในเขตพื้นที่ ตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น โดยภาพรวมและจำแนกรายด้าน (n=118)

คุณภาพชีวิตของเกษตรกรชาวไร่อ้อย	ระดับคุณภาพชีวิต					
	ไม่ดี		ปานกลาง		ดี	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ด้านสุขภาพและหน้าที่	2	1.69	104	88.14	12	10.17
ด้านสังคมและเศรษฐกิจ	25	21.18	86	72.89	7	5.93
ด้านจิตวิญญาณ	1	0.85	80	67.79	37	31.36
ด้านชีวิตครอบครัว	0	0	26	22.03	92	77.97
โดยภาพรวม	0	0	91	77.12	27	22.88

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย

ส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตในภาพรวม

เมื่อวิเคราะห์คุณภาพชีวิตในภาพรวม พบว่า
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในภาพรวม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา

(p-value=0.005) ลักษณะครอบครัว (p-value=0.026)

(ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคุณภาพชีวิตในภาพรวมของเกษตรกรชาวไร่อ้อย(n=118)

ปัจจัยส่วนบุคคล	คุณภาพชีวิตในภาพรวม				χ^2	p-value
	ระดับปานกลาง		ระดับดี			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ						
ชาย	48	80.00	12	20.00	0.57	0.449
หญิง	43	74.13	15	25.86		
อายุ (ปี)						
น้อยกว่า 50 ปี	42	76.36	13	23.64	0.05	0.975
51 - 60 ปี	29	78.38	8	21.62		
61 ปีขึ้นไป	20	76.92	6	23.08		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	59	70.24	25	29.76	7.82	0.005
มัธยมศึกษาหรืออนุปริญญา/ปวส.	32	94.12	2	5.88		
สถานภาพการสมรส						
โสด หม้าย/หย่าร้าง	16	88.9	2	11.1	1.66	0.197
สมรส (อยู่ด้วยกัน)	75	75.0	25	25.0		
ลักษณะครอบครัว						
ครอบครัวเดี่ยว	61	71.76	24	28.24	4.93	0.026
ครอบครัวขยาย	30	90.91	3	9.09		
จำนวนสมาชิกในครอบครัว						
จำนวน 2-5 คน	57	77.03	17	23.97	0.01	0.975
จำนวน 6 คนขึ้นไป	34	77.27	10	22.73		
ลักษณะที่อยู่อาศัย						
บ้านของตัวเอง	77	74.76	26	25.24	2.56	0.110
บ้านของพ่อแม่	14	93.33	1	6.67		
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน						
ต่ำกว่า 5,000 บาท	54	78.26	15	21.75	0.12	0.726
5,001 บาท ขึ้นไป	37	75.51	12	24.49		

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตในภาพรวมของเกษตรกรชาวไร่ อ้อยในเขตพื้นที่ ตำบลห้วยยาง อำเภอกะนวน จังหวัดขอนแก่นอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 77.1 และเมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าในด้าน สุขภาพและหน้าที่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 88.1 ด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับ ปานกลางร้อยละ 72.9 ด้านจิตวิญญาณอยู่ใน ระดับปานกลางร้อยละ 67.8 ด้านชีวิตครอบครัว อยู่ในระดับดีร้อยละ 78.0 เมื่อเปรียบเทียบกับ งานวิจัยของพัชนี ยมาภัย⁵ ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพ ชีวิตของเกษตรกรในจังหวัดนครสวรรค์ พบว่า เกษตรกรในจังหวัดนครสวรรค์มีคุณภาพชีวิต ในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำแนกคุณภาพ ชีวิตรายด้านพบว่า เกษตรกรในจังหวัดนครสวรรค์ มีคุณภาพชีวิตด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและ ด้านชีวิตครอบครัวในระดับมาก ส่วนคุณภาพชีวิต ด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพกาย จิตใจอารมณ์ อยู่ ในระดับปานกลาง ถือว่าได้ผลการศึกษา ที่ใกล้เคียงกันซึ่งตามความเห็นของผู้ทำการศึกษาวิจัยที่พบว่าคุณภาพชีวิตในภาพรวมของเกษตรกร อยู่ในระดับปานกลางเนื่องจากในการใช้ ชีวิตประจำวันของเกษตรกรที่อยู่ในสังคมชนบท เป็นการอาศัยแบบพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนบ้าน และค่าครองชีพ ไม่สูงมากเท่าการใช้ชีวิตในสังคมเมือง แต่ด้วยราคา ผลผลิตที่ตกต่ำอาจทำให้ขาดทุน และมีหนี้สิน ครัวเรือนเพิ่มขึ้น จึงทำให้คุณภาพชีวิตอยู่ในระดับ ปานกลางซึ่งก็ไม่ได้ดีมากนักแต่ยังมีส่วนอื่นๆใน บริบทของชุมชนชนบทเช่นอาหารจากธรรมชาติ ความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กันของคนในชุมชนเป็นต้นมา ชดเชยจึงทำให้การดำเนินชีวิตพออยู่ได้

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับคุณภาพ ชีวิตในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.005$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อัมพร ไทยคำ⁶ ที่ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของ

เกษตรกรกรณีศึกษาเกษตรกรปลูกไม้ยูคาลิปตัส ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออกในปี 2553 พบว่า ระดับ การศึกษามีความสัมพันธ์ต่อระดับคุณภาพชีวิต ของเกษตรกร และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ปิ่นสอาด สหนาวิน⁷ ที่ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิต ของสมาชิกสหกรณ์การเกษตรในปี 2553 ที่พบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิก สหกรณ์การเกษตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของสุภา แก้วบริสุทธิ์⁸ ที่ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต เกษตรกรชาวสวนยางพารา จังหวัดสงขลา ในปี 2547 พบว่าระดับการศึกษาการรับรู้ถึง คุณภาพชีวิตไม่แตกต่างกัน ซึ่งตามความเห็น ของผู้ทำการศึกษาวิจัย ที่พบว่าเกษตรกรที่มีระดับ การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามีผลต่อคุณภาพ ชีวิตเนื่องจากคนที่ได้ศึกษาในระดับที่สูงขึ้นอาจจะ ไม่อยากทำไร่อ้อยเพราะเป็นงานที่ทากกลางแจ้ง อากาศร้อนอบอ้าวจากแสงแดดและต้องใช้แรงงาน หนักคนมีการศึกษาจะไม่นิยม จึงทำให้ผลการ ศึกษาวิจัยพบว่าเกษตรกรที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

ลักษณะครอบครัวมีความสัมพันธ์กับ คุณภาพชีวิตในภาพรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.026$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย พัทธนี ยมาภัย⁵ ที่ได้ศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตของ เกษตรกรในจังหวัดนครสวรรค์ในปี 2550 พบว่า ลักษณะครอบครัวที่แตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิต โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ซึ่งตามความเห็นของผู้ทำการศึกษาวิจัย ที่พบว่าเกษตรกรที่พักอาศัยแบบครอบครัวเดี่ยว ที่ประกอบด้วยพ่อแม่ลูก นั้นจะไม่ค่อยมีปัญหามากนัก และเมื่อมีปัญหา ก็จะปรึกษาหารือกันง่ายกว่า พักอาศัยแบบครอบครัวขยาย เพราะครอบครัว ขยายนั้น มีผู้ร่วมอาศัยค่อนข้างหลายคน อาจจะตกลง

เรื่องการรับผิดชอบในส่วนต่าง ๆ ไม่ค่อยลงตัวเท่าไร จึงทำให้ผลการศึกษาวินิจฉัยพบว่าเกษตรกรที่มีลักษณะครอบครัวที่ต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. จากข้อค้นพบคุณภาพชีวิตในภาพรวมของเกษตรกรชาวไร่อ้อยในเขตพื้นที่ ตำบลห้วยยาง อำเภอกระนวน จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับปานกลาง ควรมีนำข้อมูลด้านที่เป็นปัญหาไปปรับใช้ในความเป็นไปได้และพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีมากขึ้นโดยลดปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตลง

2. จากการศึกษาพบว่าเกษตรกรจำนวนน้อยมากที่มีคุณภาพชีวิตด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับดีและในภาพรวม ด้านสังคมและเศรษฐกิจอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 72.9 ดังนั้นควรมีการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตในด้านสังคมและเศรษฐกิจให้กับเกษตรกรชาวไร่อ้อยเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาวินิจฉัยในการป้องกันตัวเองของเกษตรกรชาวไร่อ้อย จากการใช้สารเคมีเนื่องจากพบว่าเกษตรกรชาวไร่อ้อยยังขาดความรู้ความตระหนักในอันตรายที่จะเกิดกับสารเคมีทางการเกษตร

2. ควรทำการศึกษาเกี่ยวกับผลกระทบจากสถานะเศรษฐกิจและสังคมไทยในปัจจุบันต่อระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรไทย

3. ควรทำการศึกษาวินิจฉัยในเชิงคุณภาพเพื่อทราบผลการศึกษาในเชิงลึกถึงระดับคุณภาพชีวิตของเกษตรกรและสิ่งที่เกษตรกรต้องการการสนับสนุนและส่งเสริมจากภาครัฐ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสมาชิกสมาคมชาวไร่อ้อยในพื้นที่อำเภอกระนวน ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และกราบขอบพระคุณกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบความถูกต้องระเบียบวิธีวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสมจนได้ผลการวิจัยที่สมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. นิภาพร ศรีวงษ์ และอุไรวรรณ อินทร์ม่วง. ผลกระทบต่อสุขภาพจากการทำไร่อ้อยของเกษตรกรชาวไร่อ้อย ตำบลหนองกุงแก้ว อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2556; (6)2: 14-22.
2. Ferrans & Power. Psychometric assessment of the quality of life index. Research in Nursing and Health. 1992; 15(1): 29-38.
3. สำนักงานคณะกรรมการอ้อยและน้ำตาลทราย กระทรวงอุตสาหกรรม. ทะเบียนชาวไร่อ้อย. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก <http://www.ocsb.go.th/th/home/index.php>.
4. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์; 2556.
5. พัทธนี ยมาภัย. คุณภาพชีวิตเกษตรกรในจังหวัดนครสวรรค์ [วิทยานิพนธ์คหกรรมศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2550.

6. อัมพร ไชยคำ. คุณภาพชีวิตของเกษตรกร. กรณีศึกษาเกษตรกรปลูกไม้ยูคาลิปตัส ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออก [วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2553.
7. ปิ่นสะอาด สหนาวิน. คุณภาพชีวิตของสมาชิกสหกรณ์การเกษตร [ดุชนิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิตทางสังคมศาสตร์]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2553.
8. สุภา แก้วบริสุทธิ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตเกษตรกรชาวสวนยางพาราจังหวัดสงขลา [วิทยานิพนธ์การพยาบาลอนามัยชุมชนมหาบัณฑิต]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.

ผลการใช้ผลิตภัณฑ์สเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนประกอบของกระชายขาวและตรีผลาร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจรต่ออาการไอในผู้ป่วยโควิด-19 แยกกักตัวอยู่บ้าน

วินัย สยอวรรณ¹, พันธนนท์ พิริยะชนนนท์², วรัญญา อรุณทยานันท์³, วันนิศา รักษามาตย์⁴

(วันที่รับบทความ: 8 ธันวาคม 2564; วันที่แก้ไข: 23 พฤษภาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 12 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

โรคโควิด-19 มีการไอเป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งที่พบบ่อย รบกวนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และอาจนำไปสู่การอักเสบและติดเชื้อแทรกซ้อน การศึกษาแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการใช้สเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนประกอบของกระชายขาวและตรีผลาร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจรต่ออาการไอ และความพึงพอใจของผู้ป่วยโควิด-19 แยกกักตัวอยู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบ Consecutive sampling ตามเกณฑ์อาการ ไม่รุนแรง ไม่ต้องใช้ยาต้านไวรัส ทั้งหมด 61 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 31 คน ให้รับประทานฟ้าทะลายโจร ครั้งละ 3 เม็ด (เช้า กลางวัน เย็น) เป็นเวลา 7 วัน และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ให้สเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนผสมของกระชายขาวและตรีผลา (เช้า เย็น) ร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจร เป็นเวลา 7 วัน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายนถึงตุลาคม 2564 โดยใช้แบบประเมินลักษณะอาการไอและแบบสอบถามความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาไคสแควร์ และการทดสอบค่าที่ด้วย Paired samples t-test และ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า การรับประทานฟ้าทะลายโจรเพียงอย่างเดียวสามารถลดความถี่ในการไอ ในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ (p-value <0.05) การใช้สเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนผสมของกระชายขาวและตรีผลาร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจรในกลุ่มทดลองพบว่าอาการไอลดลงอย่างมีนัยสำคัญ (p-value<0.05) ทั้งด้านความถี่ ความรุนแรงของอาการไอ และการรบกวนชีวิตประจำวัน เมื่อเปรียบเทียบลักษณะอาการไอ พบว่ากลุ่มทดลองมีอาการไอน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน (p-value <0.05) อีกทั้งยังไม่พบอาการไม่พึงประสงค์ และกลุ่มทดลองมีความพึงพอใจรวมทุกด้านอยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าการใช้สเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนผสมหลักของกระชายขาวและตรีผลาร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจรให้ผลดีในการบรรเทาอาการไอในผู้ป่วยโควิด-19 และมีศักยภาพในการพัฒนาต่อยอดในเชิงพาณิชย์

คำสำคัญ: โควิด-19, ผลิตภัณฑ์สเปรย์ฉีดพ่นคอ, อาการไอ, กระชายขาว, ตรีผลา

¹ รัชการการณบดี, คณะเภสัชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, E-mail: winsayyes@gmail.com

² ผู้บริหาร, บริษัท Paragon Aesthetic Co., Ltd., E-mail: Chet_45@hotmail.com

³ เภสัชกรชำนาญการ, วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, E-mail: warunya.aru@gmail.com

⁴ วิทยาจารย์, วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข, E-mail: wannisar.rak@gmail.com

Corresponding Author: วินัย สยอวรรณ, E-mail: winsayyes@gmail.com

The Effect of Herbal Throat Spray Containing Boesenbergia Rotunda Extract and Triphala Mixed with Andrographis Paniculata on Cough in COVID-19 Patients under Home Isolation

Winai Sayorwan¹, Phanthanon Peerayodthananon², Waranya Arunothayanan³, Wannisa Raksamat⁴
(Receive: 8th December 2021; Revised: 23rd May 2022; Accepted: 12nd June 2022)

Abstract

Coughing is one of the most common symptoms of COVID-19 infection which affects the quality of life of patients and may lead to inflammation and other infection complications. This quasi-experimental study aimed to study the effect of the developed herbal throat spray containing Boesenbergia rotunda extract and Triphala along with Andrographis paniculata capsule on cough as well as satisfaction in COVID-19 patients in the responsible area of a public health service center in Bangkok. The samples were selected using consecutive sampling according to the inclusion criteria. A total of 61 subjects were divided into 2 groups; a control group of 31 people who received A. paniculata capsule 3 times a day for 7 days and an experimental group of 30 people, who were given a spray formulation in the morning and evening together with A. paniculata capsule for 7 days. Data was collected during September and October 2021 using tools including cough assessment form and satisfaction questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistic, chi-square, paired samples t-test and independent t-test

The results showed that the use of A. paniculata alone significantly reduced cough frequency in the control group (p-value <0.05), while in the experimental group, the use of herbal throat spray along with A. paniculata capsule, significantly relieved cough in all aspects including frequency, severity of cough and interfering in daily life (p-value <0.05). After 7 days of the treatment, all aspects of cough in the experimental group were significantly improved compared to the control group (p-value < 0.05). Moreover, no adverse reaction was observed, and the overall satisfaction of the experimental group was at a high level. It could be concluded that the herbal throat spray containing B. rotunda extract and Triphala along with A. paniculata was effective in relieving cough in COVID-19 patients and has a potential for further commercial development.

Keywords: Covid-19, Throat spray products, cough, Boesenbergia rotunda, Triphala

¹ Acting Dean of Faculty of Pharmaceutical Science, Faculty of Pharmaceutical Science, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, E-mail: winsayyes@gmail.com

² Executive, Paragon Aesthetic Co., Ltd., E-mail: Chet_45@hotmail.com

³ Professional Pharmacist, Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, E-mail: warunya.aru@gmail.com

⁴ Lecturer, Kanchanabhishek Institute of Medical and Public Health Technology, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, E-mail: wannisar.rak@gmail.com

Corresponding Author: Winai Sayorwan, E-mail : winsayyes@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันโรคโควิด-19 (COVID-19) ยังคงมีการแพร่กระจายอย่างต่อเนื่อง ผู้ติดเชื้ออาจมีอาการและอาการแสดงของโรคตั้งแต่ไม่มีอาการ (Asymptomatic) มีอาการไม่รุนแรง หรือมีอาการรุนแรงมากจนเสียชีวิตได้¹ โดยการติดเชื้อโรคโควิด-19 เริ่มขึ้นที่เซลล์เยื่อบุผิวของหลอดลม ระยะฟักตัวเฉลี่ย 5 วัน (2-14 วัน) ก่อนที่เชื้อไวรัสจะแพร่ไปเซลล์ปอด ร้อยละ 80 ของผู้ติดเชื้อแสดงอาการของระบบทางเดินหายใจเป็นหลัก มีอาการไอ หายใจลำบาก มีไข้ ในรายที่มีอาการหนักจะพบภาวะปอดอักเสบ อันนำไปสู่การเกิดภาวะการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตในที่สุด² อย่างไรก็ตามมีรายงานว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยว่าติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศจีนมีอาการไอถึงร้อยละ 80 และโดยเฉพาะอย่างยิ่ง มีอาการไอแห้งประมาณร้อยละ 60^{3,4}

สถานการณ์ปัจจุบันของประเทศไทย ผู้ป่วยโควิด-19 ส่วนใหญ่ที่อาการไม่รุนแรง แพทย์จะให้ดูแลรักษาที่บ้านระหว่างรอเตียง รวมไปถึงผู้ป่วยโควิด-19 หลังเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลหรือสถานที่ที่รัฐจัดให้แล้วจำหน่ายกลับบ้านเพื่อรักษาต่อเนื่องที่บ้าน โดยวิธีแยกกักตัวอยู่บ้าน (Home isolation) เพื่อลดการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น โดยให้การรักษาดูแลตามอาการด้วยยาแผนปัจจุบันหรือบางรายอาจพิจารณาใช้ยาสมุนไพรหรือแพทย์ทางเลือกร่วมด้วย ซึ่งมีการนำฟ้าทะลายโจรมาใช้ในการรักษาโรคติดเชื้อโควิด-19 เนื่องจากฟ้าทะลายโจรมีประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการใช้เป็นยาร่วมรักษา จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าการใช้ฟ้าทะลายโจรสกัดในปริมาณ 60 และ 180 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถลดระยะเวลาของอาการป่วยจากโรคโควิด-19 โดยอาสาสมัครมีอาการดีขึ้นตั้งแต่วันแรกที่ใช้ยาและหายภายใน 7 วัน อีกทั้งยังมีประสิทธิภาพในการลดน้ำมูก ลดความรุนแรง

และความถี่ในการไอ และลดปัญหาการรับกลิ่นได้ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับยา ฟ้าทะลายโจรขนาด 180 มิลลิกรัมต่อวัน สามารถลดความถี่ในการไอได้ดีกว่าขนาด 60 มิลลิกรัมต่อวัน อาการไม่พึงประสงค์ไม่รุนแรงต่อระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ อาการท้องเสียและระคายเคืองกระเพาะอาหาร⁵ สอดคล้องกับรายงานการสังเคราะห์งานวิจัยที่สรุปว่าฟ้าทะลายโจรสามารถบรรเทาอาการไอ เจ็บคอ ลดความถี่และความรุนแรงของอาการจากการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบนได้^{6,7} ปัจจุบันมีผู้ป่วยโควิด-19 จำนวนมากต้องทนทุกข์ทรมานกับอาการไอ บางรายให้ยารับประทานเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอหรือผู้ป่วยอาจรับประทานยาไม่สะดวก

ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาผลิตภัณฑ์สเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีกระชายขาวและตรีผลาเป็นส่วนประกอบหลัก ซึ่งเป็นสมุนไพรที่ช่วยบรรเทาอาการไอและอาการอักเสบ โดยพบว่าสารสกัดเอทานอลของเหง้ากระชายและสาร Panduratin A มีฤทธิ์ต้านเชื้อไวรัส SARS CoV-2 ได้ดี⁸ และไม่พบรายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์และความเป็นพิษเรื้อรังของกระชาย นอกจากนี้ตรีผลา (*Terminalia bellirica* (Gaertn.) Roxb.) เป็นตำรับยาแผนไทยที่ประกอบด้วยเนื้อลูกสมอไทย เนื้อลูกสมอพิเภก เนื้อลูกมะขามป้อม จัดเป็นยาแผนไทยหรือยาแผนโบราณใช้รักษากลุ่มอาการระบบทางเดินหายใจ บรรเทาอาการไอ ขับเสมหะ⁹ ซึ่งพบว่าตรีผลาช่วยลดอาการไอและอาการของโรคจมูกอักเสบจากภูมิแพ้ (Allergic rhinitis) ในหนูทดลองได้ และพบว่าตรีผลามีความเป็นพิษต่ำ¹⁰ จึงนับเป็นสมุนไพรที่มีศักยภาพในการพัฒนาต่อยอดเป็นยาหรือผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ โดยจะศึกษาเปรียบเทียบผลการบรรเทาอาการไอในผู้ป่วยโควิด-19 แยกกักตัวอยู่บ้าน ระหว่างการรับประทานฟ้าทะลายโจรกับการใช้สเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนผสมหลักของกระชายขาวและตรีผลาร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจร เพื่อให้ทราบข้อมูลเชิงประจักษ์ในการใช้

สมุนไพรทางเลือกในการรักษาของผู้ป่วยโควิด-19

วัตถุประสงค์การวิจัย

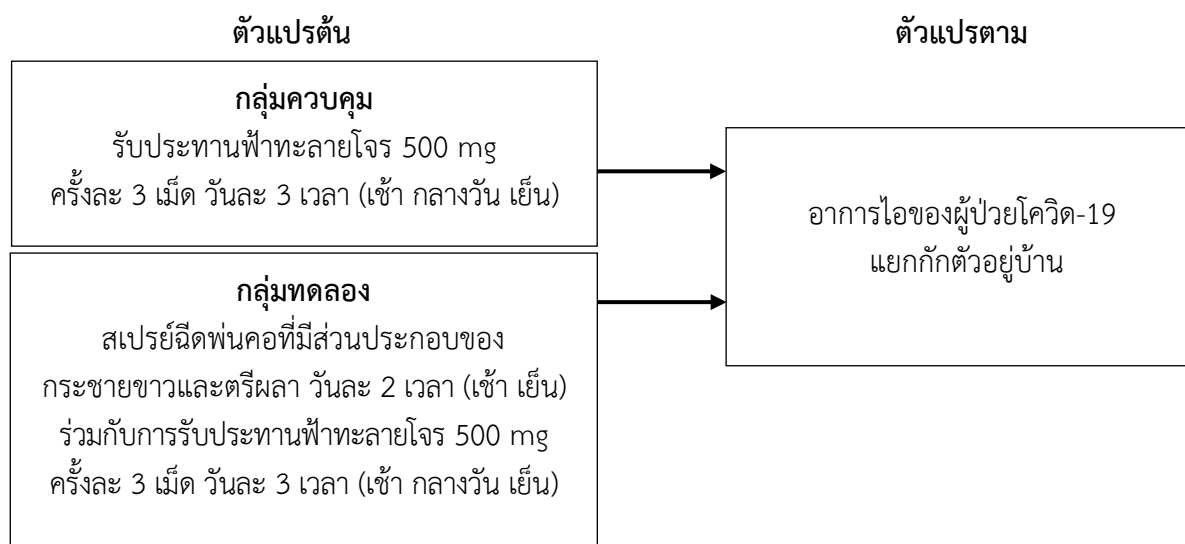
วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการใช้สเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนประกอบของกระชายขาวและตรีผลาร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจรต่ออาการไอในผู้ป่วยโควิด-19 แยกกักตัวอยู่บ้าน

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อเปรียบเทียบผลการบรรเทาอาการไอในผู้ป่วยโควิด-19 แยกกักตัวอยู่บ้าน ของกลุ่มควบคุมที่รับประทานฟ้าทะลายโจร และกลุ่มทดลองที่ใช้สเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนผสมหลักของกระชายขาวและตรีผลาร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจร ก่อนและหลังการทดลอง

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโควิด-19 แยกกักตัวอยู่บ้าน ในเขตรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร จำนวน 415 คน

กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สถิติ t-test ทั้งสองกลุ่มมีอิสระต่อกัน โดยให้ค่า α เท่ากับ 0.05 การศึกษาครั้งนี้ใช้ค่า Power เท่ากับ 0.8 และ

ต่อไป

2. เพื่อเปรียบเทียบผลการบรรเทาอาการไอในผู้ป่วยโควิด-19 แยกกักตัวอยู่บ้าน ระหว่างกลุ่มควบคุมที่รับประทานฟ้าทะลายโจร กับกลุ่มทดลองที่ใช้สเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนผสมหลักของกระชายขาวและตรีผลาร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจร ก่อนและหลังการทดลอง

3. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจของกลุ่มทดลองต่อการใช้ผลิตภัณฑ์สเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนประกอบของกระชายขาวและตรีผลาร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจรต่ออาการไอในผู้ป่วยโควิด-19 แยกกักตัวอยู่บ้าน

ค่า Effect size เท่ากับร้อยละ 70 ซึ่งมีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ Consecutive sampling โดยใช้การเจาะจงเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติ (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโควิด-19 ที่รักษาแบบแยกกักตัวอยู่บ้าน ระหว่างเดือนกันยายนถึงตุลาคม 2564 2) อายุ 18-60 ปี 3) มีอาการไอระดับมาก ปานกลาง น้อย (คะแนนระหว่าง 2-4)

4) ตัดสินใจและตอบคำถามเองได้ 5) ไม่แพ้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์จากผึ้ง ซึ่งมีผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์และยินดีเข้าร่วมวิจัย จำนวน 61 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุมจำนวน 31 คน ได้รับประทานฟ้าทะลายโจร และกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน ได้รับสเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนผสมของกระชายขาวและตรีผลาร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจร

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

1) ยาฟ้าทะลายโจร เป็นยาเม็ดแคปซูล บรรจุผงฟ้าทะลายโจร 500 มิลลิกรัม ที่มีสารสำคัญ Andrographolide 20 มิลลิกรัม

2) สเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนผสมหลักของกระชายขาวและตรีผลา ประกอบด้วย กระชายขาว ตรีผลา (สมอทิพย์ สมอไทย และมะขามป้อม) กาวผึ้ง วิตามินซี และสังกะสี บรรจุในขวดสเปรย์ฉีดพ่นแบบทึบแสง ขนาด 30 มิลลิลิตร ผ่านการขึ้นทะเบียนของคณะกรรมการอาหารและยา มีเลขที่จดแจ้ง

3) คลิปวิดีโอสาธิตการใช้สเปรย์ ความยาวประมาณ 3 นาที

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ

2) แบบประเมินลักษณะอาการไอ ปรับปรุงจาก สุรนันทา โอศิริ และคณะ (2554)¹¹ การประเมินลักษณะอาการไอ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านความถี่ (Frequency) ประกอบด้วย ความถี่ในการไอ และความถี่ในการรู้สึกระคายคอ ด้านความรุนแรง (Intensity) ประกอบด้วย อาการเหนื่อยจากการไอ และเสียงแหบจากการไอ ด้านการรบกวนชีวิตประจำวัน (Disruption) ประกอบด้วย การรบกวนชีวิตประจำวัน และการรบกวนการนอน โดยค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.80 หมายถึง ไม่มีอาการ, 1.81 - 2.60 หมายถึง มีอาการระดับน้อย, 2.61 - 3.40 หมายถึงมีอาการระดับปานกลาง

, 3.41 - 4.20 หมายถึง มีอาการระดับมาก และ 4.21 - 5.00 หมายถึง มีอาการระดับมากที่สุด¹²

3) แบบสอบถามความพึงพอใจ แบบมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ มีคำถาม 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบรรจุภัณฑ์ จำนวน 3 ข้อ 2) ด้านผลิตภัณฑ์ จำนวน 3 ข้อ และ 3) ด้านประสิทธิผลและความปลอดภัย จำนวน 3 ข้อ โดย 1 คะแนน หมายถึง ไม่พึงพอใจ 2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง และ 3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจระดับมาก ซึ่งคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.66 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย, 1.67 - 2.33 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง และ 2.34 - 3.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก¹³

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือวิจัยโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการแพทย์แผนไทย เกษัชวิทยา และการวิจัย ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของเนื้อหาทุกข้อมากกว่า 0.5 ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) สัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83

4. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบเปิดเผยการรักษา (Open-label trials) กลุ่มควบคุมรับประทานยาฟ้าทะลายโจร วันละ 3 เวลา (เช้า กลางวัน เย็น) ครั้งละ 3 เม็ด ซึ่งมีสารสำคัญ Andrographolide 180 มิลลิกรัมต่อวัน และกลุ่มทดลองฉีดสเปรย์พ่นคอที่มีส่วนผสมหลักของกระชายขาวและตรีผลา วันละ 2 เวลา (เช้า เย็น) และรับประทานยาฟ้าทะลายโจร ครั้งละ 3 เม็ด วันละ 3 เวลา (เช้า กลางวัน เย็น) โดยให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามวิธีการใช้สเปรย์จากคลิปวิดีโอสาธิต) เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 7 วัน โดยให้กลุ่มตัวอย่างสังเกตและทำแบบประเมินลักษณะอาการไอด้วยตนเองในวันที่ 1, 3 และ 7 แล้วให้กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามความพึงพอใจต่อการใช้สเปรย์

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยนำข้อมูลมารวบรวม เรียบเรียง จัดหมวดหมู่ และตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนของข้อมูล ก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบไคสแควร์ สถิติทดสอบ Paired samples t-test และสถิติทดสอบ Independent t-test

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนภิเษก เลขรับรองเลขที่ KMPHT-64010008 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีดำเนินการวิจัย และวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงชี้แจงผลการวิจัยที่จะเผยแพร่และนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบลักษณะอาการไอของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังใช้สเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนผสมของกระชายขาวและตรีผลาร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจร (n=30) โดยใช้ Paired t-test

ลักษณะอาการไอ	วันที่ 1			วันที่ 7			t-test	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
ด้านความถี่ (Frequency)								
ความถี่ในการไอ	2.70	0.75	ปานกลาง	1.27	0.69	ไม่มีอาการ	10.780	<0.001*
ความถี่ในการรู้สึกระคายคอ	1.97	0.66	น้อย	1.13	0.51	ไม่มีอาการ	6.110	<0.001*
ด้านความรุนแรง (Intensity)								
อาการเหนื่อยจากการไอ	1.73	0.69	ไม่มีอาการ	1.13	0.50	ไม่มีอาการ	4.530	<0.001*
อาการเสียงแหบจากการไอ	1.73	0.78	ไม่มีอาการ	1.07	0.36	ไม่มีอาการ	4.810	<0.001*
การรบกวนชีวิตประจำวัน (Disruption)								
การรบกวนชีวิตประจำวัน	2.23	0.77	น้อย	1.17	0.53	ไม่มีอาการ	7.050	<0.001*
การรบกวนการนอน	1.87	0.90	น้อย	1.17	0.53	ไม่มีอาการ	4.370	<0.001*

*p-value < 0.05

ส่วนกลุ่มควบคุมหลังรับประทานฟ้าทะลายโจรครบ 7 วัน มีอาการไอลดลง โดยคะแนนเฉลี่ย

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.1 อายุเฉลี่ย 34.7 ปี ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ระหว่าง 18-25 ร้อยละ 48.4 ศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 32.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 87.1 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 80.6 ส่วนกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.3 อายุเฉลี่ย 37.9 ปี ดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ระหว่าง 18-25 ร้อยละ 63.3 ศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 33.3 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 69.0 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 70.0 เมื่อใช้สถิติไคสแควร์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ทดสอบพบว่าไม่แตกต่างกัน

กลุ่มทดลองหลังใช้สเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนผสมหลักของกระชายขาวและตรีผลาร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจร พบว่าลักษณะอาการไอลดลงอย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน (p-value < 0.05) โดยค่าคะแนนเฉลี่ยอาการไอลดลงจากเดิมอยู่ในระดับไม่มีอาการจนถึงปานกลาง ($\bar{x}$ =1.73±0.69 - 2.70±0.75) เป็นระดับไม่มีอาการ ($\bar{x}$ =1.07±0.36 - 1.27±0.69) (ดังตารางที่ 1)

ของความถี่และความรุนแรงของการไอลดลงจากเดิมระดับน้อย ($\bar{x}$ =2.03±0.83 - 2.55±0.76) เป็นระดับ

ไม่มีอาการจนถึงน้อย ($\bar{x}=1.71\pm1.07$ - 2.00 ± 1.23)
 ความถี่ในการไอและการรู้สึกระคายคอ มีคะแนนเฉลี่ยลดลง
 อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.05$) ขณะที่คะแนน

เฉลี่ยการรบกวนชีวิตประจำวัน ($\bar{x}=2.06\pm1.28$ -
 2.13 ± 1.36) ไม่ลดลงเมื่อเทียบกับก่อนทดลอง
 ($\bar{x}=2.03\pm0.83$ - 2.13 ± 0.99) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบลักษณะอาการไอของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการรับประทานฟ้าทะลายโจร (n=31)
 โดยใช้ Paired t-test

ลักษณะอาการไอ	วันที่ 1			วันที่ 7			t-test	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
ด้านความถี่ (Frequency)								
ความถี่ในการไอ	2.55	0.76	น้อย	1.97	1.16	น้อย	2.466	0.020*
ความถี่ในการรู้สึกระคายคอ	2.32	0.87	น้อย	1.81	1.07	น้อย	2.108	0.043*
ด้านความรุนแรง (Intensity)								
อาการเหนื่อยจากการไอ	2.10	0.94	น้อย	2.00	1.23	น้อย	0.373	0.712
อาการเสียงแหบจากการไอ	2.03	0.95	น้อย	1.71	1.07	ไม่มีอาการ	1.283	0.209
การรบกวนชีวิตประจำวัน (Disruption)								
การรบกวนชีวิตประจำวัน	2.03	0.83	น้อย	2.06	1.28	น้อย	0.166	0.869
การรบกวนการนอน	2.13	0.99	น้อย	2.13	1.36	น้อย	0.000	1.000

* $p\text{-value} < 0.05$

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะอาการไอ พบว่า
 ก่อนได้รับการรักษาค่าคะแนนเฉลี่ยอาการไอ
 ทั้งด้านความถี่ ความรุนแรง และการรบกวน
 ชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ไม่มีความ
 แตกต่างกัน โดยมีระดับอาการอยู่ระหว่างไม่มีอาการ
 จนถึงปานกลางทั้งกลุ่มควบคุม ($\bar{x}=2.03\pm0.67$ -
 2.55 ± 0.95) และกลุ่มทดลอง ($\bar{x}=1.73\pm0.89$ -
 2.70 ± 0.93) แต่เมื่อให้การรักษาเป็นเวลา 7 วัน พบว่า

กลุ่มทดลองมีอาการไอน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับ
 ฟ้าทะลายโจรเพียงอย่างเดียว อย่างมีนัยสำคัญทุกด้าน
 ($p\text{-value} < 0.05$) โดยเมื่อครบ 7 วัน กลุ่มทดลองมี
 ค่าคะแนนเฉลี่ยอาการไอลดลง จนอยู่ในระดับไม่มี
 อาการในทุกข้อ ($\bar{x}=1.07\pm0.36$ - 1.27 ± 0.69)
 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการไอ อยู่ใน
 ระดับไม่มีอาการจนถึงระดับน้อย ($\bar{x}=1.71\pm1.07$ -
 2.13 ± 1.36) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบลักษณะอาการไอของกลุ่มควบคุม หลังได้รับฟ้าทะลายโจร (n=31) กับกลุ่มทดลอง หลังได้รับสเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนผสมของกระชายขาวและตรีผลาร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจร (n=30) โดยใช้ Independent t-test

ลักษณะอาการไอ	วันที่ 7 กลุ่มควบคุม			วันที่ 7 กลุ่มทดลอง			t-test	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ		
ด้านความถี่ (Frequency)								
ความถี่ในการไอ	1.97	1.16	น้อย	1.27	0.69	ไม่มีอาการ	2.862	0.006*
ความถี่ในการรู้สึกระคายคอ	1.81	1.07	น้อย	1.13	0.51	ไม่มีอาการ	3.137	0.003*
ด้านความรุนแรง (Intensity)								
อาการเหนื่อยจากการไอ	2.00	1.23	น้อย	1.13	0.50	ไม่มีอาการ	3.597	0.001*
อาการเสียงแหบจากการไอ	1.71	1.07	ไม่มีอาการ	1.07	0.36	ไม่มีอาการ	3.159	0.003*
การรบกวนชีวิตประจำวัน (Disruption)								
การรบกวนชีวิตประจำวัน	2.06	1.28	น้อย	1.17	0.53	ไม่มีอาการ	3.577	0.001*
การรบกวนการนอน	2.13	1.36	น้อย	1.17	0.53	ไม่มีอาการ	3.662	0.001*

*p-value < 0.05

กลุ่มทดลองหลังได้รับสเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนผสมของกระชายขาวและตรีผลาร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจร มีความพึงพอใจรวมทุกด้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.91\pm0.15$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด ได้แก่ ด้านประสิทธิผลและความปลอดภัย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=2.97\pm0.12$) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ากลุ่ม

ทดลองมีความพึงพอใจในทุกข้ออยู่ในระดับมาก โดยประเด็นที่มีความพึงพอใจมากที่สุดคือผลิตภัณฑ์ของสเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนผสมหลักของกระชายขาวและตรีผลา ไม่ก่อให้เกิดการระคายเคือง ($\bar{X}=2.98\pm0.15$) และผลิตภัณฑ์มีฉลากและข้อบ่งใช้ชัดเจน ($\bar{X}=2.98\pm0.15$) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และระดับความพึงพอใจของกลุ่มทดลองหลังได้รับสเปรย์ฉีดพ่นคอที่มีส่วนผสมของกระชายขาวและตรีผลาร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจร (n=30)

หัวข้อ	ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
1. ความพึงพอใจต่อบรรจุภัณฑ์			
1.1 บรรจุภัณฑ์ของสเปรย์ฉีดพ่นที่มีส่วนผสมหลักของกระชายขาวและตรีผลามีความสวยงามและน่าใช้	2.93	0.26	มาก
1.2 บรรจุภัณฑ์ของสเปรย์ฉีดพ่นที่มีส่วนผสมหลักของกระชายขาวและตรีผลาใช้งานง่าย	2.89	0.32	มาก
1.3 บรรจุภัณฑ์ของสเปรย์ฉีดพ่นที่มีส่วนผสมหลักของกระชายขาวและตรีผลาสะดวกในการพกพา	2.87	0.34	มาก

หัวข้อ	ความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง		
	ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (S.D.)	ระดับ
รวม	2.90	0.21	มาก
2. ความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์			
2.1 ผลิตภัณฑ์ของสเปรย์ฉีดพ่นที่มีส่วนผสมหลักของกระชาย ขาวและตรีผลามีกลิ่นหอมและน่าใช้	2.84	0.37	มาก
2.2 ผลิตภัณฑ์ของสเปรย์ฉีดพ่นที่มีส่วนผสมหลักของกระชาย ขาวและตรีผลา กระจายตัวดี	2.89	0.32	มาก
2.3 ผลิตภัณฑ์ของสเปรย์ฉีดพ่นที่มีส่วนผสมหลักของกระชาย ขาวและตรีผลา สามารถใช้ได้กับทุกวัย	2.82	0.39	มาก
รวม	2.85	0.25	มาก
3. ความพึงพอใจต่อประสิทธิผลและความปลอดภัย			
3.1 ผลิตภัณฑ์ของสเปรย์ฉีดพ่นที่มีส่วนผสมหลักของกระชายขาว และตรีผลา มีประสิทธิผลในการบรรเทาอาการไอ	2.96	0.21	มาก
3.2 ผลิตภัณฑ์ของสเปรย์ฉีดพ่นที่มีส่วนผสมหลักของกระชาย ขาวและตรีผลา ไม่ก่อให้เกิดการระคายเคือง	2.98	0.15	มาก
3.3 ผลิตภัณฑ์ของสเปรย์ฉีดพ่นที่มีส่วนผสมหลักของกระชาย ขาวและตรีผลา มีฉลากและข้อบ่งใช้ชัดเจน	2.98	0.15	มาก
รวม	2.97	0.12	มาก
4. ความพึงพอใจโดยภาพรวม	2.96	0.21	มาก
ความพึงพอใจรวมทุกด้าน	2.91	0.15	มาก

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้พบว่าการรักษาทั้ง 2 แบบ มีผลช่วยลดอาการไอของกลุ่มตัวอย่าง โดยฟ้าทะลายโจรสามารถช่วยลดความถี่ในการไอและความถี่ในการรู้สึกระคายคอ ซึ่งภูมิปัญญาพื้นบ้านในหลากหลายประเทศ เช่น ไทย จีน อินเดีย หรือกลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย มีการใช้ฟ้าทะลายโจรเพื่อลดอาการเกี่ยวกับทางเดินหายใจ¹⁴ มีการวิจัยหลายชิ้นที่สนับสนุนประสิทธิผลของฟ้าทะลายโจรต่อโรคระบบทางเดินหายใจ โดยจากการทบทวนอย่างเป็นระบบ (Systematic reviews) ของการวิจัยแบบ Randomized controlled trail พบว่าการใช้ฟ้าทะลายโจรทางคลินิกทั้งในรูปแบบสกัดเดี่ยวหรือสูตรผสมกับสมุนไพรชนิดอื่น ช่วยลดความรุนแรงของอาการของโรค

ในผู้ป่วยติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนต้น โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรกเมื่อเทียบกับยาหลอก^{15,16} ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยา เช่น ฤทธิ์เสริมภูมิคุ้มกัน ฤทธิ์ต้านเชื้อ ฤทธิ์ต้านอักเสบ เป็นต้น¹⁴ อย่างไรก็ตามจากงานวิจัยนี้พบว่าฟ้าทะลายโจรแทบจะไม่มีผลต่อการความรุนแรงของการไอและการรบกวนชีวิตประจำวัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโควิดที่มีอาการไอร่วมด้วย อาจมีความจำเป็นต้องได้รับยาบรรเทาอาการไอเพิ่มเติมนอกเหนือจากฟ้าทะลายโจร

ในกลุ่มทดลองเมื่อฉีดพ่นสเปรย์พ่นคอที่มีส่วนผสมหลักของกระชายขาวและตรีผลา ร่วมกับการรับประทานฟ้าทะลายโจร มีผลต่อการลดความถี่และความรุนแรงของอาการไอ รวมไปถึงการรบกวน

ชีวิตประจำวัน ซึ่งให้ผลดีกว่าการได้รับฟ้าทะลายโจร เพียงอย่างเดียว แสดงให้เห็นว่าสเปรย์ฉีดพ่นคอ ที่มีส่วนผสมหลักของกระชายขาวและตรีผลามีผลดี ในการบรรเทาอาการไอในผู้ป่วยโควิด-19 ทั้งนี้สาร สกัดจากกระชาย โดยเฉพาะ Panduratin A มีฤทธิ์ ด้านเชื้อ SAR-CoV-2 ทั้งในแง่การยับยั้งเชื้อก่อนเข้าสู่ เซลล์ (Pre-entry) หรือการป้องกันการติดเชื้อ และการยับยั้งไวรัสภายในเซลล์หลังจากไวรัสเข้าสู่เซลล์แล้ว (Post-entry) หรือการรักษา⁸ และมีรายงานว่า กระชายมีฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่อาจเป็นประโยชน์ต่อ การบรรเทาอาการต่างๆ ของโรคโควิด-19 นอกเหนือจาก ฤทธิ์ด้านเชื้อ เช่น ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระ และฤทธิ์ ด้านอักเสบ เป็นต้น¹⁷ ซึ่งประเทศไทยก็มีการ นำกระชายมาเป็นส่วนผสมของยาแก้ไอ^{18,19} อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเหล่านี้ยังจำกัดอยู่ในหลอดทดลอง จึงยัง ไม่สามารถยืนยันประสิทธิผลการต้านเชื้อในมนุษย์ได้ ต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมทางคลินิกต่อไป²⁰

นอกจากนี้ตรีผลา สมุนไพรในบัญชียาหลัก แห่งชาติสำหรับใช้บรรเทาอาการไอ ขับเสมหะ²¹ และใช้ในการปรับสมดุลธาตุทั้ง 4 ของร่างกาย²² โดยสมอพิเภกช่วยแก้เสมหะจุกคอก ทำให้ชุ่มคอ สมอ ไทย ช่วยแก้ไอเจ็บคอ และมะขามป้อม ช่วยแก้ไอ ขับ เสมหะและทำให้ชุ่มคอ^{23,24,25} ซึ่งมีรายงานว่าสมอไทย และมะขามป้อมสามารถช่วยลดความถี่และความ รุนแรงของอาการไอในสัตว์ทดลองได้^{26,27} สอดคล้อง กับผลการวิจัยนี้ และตรีผลาช่วยลดอาการของโรค จมูกอักเสบจากภูมิแพ้ (Allergic rhinitis) ซึ่งคาดว่า ฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาที่เกี่ยวข้องกับโรคระบบทางเดิน หายใจนี้ น่าจะเป็นผลมาจากสารสำคัญ เช่น Quercetin, Gallic acid, Ellagic acid และ Vitamin C เป็นต้น โดยกลไกสำคัญคือการปรับสมดุล ภูมิคุ้มกัน ลดการอักเสบและต้านอนุมูลอิสระ¹⁰

อาการไอจัดเป็นอาการที่พบได้มากที่สุด จากสถิติอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วยโควิด-19 ถึงแม้อาการ แสดงเหล่านี้จะค่อย ๆ ดีขึ้นตามเวลาเนื่องจากร่างกาย สร้างภูมิคุ้มกันต่อต้านเชื้อ โดยจะใช้เวลานานน้อย แตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตามจากรายงานพบว่าระยะเวลาเฉลี่ยที่ใช้ในการฟื้นตัวอาการป่วยจากโควิดอยู่ที่ประมาณ 23 วัน²⁸ การใช้ยาหรือสมุนไพรเพื่อรักษาและบรรเทาอาการ ดังเช่น สเปรย์ พ่นคอที่มีส่วนผสมหลักของกระชายขาวและตรีผลา ในงานวิจัยนี้ จะมีประโยชน์ในการช่วยลดระยะเวลา เจ็บป่วยของผู้ป่วยโควิด-19 โดยเฉพาะอาการไอที่รบกวน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุปได้ว่าการให้สเปรย์ฉีดพ่นคอที่มี ส่วนผสมหลักของกระชายขาวและตรีผลา ร่วมกับการรับประทานยาฟ้าทะลายโจร เป็นเวลา 7 วัน สามารถช่วยบรรเทาอาการไอ ทั้งในแง่ความถี่และความรุนแรงของอาการไอ รวมไปถึงการรบกวน ชีวิตประจำวันได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการรักษา และเปรียบเทียบกับ กลุ่มควบคุมที่ได้รับสมุนไพรฟ้าทะลายโจรเพียงอย่างเดียว โดยไม่พบว่ามีความเสี่ยงที่ก่อให้เกิดอาการแพ้หรือ ระคายเคืองระหว่างการใช้ผลิตภัณฑ์ อีกทั้ง กลุ่มตัวอย่างที่ทดลองใช้สเปรย์ฉีดพ่นคอ ที่มีส่วนผสมหลัก ของกระชายขาวและตรีผลา ยังมีความพึงพอใจต่อ ผลิตภัณฑ์ในระดับมาก อย่างไรก็ตามอาการของผู้ป่วย โควิด-19 สามารถดีขึ้นได้เองเมื่อระยะเวลาของโรค ผ่านไป จึงควรมีการศึกษาในเชิงทดลองทางคลินิก เพื่อแสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลและศักยภาพ ในการ ต่อ ยอด เชิงพาณิชย์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. อมร ลีลาธรรม. เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อ COVID-19 จากเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยฯ; 2563 [เข้าถึง เมื่อ 5 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก <https://tmc.or.th/covid19/download/pdf/tmc-covid19-19.pdf>.
2. สิทธิชัย ตันติภาสวสิน. โรคระบาดโควิด-19: สถานการณ์ปัจจุบัน. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2563; 45(3): 161-162.
3. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. The lancet. 2020; 395(10223): 507-513.
4. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. Jama. 2020; 323(11): 1061-1069.
5. ดารารัตน์ รัตนรักษ์, รุจิรา เข้มเพชร, อุษณีย์ พูลวิวัฒนกุล, สิริธร นิมิตวิไล, อรอนงค์ เหล่าตระกูล, ปิยะวรรณ ศรีมณี. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของสารสกัดฟ้าทะลายโจรต่อการร่วมรักษาผู้ป่วยโรคโควิด-19 ที่มีอาการรุนแรงน้อย โรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2564; 40(2): 269-282.
6. Hu XY, Wu RH, Logue M, Blondel C, Lai LYW, Stuart B, et al. *Andrographis paniculata* (Chuan Xin Lian) for symptomatic relief of acute respiratory tract infections in adults and children: A systematic review and meta-analysis. PLoS ONE. 2017; 12(8): e0181780.
7. Wagner L, Cramer H, Klose P, Lauche R, Gass F, Dobos G, et al. Herbal medicine for cough: a systematic review and meta-analysis. Complementary Medicine Research. 2015; 22(6): 359-368.
8. Kanjanasirirat P, Suksatu A, Manopwisedjaroen S, Munyoo B, Tuchinda P, Jearawuttanakul K, et al. High-content screening of Thai medicinal plants reveals Boesenbergia rotunda extract and its component Panduratin A as anti-SARS-CoV-2 agents. Scientific reports. 2020; 10(1): 1-12.
9. สร้อยเพชร เนตรอนงค์, พิระพงค์ กิตติวาทย์, ศรีโสภณ เรืองหนู, อรุณพร อิฐรัตน์. ฤทธิ์ต้านอนุมูลอิสระและปริมาณสารประกอบฟีนอลรวมกับระยะเวลาการสกัดและการศึกษาความคงตัวของผงยาตำรับตรีผลา. ธรรมชาติเวชสาร. 2558; 15(3): 472-479.
10. Jantrapirom S, Hirunsatitpron P, Potikanond S, Nimlamool W, Hanprasertpong N. Pharmacological Benefits of Triphala: A Perspective for Allergic Rhinitis. Frontiers in pharmacology. 2021; 12: 1-24.
11. สุนันทา โอศิริ, สุภาภรณ์ ปิติพร, จิราพร ตระการจันทร์ศิริ, ผกากรอง ขวัญข้าว, ณัฐดนัย มุสิกวงศ์, วัชรรา คัมภีระธัม. รายงานการวิจัยประสิทธิผลของยาแก้ไอมะขามป้อมในการบรรเทาอาการไอ : การศึกษาเบื้องต้น. ปราชินบุรี: มูลนิธิโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร; 2554.
12. ล้วน สายยศ, อังคณา สายยศ. เทคนิคการวิจัยทางการศึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ; 2536.

13. พุทธินันท์ พินศิริกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการใช้บริการทางการแพทย์แผนไทยประเภทการนวดไทย ของประชาชนในอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศึกษา]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2554.
14. Jarukamjorn K, Nemoto N. Pharmacological aspects of *Andrographis paniculata* on health and its major diterpenoid constituent andrographolide. *Journal of Health Science*. 2008; 54(4): 370-381.
15. Poolsup N, Suthisisang C, Prathanturug S, Asawamekin A, Chanchareon U. *Andrographis paniculata* in the symptomatic treatment of uncomplicated upper respiratory tract infection: systematic review of randomized controlled trials. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*. 2004; 29(1): 37-45.
16. Coon JT, Ernst E. (2004). *Andrographis paniculata* in the treatment of upper respiratory tract infections: a systematic review of safety and efficacy. *Planta medica*. 2004; 70(4): 293-298.
17. Isa NM, Abdelwahab SI, Mohan S, Abdul AB, Sukari MA, Taha MME, et al. In vitro anti-inflammatory, cytotoxic and antioxidant activities of boesenbergin A, a chalcone isolated from *Boesenbergia rotunda* (L.) (fingerroot). *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*. 2012; 45(6): 524-530.
18. Eng-Chong T, Yean-Kee L, Chin-Fei C, Choon-Han H, Sher-Ming W, Li-Ping CT, et al. *Boesenbergia rotunda*: From ethnomedicine to drug discovery. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. 2012; 2012: 473637.
19. มหาวิทยาลัยศิลปากร. ข้อมูลพืชสมุนไพร: กระชาย [อินเทอร์เน็ต]. นครปฐม: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2564 [เข้าถึง เมื่อเข้าถึง เมื่อ 10 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก http://pharmacy.su.ac.th/herbmed/herb/text/herb_detail.php?herbID=4.
20. ชูลิตา มามาก, จินตภาพ ดั่งดำรงค์, ธัญญาศิริ พัยคณวิสัย, เบญญทิพย์ ตระกูลศิลป์, กุลภัสสรณ์ จำปาเงินทวีศรี, ปาณิสรา สุขเจริญ, และคณะ. การประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์ของกระชายขาวกับการใช้ทางการแพทย์และการกล่าวอ้างทางสุขภาพ. *เวชบันทึกศิริราช*. 2564; 14(2): 61-72.
21. สำนัทยา. บัญชียาหลักแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: งานระบบยาแห่งชาติและสารสนเทศกลุ่มพัฒนาระบบ; 2556 [เข้าถึง เมื่อ 10 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก http://ndi.fda.moph.go.th/uploads/archives_file/20170207174301.pdf.
22. กองการประกอบโรคศิลปะ. ตำราแพทย์แผนโบราณทั่วไป สาขาเภสัชกรรม. นนทบุรี: กองการประกอบโรคศิลปะ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; ม.ป.ป.
23. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร: สมอพิเภก [อินเทอร์เน็ต]. อุบลราชธานี: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2553 [เข้าถึง เมื่อ 10 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=133>.

24. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร: สมอไทย [อินเทอร์เน็ต]. อุบลราชธานี: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2553 [เข้าถึง เมื่อ 10 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=132>
25. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. ฐานข้อมูลเครื่องยาสมุนไพร: มะขามป้อม [อินเทอร์เน็ต]. อุบลราชธานี: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2553 [เข้าถึง เมื่อ 10 ส.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaicrudedrug.com/main.php?action=viewpage&pid=101>.
26. Nosal'ova G, Mokry J, Hassan KT. Antitussive activity of the fruit extract of *Emblica officinalis* Gaertn. (Euphorbiaceae). *Phytomedicine*. 2003; 10(6-7): 583-589.
27. Nosalova G, Jurecek L, Chatterjee UR, Majee SK, Nosal S, Ray B. Antitussive activity of the water-extracted carbohydrate polymer from *Terminalia chebula* on citric acid-induced cough. *Evidence-Based Complement and Alternative Medicine*. 2013; 2013: 1-8.
28. Mizrahi, B., Shilo, S., Rossman, H. et al. Longitudinal symptom dynamics of COVID-19 infection. *Nat Commun*. 2020; 11, 6208.

การพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ธิตี บุคตาน้อย¹, อุไรวรรณ อินทร์ม่วง²

(วันที่รับบทความ: 20 กรกฎาคม 2564; วันที่แก้ไข: 22 พฤศจิกายน 2564; วันที่ตอบรับ: 24 เมษายน 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยมีขั้นตอนดังนี้ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในหน่วยงานโรงพยาบาลน้ำพอง จำนวน 14 หน่วยงาน และศึกษาพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ จำนวน 170 คน โดยใช้แบบสังเกตและแบบสอบถาม พบว่า หน่วยงานยังไม่มีมีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่มีการทิ้งมูลฝอยทั่วไปลงในถังรองรับมูลฝอยติดเชื้อ ระยะที่ 2 การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 31 คน ประกอบด้วย การทดสอบความรู้ก่อนและหลังการประชุม การอบรมให้ความรู้และหาแนวทางการแก้ไขปัญหา พบว่า คะแนนความรู้หลังการอบรมมีค่ามากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) มีแนวทางการดำเนินการได้แก่ 1) บุคลากร การจัดฝึกอบรมบุคลากรความรู้และการปฏิบัติตัวการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ การสื่อสารผู้มารับบริการในการคัดแยกมูลฝอย 2) วัสดุและอุปกรณ์ จัดให้มีอุปกรณ์ตามมาตรฐานและมีการซ่อมบำรุงเป็นประจำ 3) การดำเนินการจัดการ การวางแผนการทำงานร่วมกันของทุกหน่วยงาน การนำนโยบายมาขับเคลื่อน 4) งบประมาณ มีการตั้งงบประมาณแก้ปัญหาเร่งด่วน และนำแนวทางที่ได้มาปฏิบัติ ระยะที่ 3 ศึกษาปริมาณมูลฝอยติดเชื้อของแต่ละหน่วยงานของโรงพยาบาลก่อนและหลังการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อระยะเวลา 15 วัน พบว่า หลังการพัฒนามีปริมาณมูลฝอยลดลง ร้อยละ 11.0

คำสำคัญ: การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ, มูลฝอยติดเชื้อ, มูลฝอยทางการแพทย์

¹นักศึกษา, หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานานามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: Thiti_bud@kku.ac.th

²อาจารย์, สาขาวิชานานามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: uraiwan@kku.ac.th

Corresponding Author: อุไรวรรณ อินทร์ม่วง, E-mail: uraiwan@kku.ac.th

The Development of Infectious Waste Management at Namphong Hospital, Khon Kaen Province

Thiti Buddanoi¹, Uraiwan Inmuong²

(Receive 20th July 2021; Revised: 22nd November 2021; Accepted 24th April 2022)

Abstract

This action research aimed to study the development of infectious waste management at Namphong hospital, Namphong district, Khon Kaen province. The study activities included: Phase 1: the situation of infectious waste management in 14 departments and the behavior of infectious waste management of 170 staff in the hospital were explored using observation form and questionnaire. In this phase found that the departments did not have the correct sorting of infectious waste and the staff discarded the general waste into the infectious waste bins; Phase 2: the workshop with 31 participants was organized for developing the infectious waste management. This phase included pre-and posttest of knowledge, training and finding for solutions of problem solving. In this phase showed that the knowledge score after training was significantly higher than before training ($p\text{-value} < 0.001$). The solution guideline covered: 1) training for improving knowledge and practice of infectious waste management and also communication with recipients in solid waste sorting; 2) providing standardized equipment and having regular maintenance; 3) planning from all departments for driving policy; and 4) organizing budget for urgent problem solving and implementing the guideline; and Phase 3: Studying the amount of infectious waste of each unit in the hospital before and after the development of infectious waste management for a period of 15 days. In this phase, the amount of solid waste was decreased by 11.0% after implementing the management development.

Keywords: Infectious waste management, Infectious waste, Medical waste

¹Student, Master of Public Health Program in Environmental Health, Khon Kaen University, E-mail: Thiti_bud@kku.ac.th

²Lecturer, Department of Environmental Health Occupational Health and Safety Faculty of Public Health Khon Kaen University, E-mail: uraiwan@kku.ac.th

Corresponding Author: Uraiwan Inmuong, E-mail: uraiwan@kku.ac.th

บทนำ

มูลฝอยติดเชื้อ (Infectious waste) เป็นส่วนหนึ่งของมูลฝอยที่เกิดขึ้นภายในสถานบริการด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะโรงพยาบาลและคลินิก ซึ่งมีลักษณะที่แตกต่างจากมูลฝอยชนิดอื่น ๆ เพราะเป็นส่วนที่เกิดมาจากการให้บริการที่หลากหลายในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น เข็มฉีดยา ผ้าก๊อซ สำลีหรืออาจจะเป็นสารคัดหลั่งจากร่างกายมนุษย์ เช่น เลือด น้ำเหลือง น้ำลาย ปัสสาวะ ชี้นเนื้อของมนุษย์ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้ อาจจะเป็นอันตรายไปด้วยเชื้อโรคจำนวนมากที่เกิดจากผู้ป่วย โดยเฉพาะบาดทะยัก วัณโรค ไวรัสตับอักเสบ โรคเอดส์ เป็นต้น หากไม่มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกตามหลักสุขาภิบาลแล้ว อาจจะทำให้เกิดผลกระทบต่อด้านลบต่อสุขภาพอนามัยแก่เจ้าหน้าที่หรือประชาชนผู้ที่สัมผัสได้และยังส่งผลกระทบต่อชุมชนและสิ่งแวดล้อมบริเวณโดยรอบ ดังนั้นสถานบริการด้านสาธารณสุขจึงต้องมีมาตรการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อตามหลักสุขาภิบาลที่ถูกต้อง¹

ในปัจจุบันประเทศไทยมีสถานบริการด้านสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 59,849 แห่ง และจากการรายงานสถานการณ์มูลฝอยติดเชื้อในประเทศไทยของกรมอนามัย พบว่า ในปี พ.ศ. 2556 - 2560 มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้น 50,481, 52,147, 53,868, 55,656, 57,954 ตันต่อปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปริมาณมูลฝอยติดเชื้อมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากสถานบริการของภาครัฐถึงร้อยละ 56.79 และยังพบอีกว่ามีการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องเพียงร้อยละ 88 และจากการประเมินคุณภาพจัดการมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2559-2561 พบว่า ปัญหาส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลที่ไม่ผ่านมาตรฐาน คือ เรื่องความรู้ของบุคลากรในการปฏิบัติงานและสถานที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ²

โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอน้ำพอง มีขนาด 120 เตียงและมีห้องพิเศษ จำนวน 32 ห้อง โดยมีผู้เข้ารับบริการเฉลี่ย จำนวน 400 คนต่อวัน จากการเก็บข้อมูลมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลน้ำพอง พบว่าในปี พ.ศ. 2563 เกิดปริมาณมูลฝอยติดเชื้อขึ้นภายในโรงพยาบาล 50 ตัน มีการกำจัดโดยใช้บริการของบริษัทเอกชนโดยสูญเสียค่าใช้จ่ายในการกำจัดจำนวนมากและยังพบว่า มีปัญหาในการนำเศษอาหารและถุงพลาสติก ทั้งรวมกับมูลฝอยติดเชื้อ การนำถุงสีแดงสำหรับใส่ขยะติดเชื้อไปใส่มูลฝอยทั่วไปและการทิ้งถุงมือเศษผ้าก๊อชลงมายังระบบบำบัดน้ำเสียซึ่งทำให้เกิดความเสียหายต่อปั๊มดูดน้ำเสีย ซึ่งในอนาคตจะมีการขยายตึกและเพิ่มจำนวนเตียงเพื่อรองรับผู้ป่วยเพิ่มมากยิ่งขึ้น หากไม่มีการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ดีแล้ว อาจจะทำให้เกิดปัญหาจากมูลฝอยติดเชื้อ และค่าใช้จ่ายในการกำจัดที่เพิ่มสูงขึ้น³

ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้อง พัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อภายในโรงพยาบาลน้ำพอง เพื่อที่จะนำข้อมูลได้มาเป็นรูปแบบในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและนำไปสู่แนวทางการดำเนินงานที่จะสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งทำให้เกิดความปลอดภัยแก่เจ้าหน้าที่และประชาชนได้ รวมถึงสามารถใช้เป็นรูปแบบสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ประโยชน์หรือนำไปประยุกต์ใช้ในการศึกษาต่อไปได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ และพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลน้ำพอง

2. เพื่อพัฒนาระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลน้ำพอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) เพื่อศึกษาการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 3 ระยะ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 การพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนา มีระยะเวลาดำเนินการช่วง เดือนมีนาคม พ.ศ.2564 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ.2564

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 หน่วยงานโรงพยาบาลน้ำพอง จำนวน 14 หน่วยงาน ได้แก่ ห้องผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน หอผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจ หอผู้ป่วยชาย หอผู้ป่วยหญิง หอผู้ป่วยเด็ก ห้องปฏิบัติการ หน่วยฟอกไต ห้องผ่าตัด ห้องคลอด ห้องพิเศษ ห้องจักษุ ศูนย์ปฏิบัติและห้องทันตกรรม

1.2 เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 14 หน่วยงาน จำนวน 223 คน

1.3 ตัวแทนเจ้าหน้าที่หน่วยงานเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ จำนวน 31 คน

2. เครื่องมือในการวิจัย

2.1 แบบประเมินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้แก่ การคัดแยก การเก็บรวบรวม การเคลื่อนย้าย ลักษณะของรถเข็น สถานที่พักรวม บุคลากร และบันทึกเก็บข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ โดยเป็นการเลือกทำหรือไม่ทำ

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ โดยเป็นข้อเลือกตอบตามข้อมูลของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 20 ข้อ โดยมีการวัดเป็น 3 ระดับ คือ ทุกครั้ง บางครั้ง ไม่เคย

2.3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบจาก 3 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนนตอบผิดได้ 0 คะแนน รวมจำนวน 18 ข้อ วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยแบบทดสอบ ด้านความรู้ KR-20 เท่ากับ 0.75

3. ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

สำรวจและสังเกตการณ์จัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพอง โดยใช้แบบประเมินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพอง ผู้วิจัยเป็นผู้สังเกตและตอบแบบประเมินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพองด้วยตนเอง โดยสังเกตจากบริเวณที่พักมูลฝอยติดเชื้อ ณ ที่พักมูลฝอยโรงพยาบาลน้ำพองและของแต่ละหน่วยงาน 14 หน่วยงาน สังเกตการณ์ปฏิบัติตัวของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ 1 ครั้ง ในช่วงเช้าและบ่ายของวัน ทำการสำรวจปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ โดยดำเนินการชั่งน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อบริเวณโรงพักมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพอง ทั้ง 14 หน่วยงาน ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 15 วัน และศึกษาพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่ จำนวน 170 คน พบว่าหน่วยงานมีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 78.6 เจ้าหน้าที่มีทั้งมูลฝอยทั่วไปลงในถังรองรับมูลฝอยติดเชื้อ ร้อยละ 33.3

ระยะที่ 2 พัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

นำข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพอง แบบสังเกตการณ์จัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลน้ำพอง และแบบสอบถามของเจ้าหน้าที่ ทั้ง 14 หน่วยงาน

จำนวน 223 คน จากนั้นนำมารวบรวมข้อมูล นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และวางแผนการดำเนินการ พัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยจะมีกระบวนการ ดังนี้

1. ประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลน้ำพอง ผู้ที่เข้าร่วมประชุม คือ เจ้าหน้าที่ทั้ง 14 หน่วยงาน ซึ่งจะเป็นตัวแทนของแต่ละหน่วยงาน วิทยากรและคณะกรรมการ อาชีวอนามัย ความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม โรงพยาบาลน้ำพอง รวมทั้งหมด 31 คน

2. ใช้แบบทดสอบก่อนและหลังวัดความรู้ของผู้ที่เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลน้ำพอง

3. ให้ความรู้โดยใช้เอกสารประกอบ คำบรรยาย การใช้วีดิทัศน์ให้ความรู้ หลังจากนั้น ร่วมกันประชุมเพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นและเสนอถึงปัญหา อุปสรรค ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลน้ำพองและร่วมกันหาแนวทางการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เหมาะสมกับโรงพยาบาลน้ำพอง โดยการมีส่วนร่วมของตัวแทนหน่วยงานต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

4. ดำเนินการและติดตามผลของการจัดแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลน้ำพองทั้ง 14 หน่วยงาน เพื่อทราบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานและหากปัญหาใดไม่สามารถแก้ปัญหาได้ นำเสนอแก่คณะกรรมการสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัยเพื่อร่วมกันพิจารณาหาแนวทางแก้ไขปัญหาเพิ่มเติม

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ศึกษาปริมาณมูลฝอยติดเชื้อก่อนและหลังการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

ซึ่งปริมาณน้ำหนักของมูลฝอยติดเชื้อ ณ จุดพักมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพอง หลังการดำเนินการพัฒนา เป็นระยะเวลา 15 วัน

เพื่อเปรียบเทียบน้ำหนักก่อนและหลังการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยนำเสนอข้อมูลเชิงสถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล พฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ความรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อของเจ้าหน้าที่และปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด-ต่ำสุด และสถิติเชิงอนุมาน ใช้เพื่อวิเคราะห์การเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ได้แก่ สถิติ Paired t-tests

5.จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE642078

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัจจุบันในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลน้ำพอง

จากการศึกษา พบว่า แหล่งกำเนิดและกิจกรรมที่ก่อให้เกิดมูลฝอยติดเชื้อในหน่วยงาน โรงพยาบาลน้ำพอง จำนวน 14 หน่วยงาน พบว่า มูลฝอยติดเชื้อที่เกิดขึ้นส่วนมาก คือ เข็ม สำลี ผ้าก๊อตและถุงมือ ซึ่งมีกิจกรรมที่ทำให้เกิดขึ้น คือ การทำความสะอาดบาดแผล การให้สารน้ำทางร่างกาย และการฉีดยา

สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยส่วนใหญ่ พบว่า ไม่มีการแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่นๆ ณ แหล่งกำเนิด ภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อไม่มีเครื่องหมายและคำเตือนที่บ่งบอกให้บุคคลทั่วไปทราบว่าเป็นภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ผู้ปฏิบัติงานเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อไม่มีการสวมอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล ประกอบด้วย ถุงมือยางหนา ผ้ากันเปื้อน

ผ้าปิดปากปิดจมูก และรองเท้าพื้นยางหุ้มแข้ง ในขณะที่ปฏิบัติงาน และไม่มีข้อความเป็นคำเตือน ขนาดสามารถเห็นได้ชัดเจนว่า “ที่พักรวมมูลฝอยติดเชื้อ” ไว้ที่หน้าห้องหรือหน้าอาคาร

พฤติกรรมกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อพบว่า มีทั้งมูลฝอยทั่วไปลงในถังรองรับมูลฝอยติดเชื้อ เช่น พลาสติกห่อโซริง พลาสติกห่อเข็มฉีดยา เก็บมูลฝอยติดเชื้อไว้ในภาชนะบรรจุเกินหนึ่งวัน ในกรณีที่มูลฝอยติดเชื้อตกหล่น ไม่ใช้กระดาษซับทำความสะอาด ใส่ยาฆ่าเชื้อราดและล้างพื้นด้วยน้ำ

2. กระบวนการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพอง

สรุปผลการประชุม โดยมีประเด็นการแก้ปัญหาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของหน่วยงานโรงพยาบาลน้ำพอง ซึ่งสามารถแบ่งได้ดังนี้

1) บุคลากร มีการจัดอบรมให้สำหรับบุคลากรเป็นประจำทุกปีเพื่อทบทวนความรู้และให้เกิดความตระหนักกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จัดการสื่อสารแก่ผู้มารับบริการให้ชัดเจนในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อให้ถูกต้อง จัดการอบรมให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและทำการสื่อสารถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นหากไม่ปฏิบัติตามที่กำหนดขึ้นเป็นประจำ จัดทำสื่อให้ความรู้ตามจุดต่าง ๆ เช่น ห้องพักรักษาผู้ป่วย ห้องน้ำผู้ป่วย เป็นต้น

2) วัสดุและอุปกรณ์ จัดซื้อถังใส่มูลฝอยที่มีคุณภาพที่ดีตรงตามมาตรฐาน มีการจัดการบำรุงรักษารถเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อเป็นประจำทุกเดือน หากมีการชำรุดให้ดำเนินการซ่อมทันที

3) การดำเนินการจัดการ ให้หน่วยงานทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลได้มีส่วนในการจัดทำนโยบายร่วมกัน โดยมีการนำรูปแบบของหลัก 3R

ซึ่งได้แก่ การใช้น้อย การใช้ซ้ำ และการนำกลับมาใช้ใหม่ ซึ่งจะมีส่วนในการช่วยลดปริมาณมูลฝอยทั่วไปที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับมูลฝอยติดเชื้อได้เป็นอย่างดี และมีการจัดประชุมพูดคุย ในส่วนของปัญหาที่พบเจอเป็นประจำเพื่อที่จะได้แก้ไขปัญหาได้ทันเวลา และมีการติดตามการดำเนินงาน การนำกิจกรรม Green & Clean มาช่วยส่งเสริมในการดำเนินงาน ร่วมกันกับกิจกรรมของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้มากยิ่งขึ้น

4) งบประมาณ มีการจัดตั้งงบในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เร่งด่วน และมีการพัฒนาแผนการดำเนินงานในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานและสนับสนุนค่าวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงาน เช่น การจัดทำสติ๊กเกอร์ การทำป้ายประชาสัมพันธ์ การจัดกิจกรรมหน่วยงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อดีเด่น และงบประมาณในการซ่อมบำรุงอุปกรณ์ที่ชำรุด เช่น ถังรองรับมูลฝอยติดเชื้อ รถขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ และอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพอง ก่อนและหลังการอบรม พบว่า ก่อนการอบรม เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน้ำพอง มีคะแนนความรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ยเท่ากับ 11.93 (S.D.=1.31) หลังการอบรมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน้ำพอง มีคะแนนความรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อเฉลี่ยเท่ากับ 16.80 (S.D.=0.65) โดยที่ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการอบรมมีค่ามากกว่าก่อนการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพองก่อนและหลังการอบรม

ความรู้เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ	n	ค่าเฉลี่ย	S.D.	(95%CI)	P-value
ก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการ	31	11.93	1.31	(4.34 -	<0.001
หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการ	31	16.80	0.65	5.39)	

3. ผลการประเมินปริมาณมูลฝอยติดเชื้อก่อนและหลังการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพอง

ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 14 หน่วยงาน โดยการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 15 วัน ณ โรงพักมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพอง เมื่อเปรียบเทียบปริมาณมูลฝอยติดเชื้อก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พบว่า มีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อก่อนดำเนินการ 1,461 กิโลกรัม หลังการดำเนินการมีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ 1,301 กิโลกรัม ซึ่งมีปริมาณลดลง 160 กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 11.0

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ปัจจุบันในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลน้ำพอง

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในหน่วยงานโรงพยาบาลน้ำพองในปัจจุบัน พบว่า ไม่มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยอื่น ๆ ณ แหล่งกำเนิด ผู้ปฏิบัติเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อไม่มีการแต่งกายที่ถูกต้อง กล่าวคือ ยังมีบางหน่วยงานที่ยังไม่มีการคัดแยกมูลฝอยที่ถูกต้อง โดยที่ยังมีการนำมูลฝอยทั่วไปรวมกับมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งเกิดจากความตระหนักของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติในการคัดแยก และผู้มารับบริการที่ไม่ทราบถึงจุดทิ้งมูลฝอยที่ถูกต้อง เนื่องจากถังมูลฝอยติดเชื้อและมูลฝอยทั่วไปอยู่ใกล้เคียงกันและไม่มีป้ายระบุชนิดของมูลฝอย ในด้านของพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่ยังพบว่ามีการทิ้งมูลฝอยที่ไม่ใช่วัสดุมูลฝอยติดเชื้อลงในถุงบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ เช่น ถุงพลาสติกห่อเข็ม และการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งปัญหาดังกล่าวจะทำให้เพิ่มปริมาณมูลฝอยติดเชื้อโดยที่ไม่ใช่มูลฝอยติดเชื้อโดยแท้จริง เกิดการสิ้นเปลืองในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

เพิ่มมากยิ่งขึ้น และก่อให้เกิดอันตรายต่อเจ้าหน้าที่และผู้มารับบริการ

กระบวนการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพอง

1) บุคลากร มีการจัดอบรมให้สำหรับบุคลากรเป็นประจำทุกปีเพื่อทบทวนความรู้และให้เกิดความตระหนักกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ จัดการสื่อสารแก่ผู้มารับบริการให้ชัดเจนในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อให้ถูกต้อง จัดการอบรมให้แก่ผู้ปฏิบัติงานและทำการสื่อสารถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นหากไม่ปฏิบัติตามที่กำหนดขึ้นเป็นประจำ จัดทำสื่อให้ความรู้ตามจุดต่างๆ เช่น ห้องพักรักษาพยาบาล ห้องผู้ป่วย เป็นต้น กล่าวคือ ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ดีจำเป็นจะต้องมีความรู้ที่ถูกต้อง และต้องมีการทบทวนอยู่เป็นประจำเพื่อให้มีการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนหนึ่งของมูลฝอยติดเชื้อเกิดจากผู้มารับบริการ ควรให้ผู้มารับบริการมีส่วนร่วมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธงชัย มั่นคง⁴ ได้ศึกษาพฤติกรรมของบุคลากรด้านการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลเชิงคำจังหวัดพะเยา พบว่า การได้รับการอบรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีผลต่อพฤติกรรมในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร (p-value<0.05) และพบว่า ควรมีการสร้างจิตสำนึกและความตระหนัก โดยมีการจัดอบรม การรณรงค์ให้ความรู้แก่บุคลากรผู้ป่วยและญาติให้มีส่วนร่วมในการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ

2) วัสดุและอุปกรณ์ จัดซื้อถังใส่มูลฝอยที่มีคุณภาพที่ดีตรงตามมาตรฐาน มีการจัดการบำรุงรักษาเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อเป็นประจำทุกเดือน หากมีการชำรุดให้ดำเนินการซ่อมทันที กล่าวคือ การสนับสนุนอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการ

จัดการมูลฝอยติดเชื้อให้มีความพร้อมและเพียงพอต่อการจัดการ มีภาชนะบรรจุถูกต้องตามการคัดแยกของมูลฝอยแต่ละชนิดจะทำให้มีประสิทธิภาพในการจัดการมูลฝอยมากยิ่งขึ้น และยังเป็นภาระอำนวยความสะดวกต่อผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ไชยสุวรรณ⁵ ได้ศึกษาและวิเคราะห์สภาพปัญหาของระบบการจัดการมูลฝอยในโรงพยาบาลกระบี่ พบว่า บุคลากรยังไม่สามารถแยกประเภทได้และสาเหตุที่ไม่ได้แยกประเภทมูลฝอยก่อนทั้งมาจากภาชนะรองรับมูลฝอยไม่ได้มีไว้เพื่อแยกประเภท

3) การดำเนินการจัดการ ให้หน่วยงานทุกหน่วยงานในโรงพยาบาลได้มีส่วนในการจัดทำนโยบายร่วมกัน โดยมีการนำรูปแบบของหลัก 3R ซึ่งได้แก่ การใช้น้อย การใช้ซ้ำ และการนำกลับมาใช้ใหม่ ซึ่งจะมีส่วนในการช่วยลดปริมาณมูลฝอยทั่วไปที่ไม่ได้เกี่ยวข้องกับมูลฝอยติดเชื้อได้เป็นอย่างดี และมีการจัดประชุมพูดคุยในส่วนของปัญหาที่พบเจอเป็นประจำเพื่อที่จะได้แก้ไขปัญหาด้านเวลาและมีการติดตามการดำเนินงาน การนำกิจกรรม Green & Clean มาช่วยส่งเสริมในการดำเนินงานร่วมกันกับกิจกรรมของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้มากยิ่งขึ้น กล่าวคือ การทำงานแบบมีส่วนร่วมของหลาย ๆ หน่วยงานในโรงพยาบาลจะช่วยให้ทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นและสามารถที่จะทราบถึงแนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องและสามารถแก้ไขปัญหาร่วมกันได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธงชัย มั่นคง⁴ ได้ศึกษาพฤติกรรมของบุคลากรด้านการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลเชิงคำจังหวัดพะเยา พบว่า ควรมีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อร่วมกัน ตลอดจนให้มีการนิเทศและติดตามการจัดการ การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อในหอผู้ป่วยร่วมกัน ระหว่างกลุ่มการพยาบาลและกลุ่มบริหารงานทั่วไป และสอดคล้องกับการศึกษาของธงชัย มั่นคง⁴ ได้ศึกษาพฤติกรรมของบุคลากรด้านการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลเชิงคำ

จังหวัดพะเยา พบว่า การทราบแนวทางปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ มีผลต่อพฤติกรรมการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อของบุคลากร ($p\text{-value} < 0.05$)

4) งบประมาณ มีการจัดตั้งงบในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อที่เร่งด่วน และมีการพัฒนาแผนการดำเนินงานในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานและสนับสนุนค่าวัสดุ อุปกรณ์ในการดำเนินงาน เช่น การจัดทำสติ๊กเกอร์ การทำป้ายประชาสัมพันธ์ การจัดกิจกรรมหน่วยงานจัดการมูลฝอยติดเชื้อดีเด่น และงบประมาณในการซ่อมบำรุงอุปกรณ์ที่ชำรุด เช่น ถังรองรับมูลฝอยติดเชื้อ รถขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ และอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล กล่าวคือ ในการดำเนินการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ หากมีงบประมาณที่สนับสนุนเพียงพอต่อการจัดการจะทำให้มีประสิทธิภาพในการจัดการมูลฝอยที่ดียิ่งขึ้น

ความรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อก่อนการอบรม พบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน้ำพองก่อนการอบรมเชิงปฏิบัติการข้อที่ถูกต้องมากที่สุดคือ มูลฝอยติดเชื้อ เป็นมูลฝอยที่มีเชื้อโรคปะปนอยู่ในปริมาณหรือมีความเข้มข้น ซึ่งถ้ามีการสัมผัสหรือใกล้ชิดกับมูลฝอยนั้นแล้วสามารถทำให้เป็นโรคได้ ร้อยละ 90.3 ถูกต่อน้อยที่สุด คือ มูลฝอยติดเชื้อทุกประเภทมีการจัดการเหมือนกัน ร้อยละ 32.3 กล่าวคือ เจ้าหน้าที่มีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้ออันตรายของมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในเกณฑ์ที่ดี แต่ในส่วนของรายละเอียดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อยังอยู่ในเกณฑ์ที่ควรเพิ่มเติมความรู้ที่ถูกต้อง

ความรู้การจัดการมูลฝอยติดเชื้อหลังการอบรม พบว่า เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลน้ำพองหลังการอบรมเชิงปฏิบัติการข้อที่ถูกต้องมากที่สุดคือ การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อต้องคัดแยก ณ แหล่งกำเนิดเท่านั้น ร้อยละ 100 ข้อที่ถูกต้องน้อยที่สุดคือ ถุงแดงใส่มูลฝอยติดเชื้อ ควรบรรจุไม่เต็มถุงโดยบรรจุประมาณ 2 ใน 3 เพื่อที่จะสามารถมัดถุงได้ ร้อยละ 83.44 กล่าวคือ หลังการอบรมให้ความรู้เจ้าหน้าที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยเพิ่มมากขึ้น

แต่ยังมีรายละเอียดในส่วนของตัวเลขที่ทำให้เกิดความสับสนกันซึ่งอาจจะเกิดจากสัดส่วนการจัดเก็บมูลฝอยติดเชื้อไม่มีคัมและมูลฝอยมีคัมที่มีสัดส่วนไม่เท่ากัน ซึ่งสอดคล้องกับพูนพนิต โอเอี่ยม⁶ ได้มีศึกษาพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสมุทรสาครพบว่า บุคลากรและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องการจัดการขยะติดเชื้อ

การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพองหลังการอบรมมีค่ามากกว่าก่อนการอบรม กล่าวคือหลังให้การอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้องแก่เจ้าหน้าที่ จะทำให้ทราบถึงรายละเอียดต่าง ๆ ของการจัดการมูลฝอยติดเชื้อได้เข้าใจและถูกต้องมากยิ่งขึ้น ซึ่งเมื่อเกิดการเรียนรู้ที่ถูกต้องจะสามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับชลธิชา วิชาวุธ⁷ ได้ศึกษาการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเลยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังอบรมเจ้าหน้าที่ในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลเลย มีค่ามากกว่าก่อนอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการประเมินปริมาณมูลฝอยติดเชื้อก่อนและหลังการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลน้ำพอง

ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อก่อนดำเนินการ 15 วันและหลังดำเนินการ 15 วัน การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อก่อนดำเนินการพัฒนามีปริมาณมูลฝอย 1,461 กิโลกรัมและปริมาณมูลฝอยติดเชื้อหลังดำเนินการพัฒนามีปริมาณมูลฝอย 1,301 กิโลกรัม กล่าวคือ การดำเนินการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในโรงพยาบาลน้ำพองตาม โดยการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ในการประชุมเชิงปฏิบัติการในการหาแนวทาง

การแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ตั้งแต่กระบวนการคัดแยกจนถึงการกำจัดและการนำไปปฏิบัติแนวทางที่ได้ในโรงพยาบาลน้ำพองร่วมกัน ซึ่งมีความเหมาะสมในการดำเนินการจากการที่มูลฝอยติดเชื้อมีปริมาณลดลง

ข้อเสนอแนะ

1) ควรมีการส่งเสริมให้มีการจัดการมูลฝอยให้ถูกต้องและมีการอบรมฟื้นฟูความรู้ในการป้องกันอันตรายจากมูลฝอยติดเชื้อตามกฎหมายกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 มีการประชาสัมพันธ์และรณรงค์การคัดแยกมูลฝอยให้แก่บุคลากรและผู้มารับบริการเป็นประจำ เพื่อกระตุ้นให้เกิดจิตสำนึกในการคัดแยกมูลฝอยมูลฝอยทั่วไปกับมูลฝอยติดเชื้อที่ถูกต้อง

2) ควรมีนำผลการศึกษาเสนอต่อผู้บริหารในระดับสูง เพื่อกำหนดรูปแบบในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อให้สอดคล้องกับดัชนีชี้วัดและเชิงนโยบายในระดับของโรงพยาบาลต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาการปัจจัยในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของผู้มารับบริการในโรงพยาบาล

2) ควรมีการศึกษาการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับโรงพยาบาลที่มีขนาดใหญ่ขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวและความปลอดภัย โรงพยาบาลน้ำพอง รวมถึงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลน้ำพองที่ให้ความร่วมมือและความช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์กำจัดมูลฝอยติดเชื้อในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 2558 [เข้าถึง เมื่อ 24 กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.anamai.moph.go.th>.

2. กรมควบคุมมลพิษ. ปริมาณมลพิษที่
เกิดขึ้นและได้รับการกำจัด ในปี 2558-2562
[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2562 [เข้าถึง เมื่อ 30
กันยายน 2563]. เข้าถึงได้จาก
[www.pcd.go.th/file/Thailand_Pollution_
%20Report_2019_Thai.pdf](http://www.pcd.go.th/file/Thailand_Pollution_%20Report_2019_Thai.pdf).
3. โรงพยาบาลน้ำพอง. ปริมาณขยะมูลฝอย
โรงพยาบาลน้ำพอง. (28 กันยายน 2563).
สัมภาษณ์.
4. ธงชัย มั่นคง. พฤติกรรมของบุคลากรด้านการ
คัดแยกมูลฝอยติดเชื้อโรงพยาบาลเชิงคำ
จังหวัด พะเยา. วารสารสาธารณสุขล้านนา.
2559; 13(1): 37-50.
5. สุกัญญา ไชยสุวรรณ การพัฒนาการจัดการมูล
ฝอยในโรงพยาบาลกระบี่. วารสารกระบี่เวช
สาร. 2561; 2(2): 37-43.
6. พูนิต โอเอี่ยม. พฤติกรรมจัดการขยะติด
เชื้อของบุคลากรและเจ้าหน้าที่ ใน
โรงพยาบาลสมุทรสาคร. วารสารวิทยบริการ.
2556; 24(4): 32-41.
7. ชลธิชา วิศาเครื่องและอุไรวรรณ อินทร์ม่วง.
การพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในหอ
ผู้ป่วยในของโรงพยาบาลเลย. [วิทยานิพนธ์
ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
อนามัยสิ่งแวดล้อม]. ขอนแก่น :
มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.

การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการจัดเก็บและรวบรวม เข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

เกษรา ทองวิชิต¹, อุไรวรรณ อินทร์ม่วง², กาญจนา ครองธรรมชาติ³

(วันที่รับบทความ: 5 กันยายน 2564; วันที่แก้ไข 30 พฤศจิกายน 2564; วันที่ตอบรับ 24 เมษายน 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการทฤษฎีของ Kemmis and McTaggart ศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเชี่ยวชาญสาขาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ จาก 133 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน จำนวน 133 คน มีกระบวนการศึกษาดังนี้ ศึกษาสถานการณ์การจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้แบบสำรวจ การพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้ความรู้และร่วมกำหนดแนวทางการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินที่ถูกต้อง ประเมินผล การพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยเปรียบเทียบความรู้ก่อนและหลังการดำเนินการประชุมเชิงปฏิบัติการ ให้ อสม.ออกแนะนำวิธีการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและศึกษาปริมาณเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้วก่อนและหลังการดำเนินการ 1 เดือน

ผลการศึกษาดูสถานการณ์ปัจจุบันพบผู้ป่วยเบาหวานมีการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินที่ผ่านการใช้แล้วไม่เหมาะสม พบว่านำเข็มฉีดยาใช้แล้วใส่ถุงพลาสติกและทิ้งในถังรองรับมูลฝอยทั่วไป พบ รพ./รพสต. ทั้ง 13 แห่ง มีการแนะนำการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานเฉพาะรายใหม่ ส่วนผู้ป่วยรายเก่าไม่ได้รับคำแนะนำซ้ำเนื่องจากบุคลากรมีอย่างจำกัดและขาดการติดตามการนำเข็มที่ใช้แล้วมาทิ้งอย่างถูกต้อง จากการประชุมเชิงปฏิบัติการได้แนวทางแก้ไขปัญหากลุ่มเป้าหมาย โดยผู้รับผิดชอบงานจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ จัดทำแผ่นพับเพื่อให้ความรู้ แนะนำให้ผู้ป่วยใช้ขวดน้ำพลาสติกหรือแกลลอนมีฝาปิดมิดชิดเป็นภาชนะและ อสม.ออกให้คำแนะนำผู้ป่วยรวม ทั้งรวบรวมฝากกำจัด ณ รพ./รพสต. เมื่อพบแพทย์ครั้งต่อไป พบคะแนนความรู้ของ อสม. หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการมีค่าเฉลี่ยมากกว่าก่อนการประชุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) จากการออกให้คำแนะนำการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินที่ผ่านการใช้แล้วของ อสม. แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ส่งผลให้ปริมาณเข็มฉีดยาอินซูลินที่ผ่านการใช้แล้วหลังจากดำเนินการเพิ่มขึ้น ร้อยละ 46.45

เห็นได้ว่า การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานเน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและเจ้าหน้าที่ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาลำดับนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง ข้อเสนอแนะของงานวิจัยนี้ควรมีการศึกษาการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินเพื่อความต่อเนื่องในการพัฒนาระบบการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้วต่อไป

คำสำคัญ: การจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลิน, อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน, ผู้ป่วยเบาหวานชนิดฉีดอินซูลิน

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: Katesara.Thongwichit@gmail.com

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: uraiwan@kku.ac.th

³ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: kkanni@kku.ac.th

Corresponding Author: อุไรวรรณ อินทร์ม่วง, E-mail: uraiwan@kku.ac.th

The Performance of Village Health Volunteers on Storage and Collection for Used Insulin Injection Needles among Diabetic Patients at Nonthai District, Nakhon Ratchasima Province

Katesara Thongwichit¹, Uraiwan Inmuong², Kannitha Krongthamchat³

(Receive 5th September 2021; Revised: 30th November 2021; Accepted 24th April 2022)

Abstract

The aim of this research was to develop the performance of village health volunteers (VHVs) in storage and collection of insulin needles used by diabetic patients in Nonthai district, Nakhon Ratchasima province. This study applied the method of the action research developed by Kemmis and McTaggart. The study was conducted in 133 specialized VHVs in non-communicable disease prevention and control from 133 villages. The study comprised of: surveying a current situation of storage and collection of insulin needles used by diabetic patients; developing the performance of VHVs by organizing a workshop and also brainstorming for finding the correct method of storage and collection of insulin needles used by diabetic patients; evaluating the performance of VHVs and comparing their knowledge before and after the workshop; providing the advice by VHVs to the patients about the correct storage and the collection methods of insulin needles; and investigating the quantity of insulin syringes used in 1 month before and after the procedure.

The results revealed that regarding the current situation, the diabetics had inappropriate storage and collection of used insulin syringes: the patients placed the used insulin needles in a plastic bag and disposed them in the general garbage bins. The hospital and all 13 sub-district health promotion hospitals provided the advice related to storage and collection of insulin needles just for the new patients, while the old patients did not receive the advice due to lack of health personnel and proper tracking of disposable needle disposal. After the workshop, it came up with a solution to solve the problem of storing and collecting needles from insulin injections: the workshop for educating 133 VHVs and leaflets were organized and produced, and then the VHVs gave the advice to the patients to use a sealed plastic bottle or gallon of water as a container to collect the needles for disposal and when the patients came to see the doctor for the next visit, they can bring the container for disposal at the hospital or at the sub-district health promotion hospitals. The knowledge scores of the VHVs after the workshop were significantly higher than before the workshop (p -value < 0.001). It also found that the amount of used insulin needles stored and collected following the procedure had increased by 46.45%.

As a result, developing the performance of the VHVs in storage and collection of insulin needles in diabetic patients focuses on community participation and health care staff to find the solutions that can be put into practice. Potential development of diabetic patients in storage and collection of needles from insulin injections should be considered for further investigation.

Keywords: Storage and collection insulin injection needles, Village health volunteers, Type 2 diabetes mellitus

¹ Master of Public Health in Environmental Health, Public Health, Khon Kaen University, E-mail: Katesara.Thongwichit@gmail.com

² Assoc. Prof. Department of Environmental Health Occupational Health and Safety, Public Health, Khon Kaen University, E-mail: uraiwan@kku.ac.th

³ Assist. Prof. Department of Environmental Health Occupational Health and Safety, Public Health, Khon Kaen University, E-mail: kkanni@kku.ac.th

Corresponding Author: Uraiwan Inmuong, E-mail: uraiwan@kku.ac.th

บทนำ

โรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นสถานที่ที่มีการผลิตมูลฝอยติดเชื้อเป็นจำนวนมาก ซึ่งเกิดจากกิจกรรมการให้บริการการรักษาผู้ป่วย เช่น เข็มที่ใช้แล้วจากการฉีดยา ถูมือ ผ้าก๊อช ใบมีด เศษชิ้นส่วนอวัยวะต่าง ๆ เป็นต้น จากรายงานข้อมูลปริมาณมูลฝอยติดเชื้อ โรงพยาบาลในไทยพบว่าปีงบประมาณ 2561-2563 มีแนวโน้มของปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนหนึ่งของมูลฝอยติดเชื้อ คือ เข็มฉีดยาจากการฉีดยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลทั่วไปมีการวางมาตรการและแนวทางในการปฏิบัติของบุคลากรในการจัดเก็บรวบรวมและขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อตามแนวทางการพัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐานด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมกระทรวงสาธารณสุข สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีการฉีดยาอินซูลินด้วยตนเองที่บ้านยังไม่มีแนวทางหรือมาตรการในการจัดเก็บรวบรวมใด ๆ

ปัจจุบันโรงพยาบาลในไทยมีการแนะนำการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดยาอินซูลิน โดยเภสัชกรแนะนำวิธีการจัดเก็บเข็มฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ มีการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาที่ใช้แล้วใส่ในขวดน้ำพลาสติกที่มีความหนาและแข็งหรือกระป๋องพลาสติกที่มีฝาปิดมิดชิด ใส่ปริมาณ 3 ใน 4 ของภาชนะ นำมาฝากกำจัดเมื่อถึงวันนัดมาพบแพทย์ครั้งต่อไป จากการสัมภาษณ์บุคลากรที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ป่วยมีจำนวนมากบุคลากรไม่เพียงพอต่อการให้บริการแนะนำวิธีจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยรายเก่า และขาดการติดตามการนำฝากกำจัดอย่างถูกต้อง

จึงส่งผลให้เกิดอุบัติการณ์ความเสี่ยงขึ้นในโรงพยาบาล พบเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้วในถังรองรับมูลฝอยทั่วไป ซึ่งอาจทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคได้ ส่งผลกระทบด้านสุขภาพแก่เจ้าหน้าที่จัดเก็บมูลฝอยได้จากการศึกษาของ พิชญพร พูนนา¹ การได้รับการบาดเจ็บจากการทำงานของพนักงานเก็บขยะในโรงพยาบาลศูนย์ พบร้อยละ 24 ได้รับบาดเจ็บจากการถูกเข็มทิ่มตำ นอกจากนี้ยังสามารถแพร่กระจายเชื้อโรคสู่สิ่งแวดล้อมได้อีกด้วย การเพิ่มการเข้าถึงบริการที่มากขึ้นและการติดตามการดำเนินงานในชุมชนนั้นจำเป็นต้องอาศัยคนในชุมชนที่มีหน้าที่ด้านการส่งเสริมและสนับสนุนบริการสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นภาคประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชน มีความเข้าใจในบริบททุกด้านในชุมชนและเป็นที่ยอมรับของคนในชุมชนและเป็นกลไกสำคัญในการดูแลสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาระบบการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดยาอินซูลิน เพื่อนำไปสู่การจัดการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดยาอินซูลินที่ถูกต้องและเหมาะสมตามแนวทางการจัดการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ ประเภทของมีคม (เข็มฉีดยา)² ปัจจุบันอำเภอในไทยพบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดยาอินซูลินเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องปัจจุบันอำเภอในไทย พบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดยาอินซูลิน ปี 2561 จำนวน 488 คน ปี 2562 จำนวน 565 คน และปี 2563 จำนวน 576 คน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถิติรายงานประจำปีกลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลในไทย จ่ายเข็มฉีดยาอินซูลินให้ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ปี 2561 จำนวน 92,372 ชิ้น ปี 2562 จำนวน 98,892 ชิ้น และปี 2563 จำนวน 105,361 ชิ้น

ซึ่งจากสถิติมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี จากการสอบถามเบื้องต้นของผู้ป่วยเบาหวานเขตโรงพยาบาลโนนไทย พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้วไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม เช่น มีการนำเข็มที่ใช้แล้วใส่ถุงพลาสติกและทิ้งรวมกับมูลฝอยทั่วไป บางส่วนนำไปฝังกลบและยังพบบางส่วน นำไปเผา จากการศึกษาของธีรรัตน์ ถัฏะพร³ ศึกษาการจัดเก็บเข็มฉีดยาและไซริงค์จากการฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มาใช้บริการโรงพยาบาลชลประทาน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดยาอินซูลินที่บ้าน ส่วนใหญ่มีวิธีการจัดการเข็ม ฉีดยาและไซริงค์ยังไม่เหมาะสม เช่น ถุงพลาสติก ก่อนทิ้งลงถังรองรับมูลฝอย ร้อยละ 52.2 และการทิ้งลงถังรองรับมูลฝอยหลังจาก ฉีดยาเสร็จร้อยละ 32.2 ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จากการศึกษาของ Atukorala และคณะ⁴ ศึกษาพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการเข็มฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในประเทศศรีลังกา พบผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.8 ทิ้งเข็มอินซูลินที่ใช้แล้วลงในถังรองรับมูลฝอยทั่วไปในบ้านเรือน ร้อยละ 41.7 ผู้ป่วยไม่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดการเข็มฉีดยาอินซูลินและ ร้อยละ 93 นำเข็มฉีดยาที่ใช้แล้วไปเผา

จากการศึกษาเบื้องต้นเกี่ยวกับการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดยาอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวานเองที่บ้าน พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปีและมีการจัดเก็บและรวบรวมไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสม เจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอต่อการให้บริการผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดยาอินซูลินรายเก่าขาดการติดตามนำเข็มฉีดยาอินซูลินกลับมาทิ้งยังสถานบริการสุขภาพ ดังนั้นจำเป็นต้องอาศัยผู้อยู่ในชุมชนที่มีศักยภาพด้านการส่งเสริมและ

สนับสนุนด้านบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพเข้ามามีส่วนร่วม เพื่อเป็นเครือข่ายและกลไกในการดำเนินการ งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครประจำหมู่บ้านด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดยาอินซูลินจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้เป็นแนวทางในพัฒนาระบบการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดยาอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1 วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

2 วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความรู้ อสม. ด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา

2.3 เพื่อศึกษาปริมาณเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้ว ก่อนและหลังการดำเนินการ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ใช้ทฤษฎีของ Kemmis and McTaggart⁵ ในการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดยาอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินการ ช่วงเดือนเมษายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564

กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ใช้อาสาสมัครประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพสาขาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ จาก 133 หมู่บ้าน ๆ ละ 1 คน จำนวน 133 คน เกณฑ์คัดเข้าคือ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านเชิงวิชาชีพสาขาการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ เกณฑ์คัดออก คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสำรวจข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสถานการณ์การระบบจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใน รพ./รพสต. จำนวน 3 ข้อ 1) ใน รพ./รพสต. มีระบบการจัดเก็บฯ หรือไม่ 2) ใน รพ./รพสต. มีระบบการจัดเก็บฯ อย่างไร 3) ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานการจัดเก็บฯ ใน รพ./รพสต.

2. แบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 15 ข้อ ข้อลักษณะเป็นตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่แน่ใจได้ 0 คะแนน นำมาจัดเป็นกลุ่ม 3 กลุ่ม โดย ใช้เกณฑ์วัดแบบอิงเกณฑ์⁶

สูง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป
ปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนเท่ากับ 60-79

ต่ำ หมายถึง ได้คะแนนไม่เกิน ร้อยละ 59

3. แบบบันทึกข้อมูลปริมาณเข็มฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้แล้ว

ขั้นตอนการวิจัย

ขั้นตอนที่1 ศึกษาสถานการณ์ระบบการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำไปจัดทำแบบสำรวจข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระบบการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ใน รพ./รพสต. จำนวน 13 แห่ง ทำการสำรวจข้อมูลพื้นฐานและสำรวจปริมาณเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้วของผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนประชุมเชิงปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาศักยภาพ อสม.ด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

นำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจข้อมูลพื้นฐานมาร่างระบบการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ตามหลักวิชาการที่ได้ทำการศึกษาเป็นแนวทางการปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคของพื้นที่

ประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการมีส่วนร่วมของ อสม. จำนวน 133 คน ผู้ที่เกี่ยวข้องได้แก่ ผู้อำนวยการ รพสต. จนท.ฝ่ายเวชกรรม หัวหน้ากลุ่มงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หัวหน้างานสุขาภิบาลและอนามัยสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลและสาธารณสุขอำเภอ โดยใช้ powerpoint แผ่นพับและการมีอุปกรณ์สาธิตการจัดเก็บและรวบรวมเข็มที่ฉีดยาใช้แล้วเป็นสื่อการสอน

กิจกรรม ประกอบด้วย 1) การทดสอบความรู้ก่อนประชุมเชิงปฏิบัติการ 2) การให้ความรู้การจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลิน โดยใช้ สื่อการสอน powerpoint แผ่นพับและมีอุปกรณ์สาธิตการจัดเก็บและรวบรวมเข็มที่ฉีดยาใช้แล้ว 3) แบ่งกลุ่มย่อยแสดงความคิดเห็นหาแนวทางแก้ปัญหาในการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ถูกต้อง 4) การทดสอบความรู้หลังประชุมเชิงปฏิบัติการ และ 5) การชี้แจงระบบการติดตาม

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานของ อสม. และเจ้าหน้าที่ ในรพ./รพสต. หลังจากพัฒนาศักยภาพด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การดำเนินงานโดย อสม. ให้ความรู้และแนะนำการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินฯ แก่ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้ยาอินซูลิน 1 ครั้ง หลังจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 4 ศึกษาปริมาณเข็มฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานหลังจากการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ปริมาณเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้วเพิ่มขึ้นหลังจากการดำเนินงานของ อสม. โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมปริมาณเข็มฉีดยาอินซูลิน ระยะเวลา 1 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

แบบสำรวจการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวาน นำมาวิเคราะห์และสรุปเป็นความเรียง เปรียบเทียบความแตกต่าง ความรู้ก่อน - หลัง การจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้สถิติ The Wilcoxon Signed-Rank Test

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน และตอบไม่แน่ใจ ให้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 15 คะแนน นำมาจัดเป็นกลุ่ม 3 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์วัดแบบอิงเกณฑ์
2. สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่าง ความรู้ก่อน - หลัง การจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วย

โรคเบาหวาน เมื่อนำข้อมูลแบบทดสอบความรู้ ไปทดสอบการแจกแจงของข้อมูล ผลต่างของคะแนนก่อนและหลังประชุมเชิงปฏิบัติการมีการแจกแจงไม่ปกติ จึงพิจารณาใช้สถิติที่ไม่ใช่พารามิเตอร์ ใช้สถิติ The Wilcoxon Signed-Rank Test โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA Vr.14

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ ผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE642035
ณ วันที่ 19 เมษายน พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย

สถานการณ์ปัจจุบันระบบการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

พบว่า รพ./รพสต. ทั้งหมด 13 แห่ง ร้อยละ 100 มีระบบการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน คือ ให้คำแนะนำในการแยกประเภทของมูลฝอยติดเชื้อในวันที่มีคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง แนะนำผู้ป่วยรายใหม่ที่ต้องใช้เข็มฉีดยาให้ทิ้งเข็มที่ผ่านการใช้แล้วในภาชนะหนาและแข็งแรงป้องกันเข็มทะลุได้ เช่น กระป๋องยาที่ใช้แล้ว ขวดน้ำพลาสติก ขวดน้ำเกลือที่ใช้แล้ว ทิ้งเข็มอินซูลินปริมาณ 3 ใน 4 ของภาชนะมีฝาปิดมิดชิด หลังจากนั้นให้นำมาทิ้งที่ รพ./รพสต. ในวันถัดมาพบแพทย์ครั้งต่อไป ผู้ป่วยรายเก่าไม่ได้รับคำแนะนำซ้ำ รพ./รพสต. ทั้ง 13 แห่ง ไม่มีกระบวนการติดตามการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดอินซูลิน จำนวน 451 คน คิดเป็นร้อยละ 78.30 รับการรักษาที่โรงพยาบาลโนนไทย ส่งผลให้เจ้าหน้าที่ใน รพสต. ไม่ทราบผู้ป่วย

โรคเบาหวานที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของตนได้รับคำแนะนำการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดยาอินซูลินหรือไม่ ไม่มีการติดตามผู้ป่วยอีกครั้ง

ผลการสรุปปัญหาและอุปสรรคในการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ขาดการติดตามการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้ว ผู้ป่วยขาดความรู้เรื่องมูลฝอยติดเชื้อและการคัดแยกประเภทมูลฝอยติดเชื้อ ยังพบปัญหาบุคลากรไม่เพียงพอในการให้ความรู้เกี่ยวกับมูลฝอยติดเชื้อ การคัดแยก การจัดเก็บและรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อแต่ละประเภทก่อนที่จะถูกส่งไปกำจัด และยังขาดสื่อการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ต้องฉีดยาอินซูลินรายเก่าไม่ได้รับความรู้ด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดยาอินซูลินอีกครั้ง

กระบวนการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผลจากการวัดความรู้ก่อนให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 79.70 (Mean=13.78, S.D.= 1.06) รองลงมา ระดับปานกลางร้อยละ 15.79 (Mean=10.52, S.D.=0.75) และระดับต่ำ ร้อยละ 4.51 (Mean= 4.33, S.D.=2.16) ตามลำดับ

หลังให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 97.74 (Mean=14.72, S.D.=0.64) และระดับปานกลาง ร้อยละ 2.26 (Mean=10.33, S.D.= 0.58) ตามลำดับ

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องร่วมเสนอแนวทางแก้ไข ปัญหาและข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านบุคลากร

เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานให้ความรู้การแยกประเภทมูลฝอยติดเชื้อ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพ อสม.ด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทุก ๆ ปี เพื่อให้ อสม.ได้ทบทวนความรู้และนำความรู้ที่ได้ไปแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานถูกต้อง

2. ด้านวัสดุและอุปกรณ์

ควรจัดทำคู่มือในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเนื่องจาก อสม. ไม่เคยมีประสบการณ์เรื่องมูลฝอยติดเชื้อ รวมถึงการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้วและภาชนะที่ใส่เข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้ว คือ ขวดน้ำพลาสติก กระปุกที่ใส่ยาอินซูลิน หรือแกลลอน เป็นต้น

3. ด้านงบประมาณ

ควรมีงบประมาณในการจัดทำสื่อ เช่น แผ่นพับ คู่มือ ป้ายรณรงค์การจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ถูกต้อง

4. ระบบการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานอำเภอโนนไทย

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ อสม.ด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกปี อสม.ที่ผ่านการอบรมออกให้คำแนะนำผู้ป่วยหลังจากนั้นนำฝากที่ รพ./รพสต. เมื่อมาพบแพทย์ครั้งต่อไป ให้เจ้าหน้าที่ลงชื่อรับทราบในสมุดเมื่อนำมาฝากกำจัดทุกครั้งและประสานงานกับศูนย์สารสนเทศของโรงพยาบาลโนนไทยจัดทำทะเบียนควบคุมติดตามผลการดำเนินงานของ อสม.โดย แอปพลิเคชัน LINE กลุ่มของ อสม. แต่ละตำบล

ผลการประเมินกระบวนการพัฒนา ศักยภาพ อสม.ด้านการจัดเก็บและรวบรวม เข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินในผู้ป่วย โรคเบาหวาน

ผลจากการวัดระดับความรู้ของ อสม.
ตามคะแนนที่ได้จากแบบทดสอบ จำนวน
133 คน พบว่า ก่อนการประชุมเชิง

ปฏิบัติการ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เท่ากับ
12.84 คะแนน หลังประชุมเชิงปฏิบัติการมี
ความรู้เฉลี่ย เท่ากับ 14.62 คะแนน โดยมี
ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้หลังประชุมเชิง
ปฏิบัติการมีค่ามากกว่าก่อนประชุมอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
(ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบความรู้ของ อสม.ด้านจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลิน
ในผู้ป่วยโรคเบาหวาน อำเภอโนนไทย จังหวัดนครราชสีมา (n=133)

ความรู้ด้านจัดเก็บและรวบรวมเข็ม ฉีดยาจากการฉีดอินซูลินในผู้ป่วย โรคเบาหวาน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	Min	Max	Med	Z	P-value
ก่อนการประชุมเชิงปฏิบัติการ	12.84	2.46	3	15	13	9.28	<0.001
หลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ	14.62	0.90	10	15	15		

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลของปริมาณเข็มฉีดยาอินซูลิน
ที่ใช้แล้วก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา
ศักยภาพ อสม.ด้านการจัดเก็บและรวบรวม
เข็มฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ปริมาณเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้ว
ณ ที่พัสดุผอยติดเชื้อของ รพ./รพสต.
โดยการเก็บข้อมูลเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้ว
อย่างต่อเนื่องก่อนและหลังจัดกิจกรรม
เป็นระยะเวลา 1 เดือน โดยมีจำนวนผู้ป่วย
เท่าเดิม เมื่อเปรียบเทียบพบปริมาณเข็มฉีดยา
อินซูลินที่ใช้แล้วก่อนดำเนินการ ประมาณ
8.3 กิโลกรัมต่อเดือน หลังการดำเนินการ
พบว่า มีปริมาณเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้งานแล้ว
ประมาณ 15.5 กิโลกรัมต่อเดือน เพิ่มขึ้น 7.2
กิโลกรัม คิดเป็นร้อยละ 46.45

การอภิปรายผล

สถานการณ์ปัจจุบันการจัดเก็บและ
รวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินในผู้ป่วย
โรคเบาหวาน มีการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยา

ยาอินซูลินที่ผ่านการใช้แล้วไม่เหมาะสม พบว่า
นำเข็มฉีดยาใช้แล้วใส่ถุงพลาสติกและทิ้งในถัง
รองรับมูลฝอยทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษา
ของธีรรัตน์ ถักระพร³ ศึกษาการจัดการเข็ม
ฉีดยาและไซริงค์จากการฉีดอินซูลินจากผู้ป่วย
โรคเบาหวาน ที่มารับบริการโรงพยาบาล
ชลประทาน อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี
พบว่าผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีวิธีการจัดการเข็ม
ฉีดยาและไซริงค์ยังไม่เหมาะสม เช่น ถุงพลาสติก
ก่อนทิ้งลงถังรองรับมูลฝอย ร้อยละ 52.2 ทั้งนี้
เพราะผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลิน
มีจำนวนเพิ่มขึ้น บุคลากรผู้รับผิดชอบ
มีอย่างจำกัด ผู้ป่วยไม่ได้รับความรู้ซ้ำ ทำให้ขาด
ความรู้ด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยา
อินซูลินที่ถูกต้องก่อนนำฝากกำจัดอย่างเหมาะสม
รพ./รพสต. ทั้งหมด 13 แห่ง มีระบบ
การจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลิน
ในผู้ป่วยเบาหวานเขตรับผิดชอบของตน คือ
แนะนำเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่

ที่ต้องใช้เข็มฉีดยาอินซูลิน ผู้ป่วยรายเก่าไม่ได้รับคำแนะนำซ้ำและขาดการติดตามการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินที่ชัดเจน ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอาศัย อสม. ที่มีบทบาทด้านการส่งเสริมและสนับสนุนบริการสุขภาพของคนในชุมชน เป็นกลไกในการขับเคลื่อนการจัดเก็บและรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการติดตามการดำเนินงานร่วมกับเจ้าหน้าที่

กระบวนการพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

หลังประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพ อสม. มีความรู้ระดับสูง ร้อยละ 97.74 เฉลี่ยเท่ากับ 14.62 คะแนน กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ระดับสูงด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ทั้งนี้เพราะในพื้นที่มีการจัดกิจกรรมอบรมอาสาสมัครสาธารณสุขด้านควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการจัดการมูลฝอยแต่ละประเภท ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคเบาหวานและการจัดการมูลฝอยแต่ละประเภท จึงส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความความรู้ในระดับสูงและพร้อมในการปฏิบัติงาน

แนวทางแก้ปัญหาการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานจากกลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้รับผิดชอบงานจัดประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพ อสม.ด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน ระดับอำเภอทุกปี เพื่อทบทวนความรู้ จัดทำแผ่นพับให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ส่วนภาษาคนที่ใส่เข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้วมีฝาปิดมิดชิด เช่น ขวดน้ำพลาสติก กระจกที่ใส่ยาอินซูลิน หรือแอลกอฮอล์ เป็นต้น สอดคล้องกับ

การศึกษาของ อีรารัตน์ ถัฏะพร³ ศึกษาการจัดการเข็มฉีดยาและไซริงค์จากการฉีดอินซูลินจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่มารับบริการโรงพยาบาลชลประทาน อำเภอบางเกร็ง จังหวัดนนทบุรี พบว่า มีรูปแบบการจัดการเข็มฉีดยาและไซริงค์จากการฉีดอินซูลินจากผู้ป่วยโรคเบาหวาน คือการใช้กระป๋องสำหรับการแช่ยาอินซูลิน หรือกระป๋องพลาสติกเป็นภาชนะใส่เข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้วและมีฝาปิดมิดชิด

2. อสม.ที่ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการออกให้คำแนะนำผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ฉีดยาอินซูลินในเขตที่ตนรับผิดชอบ หลังจากนั้นนำฝาก รพ./รพสต. เมื่อมาพบแพทย์ครั้งต่อไปให้เจ้าหน้าที่เซ็นรับทราบในสมุดเมื่อนำมาฝากกำจัดทุกครั้ง

ผลการประเมินกระบวนการพัฒนาศักยภาพ อสม.ด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

1.การเปรียบเทียบความรู้ อสม. ด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวานก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนให้ความรู้ เท่ากับ 12.84 หลังให้ความรู้ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 14.62 ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังจากการประชุมเชิงปฏิบัติการมากกว่าก่อนการประชุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลธิชา วิชาเครื่อง⁷ ศึกษาการพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเลย พบคะแนนการให้ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อโดยเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังประชุมเชิงปฏิบัติการมีค่ามากกว่าก่อนประชุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

2. ประเมินผลจากการใช้แนวทางแก้ไข ปัญหาการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยา อินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน

การติดตามผลการดำเนินงานของ อสม. พบผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ใช้เข็มฉีดยา อินซูลิน จำนวน 402 คน ร้อยละ 69.79 ได้รับ คำแนะนำด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยา อินซูลินที่ถูกต้องจาก อสม.

เปรียบเทียบปริมาณเข็มอินซูลินที่ใช้ แล้วก่อนและหลังดำเนินการ พบเข็มอินซูลิน ที่ใช้แล้วหลังการดำเนินการมีปริมาณเพิ่มขึ้น ร้อยละ 46.45 ทั้งนี้เนื่องจากหลังการประชุม เชิงปฏิบัติการ อสม.ออกให้คำแนะนำที่ถูกต้อง แก่ผู้ป่วย ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้องในการจัดเก็บ และรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้ว ส่งผลให้ มีพฤติกรรมการจัดเก็บและรวบรวมที่ถูกต้อง โดยนำเข็มอินซูลินที่ใช้แล้วทิ้ง 3 ใน 4 ของภาชนะที่แข็งแรงมีฝาปิดและมีปริมาณ เข็มฉีดยาอินซูลินเพิ่มขึ้น ณ โรงพักมูลฝอย ติดเชื้อโรงพยาบาลโนนไทย

การพัฒนาศักยภาพ อสม. ด้านการจัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินในผู้ป่วย โรคเบาหวาน เน้นการมีส่วนร่วมของเจ้าหน้าที่ และ อสม.ร่วมหาแนวทางแก้ไขปัญหาและ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริงใน รพ./รพสต. เห็นได้ว่า อสม.มีความรู้ความสามารถและทักษะ ในการแนะนำให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน ที่ต้องใช้อินซูลินอย่างมีประสิทธิภาพ เห็นได้จากปริมาณเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้ว ณ โรงพักมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาล โนนไทยมีปริมาณเพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

จากการพัฒนาศักยภาพ อสม.ด้านการ จัดเก็บและรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีด อินซูลินในผู้ป่วยโรคเบาหวาน เห็นได้ว่า อสม. มีศักยภาพในการนำความรู้ที่ได้จากการ

จัดกิจกรรม ไปแนะนำวิธีการจัดเก็บและ รวบรวมเข็มฉีดยาอินซูลินที่ใช้แล้วให้ผู้ป่วย โรคเบาหวานได้มีประสิทธิภาพ โดยมีแผนพับ เป็นสื่อให้ความรู้ แนะนำกระบวนการนำฝาก ใน รพ./รพสต. เพื่อนำไปกำจัดอย่าง เหมาะสมและถูกต้อง ผลการศึกษานี้ควรได้มีการนำไปเผยแพร่ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปขยายผลในการนำไปดำเนินการในพื้นที่ อื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย โรคเบาหวานที่ฉีดอินซูลินด้านการจัดเก็บ และรวบรวมเข็มฉีดยาจากการฉีดอินซูลินต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.ดร.อุไรวรรณ อินทร์ม่วง และ ผศ.ดร. กาญจนา ครองธรรมชาติ ที่ให้ คำปรึกษา คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการ แก้ปัญหา ขอขอบพระคุณคณะกรรมการ ประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอโนนไทย เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องและอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านอำเภอโนนไทย ที่ให้ความ ร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พิชญพร พูนนาค, สุนทร ศุภพงษ์, ธนะภูมิ รัตนานุกพงศ์. อัตราอุบัติการณ์และปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บจากการทำงาน ของพนักงานเก็บขยะในโรงพยาบาล ศูนย์เขตภาคกลาง [วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ วิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.

2. สำนักสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารวิชาการด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ สำหรับเจ้าหน้าที่กรมอนามัย 2561 กรุงเทพฯ: ไม่ปรากฏโรงพิมพ์.
3. อีรารัตน์ ถัษพร. การจัดการเข็มฉีดยาและไซริงค์จากการฉีดอินซูลินจากผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มารับบริการโรงพยาบาลชลประทาน อำเภอบางกรี่จังหวัดนนทบุรี. วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ. 2555; 5(19): 35-39.
4. Atukorala KR, Wickramasinghe SI, Sumanasekera RDN, Wickramasinghe KH. Practices related to sharps disposal among diabetic patients in Sri Lanka. Asia Pac Fam Med. 2018 Dec 7;17:12. doi: 10.1186/s12930-018-0049-7. PMID: 30555274; PMCID: PMC6286594.
5. Kemmis, S & McTaggart, R. The Action Research Planer (3rd ed.) Victoria: Deakin University; 1988.
6. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. สถิติเพื่อการวิเคราะห์วิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ. จามจุรีโปรดัก; 2546.
7. ชลธิชา วิชาเครื่อง. การพัฒนาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลเลย. [วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2559.

ปัญหาสุขภาพในการทำงานของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

พนัชร มุมอ่อน¹, กาญจนา นาคะพินธุ์²

(วันที่รับบทความ: 4 กรกฎาคม 2564; วันที่แก้ไข: 6 ตุลาคม 2564; วันที่ตอบรับ: 9 พฤศจิกายน 2564)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพในการทำงานของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างคือ แรงงานในระบบ จำนวน 73 คน และแรงงานนอกระบบ จำนวน 167 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือความตรงเนื้อหา มีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และตรวจสอบความเที่ยง มีค่าเท่ากับ 0.89 โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS สถิติที่ใช้ ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสูงสุด-ต่ำสุด

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างแรงงานในระบบมีปัญหาสุขภาพในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา พบความชุกของอาการปวดระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อ ตำแหน่งที่พบอาการปวดเป็นประจำมากที่สุด ได้แก่ ปวดเท้าซ้าย และปวดเท้าขวา ปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ มีอาการคัดจมูกมากที่สุด ร้อยละ 82.19 ปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับอาการทางสายตา มีอาการแสบเคืองตา น้ำตาไหลมากที่สุด ร้อยละ 93.15 ส่วนกลุ่มตัวอย่างแรงงานนอกระบบ พบความชุกของอาการปวดระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อ ตำแหน่งที่พบอาการปวดเป็นประจำมากที่สุด ได้แก่ ปวดเท้าขวา ปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ มีอาการน้ำมูกไหลมากที่สุด ร้อยละ 83.20 ปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับอาการทางสายตา มีอาการตาแดง มากที่สุด ร้อยละ 71.86 ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ควรมีการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพของช่างเชื่อมโลหะทั้งสองกลุ่มนี้ มีการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการบาดเจ็บจากการประกอบอาชีพและการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลอย่างเหมาะสมในสถานประกอบกิจการทั้งกลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบ

คำสำคัญ: ปัญหาสุขภาพ, ช่างเชื่อมโลหะ, กลุ่มแรงงานในระบบ, กลุ่มแรงงานนอกระบบ

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: Panut_mumon@kku.ac.th

² รองศาสตราจารย์ สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม อาชีวอนามัยและความปลอดภัย คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, E-mail: kannat@kku.ac.th

Corresponding Author: กาญจนา นาคะพินธุ์, E-mail: kannat@kku.ac.th

Health Problem of the Welding Workers among Formal and Informal Workers in Nongruea Didtrict, Khon Kean Province

Panutchakorn Mumon¹, Ganjana Nathapindhu²

(Receive: 4th July 2021; Revised: 6th October 2021; Accepted: 9th November 2021)

Abstract

The objectives of this cross-sectional descriptive research aimed to study health problems of formal and informal welders in Nongruea district, Khon Kaen province. The samples consisted of 73 formal welders and 167 informal welders selected by multistage sampling method. Data were collected using quality-validated questionnaires. The content validity was validated based on IOC showing the value between 0.67 and 1.00, and the reliability was measured showing the value of 0.89. Data were analyzed using SPSS in terms of frequency, percentage, mean, standard deviation, and maximum-minimum value.

The findings revealed that the formal welders, who had health problems during the past 6 months, showed a prevalence of skeletal and musculoskeletal pain. The most common areas of pain were left foot and right foot. The respiratory health problems were found as nasal congestion with the highest percent of 82.19 and health problems related to visual symptoms were found as irritated and watery eyes with the highest percent of 93.15. Regarding the informal welders, they had a prevalence of skeletal and musculoskeletal pain. The most common area of pain was right foot. The respiratory health problems were shown as runny nose with the highest percent of 83.20. The health problems related to visual symptoms were found as conjunctivitis with the highest percent of 71.86. It could be suggested that the district health office and the hospital in Nong Ruea district, Khon Kaen province should monitor health problems and provide training on occupational injury prevention and how to use personal protective equipment properly in the workplace for both formal and informal workers.

Keywords: Health problems, Welding workers, Formal workers, Informal workers

¹Master of Public Health in Environmental Health, Public Health , Khon Kaen University,
E-mail: Panut_mumon@kkumail.com

²Assoc. Prof. Department of Environmental Health Occupational Health and Safety, Public Health,
Khon Kaen University, E-mail: kannat@kku.ac.th

Corresponding Author: Ganjana Nathapindhu, E-mail: kannat@kku.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีอุตสาหกรรมต่าง ๆ มากมาย เช่น อุตสาหกรรมการผลิตภัณฑ์ชิ้นส่วนรถยนต์ ที่จำเป็นต้องมีการประกอบชิ้นส่วนโลหะ ซึ่งงานประกอบชิ้นส่วนหากไม่มีการเชื่อมโลหะ อาจทำให้ต้นทุนในการผลิตสูงขึ้น และมีอุตสาหกรรมที่เกี่ยวข้องกับงานเชื่อมโลหะที่มีการแปลงลักษณะงานเกษตรกรรมมาเป็นงานอุตสาหกรรมการเกษตรและอาหาร ซึ่งจำเป็นต้องใช้งานเชื่อมโลหะ ไม่ว่าจะเป็นการก่อสร้างโรงงานอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนยานยนต์ อุตสาหกรรมพลังงาน และอุตสาหกรรมการผลิตอาหารแปรรูป ในกระบวนการเชื่อมโลหะไม่เพียงแต่พบในโรงงานอุตสาหกรรมเท่านั้น ยังมีงานเชื่อมโลหะในชุมชน เช่น งานเชื่อมประตู โครงหลังคา และงานก่อสร้างอาคารต่าง ๆ ซึ่งงานเชื่อมในชุมชนส่วนมาก ร้อยละ 95 เป็นการเชื่อมด้วยไฟฟ้าซึ่งช่างเชื่อมอาจไม่ได้ผ่านการฝึกอบรมจากสถาบันการศึกษาก็สามารถเชื่อมโลหะได้ ไม่มีผู้ที่เชี่ยวชาญคอยแนะนำเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน เครื่องมือที่ใช้และระบบป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานเหมือนในโรงงานอุตสาหกรรม¹

ผลจากการสำรวจแรงงานนอกระบบในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ระหว่างปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 ข้อมูลของสำนักงานแรงงานจังหวัดขอนแก่น² พบจำนวนแรงงานนอกระบบมีปริมาณที่เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 55.20 55.30 และ 55.60 ตามลำดับ และมีแนวโน้มที่สูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยปัญหาสภาพแวดล้อมในการทำงาน ที่พบ คือ สถานที่ทำงานไม่สะอาด ฝุ่นละออง คิว้นกลิ่น และอิริยาบถในการทำงาน ร้อยละ 43.30 44.60 และ 46.80 ตามลำดับ และความไม่ปลอดภัยในการทำงาน ร้อยละ 17.30 26.40 และ 38.70 ตามลำดับ อุบัติเหตุที่เกิดขึ้น และพบได้บ่อยในผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่เป็นวัตถุ หรือสิ่งของกระเด็นเข้าตา³ ปัญหาสุขภาพของช่างเชื่อมโลหะกลุ่มอาการที่พบ คือ กลุ่มอาการเกี่ยวกับทางกล้ามเนื้อ พบมากที่สุด

คือ ปวดกล้ามเนื้อแขน ร้อยละ 83.02 กลุ่มอาการที่เกี่ยวกับอาการทางสายตา พบมากที่สุดคือ เคืองตาน้ำตาไหล ร้อยละ 67.30 และกลุ่มอาการที่เกี่ยวกับทางเดินหายใจ พบมากที่สุดคือ ระคายเคืองจมูกและลำคอ ร้อยละ 59.12⁴ อีกทั้งช่างเชื่อมโลหะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับอันตรายจากการทำงาน ได้แก่ การรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำในบริเวณที่ทำงาน ร้อยละ 80.90 สวมบุหรืขณะทำงาน ร้อยละ 50.90 และไม่ใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลขณะทำงาน ร้อยละ 20.90⁵

จากข้อมูลสถิติแรงงานในปี พ.ศ.2558 ถึง พ.ศ.2560 ของสำนักงานแรงงานจังหวัดขอนแก่น⁶ พบภาวะการทำงานของคนขอนแก่น คิดเป็นร้อยละ 44.90 43.60 และ 43.40 ตามลำดับ มีประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีงานทำ จำนวน 1.45 ล้านคน จังหวัดขอนแก่นมีโรงงานอุตสาหกรรมที่ได้รับอนุญาตและแจ้งประกอบกิจการ จำนวนทั้งสิ้น 4,175 โรงงาน ได้แก่ อุตสาหกรรมการเกษตร จำนวน 2,763 โรงงาน อุตสาหกรรมโลหะจำนวน 238 โรงงานและอุตสาหกรรมผลิตภัณฑ์โลหะจำนวน 220 โรงงาน⁷ ซึ่งสถานประกอบกิจการในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น พบว่ามีโรงงานอุตสาหกรรมที่สำคัญ ได้แก่ บริษัทรวมเกษตรกรอุตสาหกรรม จำกัด ซึ่งเป็นโรงงานที่มีเครื่องจักรเกิน 50 แรงม้า โดยงานซ่อมบำรุงในโรงงานอุตสาหกรรมมีความจำเป็นที่ต้องมีงานเชื่อมและในช่วงระยะเวลา 1 ปี จะมีการปิดซ่อมเพื่อปรับปรุงซ่อมแซมเครื่องจักรอย่างน้อยเป็นระยะเวลา 8 เดือน ช่างเชื่อมโลหะส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานในระบบ เป็นผู้ประกันตนในมาตรา 33 มีกฎหมายคุ้มครองและต้องมีข้อบังคับที่ต้องปฏิบัติตามกฎของโรงงาน ในเรื่องนโยบายความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสภาพแวดล้อมในการทำงาน⁸ ส่วนแรงงานนอกระบบ ได้แก่ ช่างเชื่อมโลหะที่ปฏิบัติงานในโรงกลึง และร้านรับจ้างทำโครงสร้างอาคารต่าง ๆ จะไม่มีกฎหมายคุ้มครอง ขาดความรู้

เกี่ยวกับอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นขณะปฏิบัติงาน ไม่มีผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับเรื่องการป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงาน และไม่จำเป็นต้องผ่านการฝึกอบรมจากสถาบันการศึกษา จะเห็นได้ว่าช่างเชื่อมโลหะในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะพบปัญหาด้านสุขภาพจากสภาพแวดล้อมในการทำงาน และการเข้ารับการรักษายาบาลจากการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน ซึ่งข้อมูลระดับจังหวัดของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ในเรื่องของการรายงานโรคจากการประกอบอาชีพ ในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น เมื่อปี พ.ศ.2563 พบผู้ที่มีอาการบาดเจ็บจากการทำงาน จำนวน 146 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 231.21 ต่อแสนประชากร

จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาปัญหาสุขภาพของกลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบ เพื่อเป็นพื้นฐานในการเฝ้าระวังและป้องกันปัญหาด้านสุขภาพ ปัญหาความไม่ปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงานเชื่อมโลหะ รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสม เพื่อลดปัญหาการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นและปัญหาสุขภาพของกลุ่มช่างเชื่อมโลหะในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพในการทำงานของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบ ในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional descriptive study) เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในการทำงานของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบ ในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ในช่วงเดือนมกราคม ถึง เดือนพฤษภาคม พ.ศ.2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ศึกษา ได้แก่ ช่างเชื่อมโลหะที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีหน้าที่ปฏิบัติงานเชื่อมโลหะมาเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี อาศัยอยู่ในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น จำนวน 398 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มแรงงานในระบบ เป็นกลุ่มที่รับจ้างงานเชื่อมโลหะในโรงงานอุตสาหกรรมการผลิตน้ำตาลที่มีกระบวนการทำงานเกี่ยวกับการเชื่อมโลหะ จำนวน 1 แห่ง มีจำนวนพนักงาน 90 คน

2. กลุ่มแรงงานนอกระบบ เป็นกลุ่มที่รับจ้างในโรงกลึง ร้านเหล็กตัด และร้านรับจ้างทำโครงสร้างอาคารต่าง ๆ จำนวน 20 แห่ง มีจำนวนพนักงาน 308 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีทราบจำนวนประชากรโดยใช้สูตรของ (อรุณ จิรวัดนกุล และคณะ, 2556)⁹ มีสูตรดังนี้

$$n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 p[(1-p)]}{[e^2(N-1)] + [Z_{\alpha/2}^2 p[(1-p)]]}$$

เมื่อ N = ประชากรทั้งหมด

p = สัดส่วนของการบาดเจ็บทางตาของช่างเชื่อมโลหะจากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องของ (พรรณี นันทะแสง และกาญจนา นาละพินธุ, 2558)⁴ มีค่าเท่ากับ 0.62

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ มีค่าเท่ากับ 0.05

$Z_{\alpha/2}$ = กำหนดระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 มีค่าเท่ากับ 1.96

ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นจำนวน 240 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างแรงงานในระบบ จำนวน 73 คน และกลุ่มตัวอย่างแรงงานนอกระบบ จำนวน 167 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลสุขภาพของช่างเชื่อมโลหะ ประกอบด้วย 6 ส่วน รวมจำนวน 65 ข้อ ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อและส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด

ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัญหาสุขภาพของช่างเชื่อมโลหะ มีลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เลือกตอบ 4 ตัวเลือก ได้แก่ เป็นประจำ เป็นบางครั้ง เป็นนานๆ ครั้ง และไม่เคย จำนวน 26 ข้อ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน มีลักษณะข้อคำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า เลือกตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุ ไม่ต้องหยุดงาน หยุดงาน 1-3 วัน หยุดงานมากกว่า 3 วัน และเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล จำนวน 7 ข้อ

ระดับความรุนแรงของการเกิดอุบัติเหตุ

ระดับ 0 = ไม่เคยเกิดอุบัติเหตุ

ระดับ 1 = ไม่ต้องหยุดงาน

ระดับ 2 = หยุดงาน 1-3 วัน

ระดับ 3 = หยุดงานมากกว่า 3 วัน

ระดับ 4 = เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ส่วนที่ 5 ปัญหาการบาดเจ็บของอาการทางสายตาและการดูแลสุขภาพ ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิดจำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 6 ข้อมูลชนิดการใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลในขณะทำงาน ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด และตรวจสอบรายการจำนวน 9 ข้อ

2. แบบสำรวจสภาพแวดล้อมในการทำงาน ประกอบด้วย 2 ส่วน รวมจำนวน 18 ข้อ ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 2 สภาพแวดล้อมการทำงานของช่างเชื่อมโลหะ ซึ่งมีลักษณะเป็นคำถามปลายปิด

และปลายเปิด และตรวจสอบรายการ จำนวน 13 ข้อ

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ นำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสูงสุด - ต่ำสุด โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

2. สถิติเชิงอนุมาน ความชุกอาการปวดระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบ โดยคำนวณจาก

$$\text{ความชุก} = \frac{\text{จำนวนผู้ที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อ} \times 100}{\text{จำนวนช่างเชื่อมโลหะทั้งหมดที่ศึกษา}}$$

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ ผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE642027 ณ วันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ลักษณะข้อมูลทั่วไปของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบ พบว่า ทั้งหมดเป็นเพศชาย มีอายุสูงสุด 59 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี อายุเฉลี่ย 37.43 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.07 ปี มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 54.54 โรคเบาหวาน และโรคหัวใจ ร้อยละ 36.36 และ 9.10 ตามลำดับ สถานภาพโสด ร้อยละ 49.32 จบการศึกษาระดับอนุปริญญา (ปวส.) ร้อยละ 31.51 สิทธิในการรักษาพยาบาลทั้งหมดใช้สิทธิประกันสังคม มาตรา 33 ร้อยละ 100.00 ด้านประสบการณ์ในการทำงานเชื่อมโลหะส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานเชื่อมโลหะ 1-10 ปี ร้อยละ 75.34 เวลาทำงานเฉลี่ยชั่วโมงต่อวัน ส่วนมากทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อวัน การเรียนรู้การทำงานเชื่อมโลหะเรียนรู้จากสถาบันการศึกษา ร้อยละ 42.47 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบ

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มแรงงานในระบบ (n=73)	กลุ่มแรงงานนอกระบบ (n=167)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
อายุ (ปี)		
≤20 ปี	4(5.48)	17(10.18)
21-30 ปี	18(24.66)	37(22.16)
31-40 ปี	21(28.77)	59(35.33)
41-50 ปี	24(32.88)	40(24.00)
51-60 ปี	6(8.22)	13(7.78)
Mean(SD)	37.43(10.07)	36.46(10.47)
Median(Min-Max)	38(19-59)	38(19-60)
สถานภาพแรงงาน		
ในระบบ	73(100.00)	0
นอกระบบ	0	167(100.00)
โรคประจำตัว		
ไม่มี	62(84.93)	133(79.64)
มี	11	34
โรคเบาหวาน	4(36.36)	6(17.65)
โรคความดันโลหิตสูง	6(54.54)	13(38.24)
โรคหัวใจ	1(9.10)	3(8.82)
โรคภูมิแพ้	0	8(23.52)
โรคหอบหืด	0	4(11.77)
สถานภาพสมรส		
โสด	36(49.32)	102(61.08)
หม้าย/หย่า/แยก	7(9.59)	16(9.58)
สมรส (คู่)	30(41.10)	49(29.34)

ลักษณะการทำงานของกลุ่มแรงงานนอกระบบ พบว่า ทั้งหมดเป็นเพศชาย มีอายุสูงสุด 60 ปี อายุต่ำสุด 19 ปี อายุเฉลี่ย 36.46 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.47 ปี มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 38.24 โรคภูมิแพ้ และโรคเบาหวาน ร้อยละ 23.52 และ 17.65 ตามลำดับ สถานภาพโสด ร้อยละ 61.08 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6) ร้อยละ 31.14 สิทธิในการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่

ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท ร้อยละ 96.40 ด้านประสิทธิภาพในการทำงานเชื่อมโลหะส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานเชื่อมโลหะ 1-10 ปี ร้อยละ 80.24 เวลาทำงานเฉลี่ยชั่วโมงต่อวันส่วนมากทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 89.82 การเรียนรู้การทำงานเชื่อมโลหะจากการเรียนรู้ด้วยตนเอง ร้อยละ 47.90 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบ (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มแรงงานในระบบ (n=73)	กลุ่มแรงงานนอกระบบ (n=167)
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียน	0	17(10.18)
ประถมศึกษา (ป.1-ป.6)	11(15.07)	34(20.36)
มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-ม.3)	9(12.33)	34(20.36)
มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6)	17(23.29)	52(31.14)
อนุปริญญา (ปวช.)	11(15.07)	17(10.18)
อนุปริญญา (ปวส.)	23(31.51)	13(7.78)
ปริญญาตรี	2(2.74)	0
ประสบการณ์ในการทำงานเชื่อมโลหะ		
≤10 ปี	55(75.34)	134(80.24)
11-20 ปี	14(19.18)	28(16.77)
≥20 ปี	4(5.48)	5(2.99)
Median(Min-Max)	8.26(1-30)	7.58(1-30)
เรียนรู้การทำงานเชื่อมโลหะด้วยวิธี		
เรียนรู้ด้วยตนเอง	21(28.77)	80(47.90)
เรียนรู้จากตำรา/หนังสือ	5(6.85)	4(2.40)
เรียนรู้จากสถาบันการศึกษา	31(42.47)	52(31.14)
อื่นๆ	16	31
เพื่อนร่วมงาน	7(43.75)	6(19.35)
หัวหน้างาน	8(50.00)	10(32.26)
บุคคลในครอบครัว	0	9(29.04)
รุ่นพี่	1(6.25)	6(19.35)

2. ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ

ช่างเชื่อมโลหะกลุ่มแรงงานในระบบ พบว่า ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ร้อยละ 57.33 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ 1-10 ปี ร้อยละ 57.14 ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ร้อยละ 87.67 ระยะเวลาที่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่

มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ 1-10 ปี ร้อยละ 82.81

ช่างเชื่อมโลหะกลุ่มแรงงานนอกระบบ พบว่า ส่วนใหญ่สูบบุหรี่ ร้อยละ 61.68 ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่ 1-10 ปี ร้อยละ 78.64 ดื่มสุรา/

เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ร้อยละ 75.45 ระยะเวลาที่ดื่มสุรา/เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ 1-10 ปี ร้อยละ 78.64

3. ข้อมูลปัญหาสุขภาพช่างเชื่อมโลหะ

3.1 อาการเกี่ยวกับระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อ

จากการสอบถามช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบ พบว่า อาการปวดที่มีความถี่เป็นประจำ (>5 ครั้ง/สัปดาห์) ได้แก่ ปวดเท้าขวา ร้อยละ 41.67 รองลงมาปวดข้อศอกขวา ร้อยละ

28.00 และปวดน่องขวา ร้อยละ 17.24 ตามลำดับ รวมทั้งเคยได้รับบาดเจ็บจากการยกของหนัก/ทำงานผิดท่า ร้อยละ 23.29

จากการสอบถามช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานนอกระบบ พบว่า อาการปวดที่มีความถี่เป็นประจำ (>5 ครั้ง/สัปดาห์) ได้แก่ ปวดหัวไหล่ขวา ร้อยละ 19.12 รองลงมาปวดน่องขวา ร้อยละ 12.57 และปวดน่องซ้าย ร้อยละ 11.38 ส่วนใหญ่เคยได้รับบาดเจ็บจากการยกของหนัก/ทำงานผิดท่า ร้อยละ 83.23

3.2 อาการเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ

จากการสอบถามช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบ ที่มีอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ พบว่า อาการที่มีความถี่เป็นประจำ (>5 ครั้ง/สัปดาห์) ได้แก่ คัดจมูก ร้อยละ 10.96 รองลงมาคือน้ำมูกไหล ร้อยละ 8.22 และไอเรื้อรัง แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ร้อยละ 6.85 ส่วนช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานนอกระบบ พบว่า อาการที่มีความถี่เป็นประจำ (>5 ครั้ง/สัปดาห์) ได้แก่ น้ำมูกไหล ร้อยละ 10.78 รองลงมาคือคัดจมูก ร้อยละ 10.18 และไอเรื้อรัง แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ร้อยละ 4.19

3.3 อาการเกี่ยวกับอาการทางสายตา

จากการสอบถามช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบ ที่มีอาการอาการทางสายตา พบว่า อาการที่มีความถี่เป็นประจำ (>5 ครั้ง/สัปดาห์) ได้แก่ ตาแดง ร้อยละ 12.33 รองลงมาคือคันบริเวณดวงตา ตาบวมแดง ร้อยละ 10.96 และตามองไม่เห็นชั่วคราว ร้อยละ 8.22 นอกจากนี้ส่วนใหญ่เคยได้รับการบาดเจ็บจากการโดนสารเคมี กระเด็นเข้าตา ร้อยละ 36.99 และเคยได้รับการบาดเจ็บจากการโดนสะเก็ด ของแข็งกระเด็นเข้าตา ร้อยละ 9.59 จนทำให้เกิดการฉีกขาดของหนังตา ร้อยละ 13.89

จากการสอบถามช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานนอกระบบ ที่มีอาการอาการทางสายตา พบว่า อาการที่มีความถี่เป็นประจำ (>5 ครั้ง/สัปดาห์)

ได้แก่ ตาแดง ร้อยละ 2.99 รองลงมาตามองไม่เห็นชั่วคราว ร้อยละ 2.40 และลืมตาไม่ได้ ตาบวมแดง ร้อยละ 0.60 นอกจากนี้ส่วนใหญ่เคยได้รับการบาดเจ็บจากการโดนสารเคมีกระเด็นเข้าตา ร้อยละ 19.76 เคยได้รับการบาดเจ็บจากการโดนสะเก็ดของแข็ง กระเด็นเข้าตา ร้อยละ 76.05 จนทำให้เกิดการฉีกขาดของหนังตา ร้อยละ 1.20

4. ความชุกอาการปวดระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อในกลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบ

ความชุกอาการปวดระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบ ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า มีอาการปวดเป็นบางครั้ง (3-5 ครั้ง/สัปดาห์) ได้แก่ ปวดกล้ามเนื้อคอ ร้อยละ 30.14 รองลงมาคือปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 26.03 และปวดหลังส่วนบน ร้อยละ 23.29 อาการปวดเป็นประจำ (>5 ครั้ง/สัปดาห์) ได้แก่ ปวดเท้าซ้าย ปวดเท้าขวา ร้อยละ 13.70 รองลงมาปวดหลังส่วนล่าง ปวดแขนส่วนบน ปวดข้อศอกขวา ร้อยละ 9.59 และปวดน่องขวา ร้อยละ 6.85

ความชุกอาการปวดระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานนอกระบบ ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีอาการปวดเป็นบางครั้ง (3-5 ครั้ง/สัปดาห์) ได้แก่ หลังส่วนบน ร้อยละ 29.34 รองลงมาปวดกล้ามเนื้อคอ ร้อยละ 28.74 และปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ 25.75 อาการปวดเป็นประจำ (>5 ครั้ง/สัปดาห์) ได้แก่ ปวดเท้าขวา ร้อยละ 16.17 รองลงมาปวดปวดน่องขวา ร้อยละ 12.57 และปวดน่องซ้าย ร้อยละ 11.38

5. สภาพแวดล้อมในการทำงาน

จากการสำรวจข้อมูลสภาพแวดล้อมในการทำงานของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบ พบว่ากลุ่มตัวอย่างรับจ้างงานเชื่อมโลหะในโรงงานอุตสาหกรรมการผลิตน้ำตาลที่มีกระบวนการทำงานเกี่ยวกับการเชื่อมโลหะ และได้ทำการศึกษาทั้งหมด 4 แผนก ได้แก่ แผนกหม้อต้มดิบ แผนก

หม้อปั้นดิบ แพนกลูกหีบ และแผนกซ่อมบำรุงรักษาเครื่องกล ซึ่งทำการคิดร้อยละจากสถานที่ที่ทำการศึกษโดยพบว่า เครื่องมือ/อุปกรณ์ของการเชื่อมทั้งหมดอยู่ในสภาพดี โดยเครื่องมือ/อุปกรณ์ที่อยู่บริเวณสถานที่ปฏิบัติงานมีการเก็บไม่เป็นสัดส่วน ร้อยละ 50.00 ได้แก่ เครื่องมือ/อุปกรณ์ ขวางทางเดิน และปลั๊กไฟ ไม่ถูกดึงออกหลังจากปฏิบัติงานเสร็จ อุปกรณ์ในการเชื่อมชำรุด ได้แก่ คีมจับสายดินชำรุดปลั๊กไฟชำรุด ร้อยละ 50.00 และสายเชื่อมชำรุด ร้อยละ 25.00 มี ไม่มีเครื่องมือในการปฏิบัติงานเชื่อมบนที่สูงและไม่มีผ้ากันไฟหรือถาดรองไฟป้องกันสะเก็ดไฟร่วงหล่นร้อยละ 75.00

จากการสำรวจข้อมูลสภาพแวดล้อมในการทำงานของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มตัวอย่างแรงงานนอกระบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่รับจ้างในโรงกลึงร้านเหล็กตัด และร้านรับจ้างทำโครงสร้างอาคารต่าง ๆ และได้ทำการศึกษทั้งหมด 20 แห่ง ซึ่งทำการคิดร้อยละจากสถานที่ที่ทำการศึกษโดยพบว่า เครื่องมือ/อุปกรณ์การเชื่อมอยู่ในสภาพดี ร้อยละ 75.00 บริเวณสถานที่ปฏิบัติงานเครื่องมือ/อุปกรณ์มีการเก็บไม่เป็นสัดส่วน ร้อยละ 50.00 ได้แก่ เครื่องมือ/อุปกรณ์ ขวางทางเดิน และปลั๊กไฟ ไม่ถูกดึงออกหลังจากปฏิบัติงานเสร็จ รวมทั้งอุปกรณ์ในการเชื่อมชำรุด ได้แก่ สายเชื่อม หัวจับลวดเชื่อม และปลั๊กไฟ ร้อยละ 15.00 10.00 และร้อยละ 5.00 ตามลำดับ ไม่มีเครื่องมือในการปฏิบัติงานเชื่อมบนที่สูงและไม่มีผ้ากันไฟหรือถาดรองไฟป้องกันสะเก็ดไฟร่วงหล่น ร้อยละ 70.00 และมีการใช้ยาสามัญประจำบ้าน หรืออุปกรณ์ปฐมพยาบาลเบื้องต้น ได้แก่ น้ำยาล้างตา ผ้าพันแผล/พลาสติกเฮอร์ยา และยาล้างแผล ร้อยละ 35.00 25.00 และ 10.00 ตามลำดับ

การอภิปรายผล

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบในช่วงระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมาพบกลุ่ม

อาการเกี่ยวกับระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อ อาการเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ และอาการทางสายตา มีอาการไม่แตกต่างกัน

ปัญหาสุขภาพของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบมีปัญหาเกี่ยวกับอาการของระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อ ส่วนใหญ่มีลักษณะท่าทางในการปฏิบัติงานโดยการยืน ก้ม และการงอศีรษะติดกันเป็นเวลานาน โดยวางชิ้นงานราบกับพื้น ทำให้เกิดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อส่วนเท้าเพราะไม่มีท่าทางในปฏิบัติงานที่เหมาะสม ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาสภาวะสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานของช่างเชื่อมโลหะด้วยไฟฟ้า อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู⁴ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างช่างเชื่อมโลหะมีปัญหาการเจ็บป่วยในกลุ่มอาการเกี่ยวกับระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อมากที่สุด และมีลักษณะท่าทางในการปฏิบัติงานโดยการยืนและเดินทำงานติดต่อกันเป็นเวลานาน

ปัญหาสุขภาพของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบที่เกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ส่วนใหญ่มีอาการคัดจมูก อาการน้ำมูกไหล และอาการหายใจไม่อิ่ม อาจเป็นเพราะลักษณะการปฏิบัติงานกับฝุ่นละออง ฝุ่นเศษเหล็ก และควันจากการเชื่อม ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาสภาวะสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานของช่างเชื่อมโลหะด้วยไฟฟ้า อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู⁴ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างช่างเชื่อมโลหะมีปัญหาการเจ็บป่วยในกลุ่มอาการเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจ ที่มีอาการระคายเคืองจมูกและลำคอมากที่สุด

ปัญหาสุขภาพของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบเกี่ยวกับปัญหาการเจ็บป่วยในกลุ่มอาการทางสายตา โดยช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบส่วนใหญ่มีอาการแสบเคืองตา น้ำตาไหล อาการ

ปวดเมื่อยตา พร่ามัว และอาการมองไม่เห็นชั่วคราว ส่วนช่างเชื่อมโลหะกลุ่มแรงงานนอกระบบ ส่วนใหญ่มีอาการตาแดง อาการตาบวมแดง และอาการมองไม่เห็นชั่วคราว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะลักษณะการปฏิบัติงานกับแสงและรังสี จากการสอบถามกลุ่มแรงงานทั้งสองระบบ พบว่าส่วนใหญ่มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล แต่ไม่ได้นำมาใช้ขณะปฏิบัติงาน ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาสภาวะสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานของช่างเชื่อมโลหะด้วยไฟฟ้า อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู⁴ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอาการขณะทำงานหรือหลังเลิกงาน มีอาการเคืองตา น้ำตาไหล มากที่สุด อาจจะเป็นเพราะลักษณะการปฏิบัติงานกับแสงและรังสี และไม่มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลใช้ในขณะปฏิบัติงาน

ศึกษาสภาพแวดล้อมในการทำงานของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบ พบว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานของช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบ ทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันของสภาพแวดล้อมในการทำงาน ซึ่งช่างเชื่อมโลหะกลุ่มแรงงานนอกระบบ ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ในบ้านเรือนของช่างเชื่อมโลหะ หรือทำการเช่าร้าน เพื่อเปิดร้านในการปฏิบัติงานเชื่อมโลหะในการทำโครงสร้างอาคาร ประตูลเหล็กดัด เพื่อนำไปติดตั้งที่บ้านลูกค้าต่อไป โอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานก็จะมากกว่าช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบ ซึ่งโดยส่วนใหญ่ลักษณะการจัดเก็บบริเวณสถานที่ปฏิบัติงานเครื่องมือ/อุปกรณ์ เป็นสัดส่วน แยกชัดเจนมากกว่าช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานนอกระบบ สภาพแวดล้อมในการทำงานของช่างเชื่อมโลหะกลุ่มแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่เป็นการปฏิบัติงานติดตั้งหลังคาบ้านเรือน เป็นลักษณะการปฏิบัติงานบนที่สูง ต้องมีการปีนป่ายขณะปฏิบัติงาน มีโอกาสในการเกิดอุบัติเหตุตกจากที่สูง ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาสภาวะสุขภาพและ

สภาพแวดล้อมในการทำงานของช่างเชื่อมโลหะด้วยไฟฟ้า อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู⁴ ที่พบว่าสภาพแวดล้อมในการทำงานของช่างเชื่อมโลหะ มีสภาพแวดล้อมในการทำงานที่มีการปฏิบัติงานเชื่อมอยู่ภายในสถานที่ทำงาน โดยส่วนใหญ่ปฏิบัติงานอยู่ภายในบ้านเรือนของช่างเชื่อมโลหะ ที่รับทำโครงสร้างอาคาร โครงหลังคาตามบ้านเรือน แล้วจึงนำไปประกอบและติดตั้งที่บ้านลูกค้าต่อไป เป็นลักษณะงานแบบทำงานในที่สูง ต้องปีนป่ายขณะทำงานจึงมีโอกาสดังกล่าวเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน และการพลัดตกจากที่สูง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยไปใช้ประโยชน์

ช่างเชื่อมโลหะกลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบมีปัญหาเกี่ยวกับระบบโครงกระดูกและกล้ามเนื้อโดยเฉพาะกล้ามเนื้อเท้า ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานประกันสังคม สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด ตลอดจนสถานบริการสาธารณสุขในเขตพื้นที่ ควรให้คำแนะนำในเรื่องอาการบาดเจ็บจากการทำงาน การจัดกิจกรรมให้ความรู้ และการจัดอบรมเรื่องการยศาสตร์ในการทำงาน เพื่อลดปัญหาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในกลุ่มช่างเชื่อมโลหะ อีกทั้งยังควรส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำงานที่อาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวของช่างเชื่อมโลหะทั้งสองกลุ่ม

ช่างเชื่อมโลหะกลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบมีปัญหาเกี่ยวกับอาการทางระบบทางเดินหายใจ มีอาการคัดจมูกเป็นประจำมากที่สุด รองลงมาน้ำมูกไหล และไอเรื้อรัง แน่นหน้าอก หายใจลำบาก เนื่องจากกลุ่มแรงงานทั้งสองระบบไม่มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลชนิดหน้ากากกรองควันเชื่อมหรือหน้ากากกรองอนุภาค ดังนั้นควรมีการจัดหาอุปกรณ์ชนิดหน้ากากกรองควันเชื่อมหรือหน้ากากกรองอนุภาค ให้เหมาะสมมีความเหมาะสมในการปฏิบัติงาน รวมทั้งการดูแลสุขภาพ และมีการตรวจสุขภาพ

ประจำปีตามความเสี่ยง มีการตรวจสอบสมรรถภาพปอด ในกลุ่มช่างเชื่อมโลหะทั้งสองกลุ่ม

ช่างเชื่อมโลหะกลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบมีปัญหาเกี่ยวกับอาการทางสายตา มีอาการตาแดงเป็นประจำมากที่สุด รองลงมาตามองไม่เห็นชั่วคราว และลืมตาไม่ได้ ตาบวมแดง อุบัติเหตุจากการทำงาน ส่วนใหญ่เคยได้รับการบาดเจ็บจากการโดนสะเก็ด ของแข็ง ความร้อน กระเด็นเข้าตา ดังนั้น ควรมีการอบรมให้ความรู้ และสร้างความตระหนักในการปฏิบัติงานอย่างปลอดภัย มีการส่งเสริมหรือสนับสนุนให้มีอุปกรณ์ป้องกันอันตรายทางสายตา และมีการจัดตรวจสุขภาพประจำปีตามความเสี่ยง มีการตรวจสมรรถภาพการมองเห็น ในกลุ่มช่างเชื่อมโลหะทั้งสองกลุ่ม

ช่างเชื่อมโลหะในกลุ่มแรงงานในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบควรจัดสภาพแวดล้อมในการทำงานให้เหมาะสม มีการจัดวางอุปกรณ์สำหรับการปฏิบัติงานโดยการหยิบจับได้สะดวกต่อการนำมาใช้งาน และควรมีการให้คำแนะนำในเรื่องอาการบาดเจ็บจากการทำงาน การจัดกิจกรรมให้ความรู้ และการจัดอบรมเรื่องการยศาสตร์ในการทำงาน เพื่อลดปัญหาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อในกลุ่มช่างเชื่อมโลหะ อีกทั้งยังควรส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการทำงานที่อาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาวของช่างเชื่อมโลหะทั้งสองกลุ่ม และการปฏิบัติงานบนที่สูงควรมีการใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการปฏิบัติงานในกลุ่มช่างเชื่อมโลหะกลุ่มแรงงานนอกระบบ เพราะการไม่ใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลในการปฏิบัติงานบนที่สูงจะทำให้เกิดความเสี่ยงการบาดเจ็บได้ ถ้าใช้อุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลก็จะช่วยลดปัญหาสุขภาพได้ในระดับหนึ่ง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาในเรื่องของการใช้อุปกรณ์ช่วยในการปฏิบัติงาน เช่น โตะ แก้ว ที่เหมาะสมในการปฏิบัติงาน
2. ศึกษาในเรื่องการยศาสตร์ในการทำงาน และการเฝ้าระวังโรคจากการประกอบอาชีพในกลุ่มช่างเชื่อมโลหะกลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบ
3. ศึกษาสภาวะการเกิดโรค เช่น การตรวจสมรรถภาพปอด สมรรถภาพการได้ยิน สมรรถภาพการมองเห็น เปรียบเทียบกับอายุการทำงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.กาญจนา นาละพินธุ์ ที่ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการแก้ปัญหา และขอขอบพระคุณช่างเชื่อมโลหะกลุ่มแรงงานในระบบและนอกระบบ ในเขตอำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศักดิ์ชัย จันทศรี, กิตติพงษ์ กิมะพงศ์ และสุรัตน์ ตรีวนพวงศ์. การเชื่อมแก๊สเฉื่อยปกคลุมรอยต่อเหล็กกล้าคาร์บอนและเหล็กกล้าไร้สนิม ในงานโครงสร้างอุตสาหกรรมการผลิตน้ำตาล [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิศวกรรมศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาวิศวกรรมอุตสาหกรรม]. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี; 2556.
2. สำนักงานแรงงานจังหวัดขอนแก่น. รายงานสถานการณ์และดัชนีวัดภาวะด้านแรงงานจังหวัดขอนแก่น. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2564 มีนาคม 26]. เข้าถึงได้จาก https://khonkaen.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/59/2018/02/khonkaen_pii_2560__1.pdf
3. ฉัตร สุขสีทอง. พฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุทางตาจากประกอบอาชีพของช่างเชื่อมโลหะ จังหวัดประทุมธานี

- วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลสาธารณสุข]. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
4. พรรณี นันทะแสง และกาญจนา นาคะพินธุ์. ปัญหาสุขภาพและสภาพแวดล้อมในการทำงานของช่างเชื่อมโลหะด้วยไฟฟ้า อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555;5(3):21-30.
 5. เพ็ญฟ้า รัตนาคณหุตานนท์, อุไรวรรณ อินทร์ม่วง และยรรยงค์ อินทร์ม่วง. สิ่งคุกคามสุขภาพของช่างเชื่อมโลหะและการจัดการความเสี่ยงต่อสุขภาพของสถานประกอบกิจการเชื่อมประสานโลหะ ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขมหาบัณฑิต สาขาวิชาอนามัยสิ่งแวดล้อม]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
 6. สำนักงานแรงงานจังหวัดขอนแก่น. ภาพการณ์ทำงานของประชากร จังหวัดขอนแก่น. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2564 มีนาคม 26]. เข้าถึงได้จาก https://khonkaen.mol.go.th/labor_statistics
 7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สำมะโนอุตสาหกรรม จังหวัดขอนแก่น พ.ศ.2560. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2564 มีนาคม 26]. เข้าถึงได้จาก <http://khonkaen.nso.go.th/images/document/paper/so260.pdf>
 8. โรงงานน้ำตาลมิตรภูหลวง. เอกสารประกอบการปฏิบัติตามมาตรการด้านสิ่งแวดล้อม. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 2564 มีนาคม 26]. เข้าถึงได้จาก <http://eia.onep.go.th/images/monitor/1580459219.pdf>
 9. อรุณ จีรวรรณกุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์; 2556.

สถานการณ์ความปลอดภัยในอาหาร ณ สถานที่จำหน่ายอาหารในจังหวัดกาญจนบุรี: การศึกษาเชิงพรรณนาแบบเก็บข้อมูลย้อนหลังระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2563

ศุภกัญญา ทองเดชาสามารถ¹, อองอาจ มณีใหม่²

(วันที่รับบทความ: 2 ธันวาคม 2564; วันที่แก้ไข: 13 มิถุนายน 2565; วันที่ตอบรับ: 14 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความปลอดภัยในอาหาร ณ สถานที่จำหน่ายอาหารในจังหวัดกาญจนบุรีระหว่างปี พ.ศ. 2560–2563 การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลย้อนหลังใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์สารปนเปื้อนในอาหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ปี พ.ศ. 2560–2563 วิเคราะห์ความชุกของการพบสารปนเปื้อน 5 ชนิด ได้แก่ ยาฆ่าแมลง บอแรกซ์ ฟอร์มาลิน สารฟอกขาว และสารกันรา จำแนกตามพื้นที่เก็บตัวอย่าง แหล่งจำหน่าย และกลุ่มอาหาร ผลการศึกษาจากการพบว่า ตัวอย่างอาหารทั้งหมด 4,482 ตัวอย่าง พบสารปนเปื้อนร้อยละ 4.46 สารปนเปื้อนที่พบมากที่สุด คือ ฟอร์มาลิน (ร้อยละ 9.20) รองลงมา คือ ยาฆ่าแมลง (ร้อยละ 5.75) สารกันรา (ร้อยละ 3.09) และบอแรกซ์ (ร้อยละ 1.19) ตามลำดับ พบการปนเปื้อนฟอร์มาลิน ยาฆ่าแมลง สารกันรา และบอแรกซ์มากที่สุดในปลาหมึกกรอบ (ร้อยละ 69.23) กุยช่าย (ร้อยละ 60.00) มะม่วงดอง (ร้อยละ 50.00) หมูแดง (ร้อยละ 5.26) ตามลำดับ ตัวอย่างอาหารที่เก็บจากตลาดนัดและพื้นที่อำเภอเมืองกาญจนบุรีพบการปนเปื้อนมากที่สุด (ร้อยละ 4.83 และ 6.79 ตามลำดับ) กล่าวโดยสรุปพบว่า แนวโน้มของความปลอดภัยในอาหาร ณ แหล่งจำหน่ายอาหารลดลงเนื่องจากมีการปนเปื้อนในอาหารเพิ่มขึ้น โดยสารที่พบการปนเปื้อนมากที่สุดคือฟอร์มาลิน โดยเฉพาะในกลุ่มอาหารทะเล หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องตระหนักและพัฒนา นโยบายหรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยด้านอาหารต่อไป

คำสำคัญ: อาหารปลอดภัย, การปนเปื้อนในอาหาร, จังหวัดกาญจนบุรี

¹ เภสัชกร, กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี,

E-mail: nk838111@hotmail.com

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ กลุ่มวิชาเภสัชศาสตร์สังคมและบริหารเภสัชกิจ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา,

E-mail: ongart.ma@up.ac.th

Corresponding author: อองอาจ มณีใหม่, E-mail: ongart.ma@up.ac.th

Situation of Food Safety at the Place of Sale in Kanchanaburi Province: A Retrospective Descriptive Study in 2017 – 2020

Suphakanya Tongdechamart¹, Ong-art Maneemai²

(Receive: 2nd December 2021; Revised: 13rd June 2022; Accepted: 14th June 2022)

Abstract

This study aimed to investigate the situation of food safety at the place of sale in Kanchanaburi province between 2017 to 2020. This research was a retrospective descriptive study. Data was collected from the food contaminations reports at the Kanchanaburi Provincial Public Health Office in 2017 – 2020. The prevalence of food contaminations from five contaminants (such as pesticide, borax, formalin, sodium hydrosulfite, and salicylic acid) was analyzed and classified by food collecting areas, food distribution sites, and food-type groups. Total of 4,482 samples were reported to the database and 200 samples (4.46%) were detected contaminations. The highest prevalence of contaminant was formalin (9.20%), followed by pesticides (5.75%), salicylic acid (3.09%), and borax (1.19%), respectively. The highest prevalence of formalin, pesticide, salicylic acid, and borax contamination was found in crispy squid (69.23%), chives (60.00%), pickled mango (50.00%), and bouncy pork (5.26%), respectively. Samples from flea markets and Mueang Kanchanaburi district had the highest prevalence of food contaminations (4.83% and 6.79%, respectively). In conclusion, trends of food contaminations were higher from 2017 to 2020. The most contaminant was formalin, especially in seafood. Responsible organizations should be concerned and develop policies and activities to promote the food safety.

Keywords: Food safety, Food contaminations, Kanchanaburi

¹ Pharmacist, Health Consumer Protection and Pharmacy Department, Kanchanaburi Provincial Public Health Office, E-mail: nk838111@hotmail.com

² Assistant Professor, Division of Social and Administrative Pharmacy, School of Pharmaceutical Sciences, University of Phayao, : E-mail: ongart.ma@up.ac.th

Corresponding Author: Ong-art Maneemai, E-mail: ongart.ma@up.ac.th

บทนำ

อาหารเป็นสิ่งที่จำเป็นต่อความต้องการพื้นฐานทางร่างกายที่จะนำไปสู่พัฒนาการด้านต่าง ๆ ของชีวิต อาหารจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อสุขภาพ อาหารที่ปลอดภัยต่อการบริโภคนั้นจะต้องมีคุณภาพ สะอาดและปราศจากสิ่งปนเปื้อน การบริโภคอาหารที่มีสารปนเปื้อนส่งผลกระทบต่อร่างกายของผู้บริโภค ตั้งแต่การทำให้เกิดการเจ็บป่วย หรือรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงความสำคัญด้านอาหาร จึงกำหนดนโยบายด้านอาหารปลอดภัย (Food safety) ในแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 – 2564 โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ประชาชนได้รับประทานอาหารที่มีความปลอดภัย เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด และประชาชนมีความรู้และมีพฤติกรรมบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพที่ถูกต้อง¹

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินงานด้านอาหารปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงตรวจพบการปนเปื้อนของอาหารในประเทศไทยได้โดยทั่วไป เช่น การปนเปื้อนยาฆ่าแมลงในผักสดในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม (ร้อยละ 16.0)² และจังหวัดราชบุรี (ร้อยละ 33.3)³ การปนเปื้อนฟอร์มาลินในอาหารทะเลในตลาดสดอำเภออุทอง จังหวัดสุพรรณบุรี (ร้อยละ 10.4)⁴ และจังหวัดทางภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ อุดรธานี นครราชสีมา และศรีสะเกษ⁵ สถานการณ์การปนเปื้อนของอาหารในพื้นที่ 8 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 5 ได้แก่ จังหวัดกาญจนบุรี สุพรรณบุรี นครปฐม ราชบุรี เพชรบุรี สมุทรสาคร สมุทรสงคราม และประจวบคีรีขันธ์ ที่สุ่มตรวจโดยหน่วยเคลื่อนที่ เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร ศูนย์ที่ 5 เพชรบุรี พบว่าในปี พ.ศ. 2561, 2562 และ 2563 มีการปนเปื้อนสารต้องห้ามในอาหาร ร้อยละ 4.7, 5.9 และ 3.6 ตามลำดับ⁶

จังหวัดกาญจนบุรีเป็นจังหวัดที่ได้รับการนิยมนักท่องเที่ยวที่มีแนวโน้มของ

นักท่องเที่ยวเพิ่มขึ้น ประกอบกับเป็นจังหวัดชายแดนที่มีการนำเข้าอาหารจากประเทศเพื่อนบ้าน ดังนั้นความปลอดภัยด้านอาหารจึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญ เพื่อให้ประชาชนในพื้นที่และนักท่องเที่ยวมีความปลอดภัยจากการบริโภคอาหาร และลดความเสี่ยงจากภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคที่มาจากอาหาร การทบทวนวรรณกรรมพบว่าการศึกษเกี่ยวกับการปนเปื้อนของอาหารในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรียังมีจำนวนไม่มาก และไม่มีการศึกษาที่ดำเนินการวิจัยครอบคลุมทุกอำเภอในจังหวัดกาญจนบุรี ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษานี้ขึ้นมา เพื่อศึกษาสถานการณ์ความปลอดภัยในอาหาร ณ สถานที่จำหน่ายอาหารในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการกำหนดนโยบาย และวางแผนการดำเนินงานเฝ้าระวังสารปนเปื้อนในอาหารของจังหวัดกาญจนบุรีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์ความปลอดภัยในอาหาร ณ สถานที่จำหน่ายอาหารในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี ระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2563

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา เก็บข้อมูลย้อนหลัง (Retrospective descriptive study) โดยรวบรวมข้อมูลทุติยภูมิจากแบบรายงานผลการตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษานี้คือ แบบรายงานผลการตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้คือ แบบรายงานผลการตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีที่ถูกบันทึกในระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2560 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2563

แบบรายงานผลการตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารถูกบันทึกและรายงานโดยเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารศูนย์ที่ 5 เพชรบุรี ภายหลังจากที่เจ้าหน้าที่เก็บตัวอย่างอาหารจากแหล่งจำหน่ายในจังหวัดกาญจนบุรี ได้แก่ ตลาดสด ตลาดนัด ร้านค้า และห้างสรรพสินค้า จากนั้นทำการทดสอบหาสารปนเปื้อนในอาหาร 5 ชนิด ได้แก่ ยาฆ่าแมลง บอแรกซ์ ฟอรัมาลิน สารฟอกขาว (โซเดียมไฮโดรซัลไฟต์) และสารกันรา (ซาลิซิลิก) โดยใช้ชุดทดสอบอาหารเบื้องต้น (Food Test kit) ของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ผลการทดสอบการปนเปื้อนในตัวอย่างอาหารที่ทดสอบจะรายงานผลเป็น “พบ” หรือ “ไม่พบ”

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้ คือ แบบเก็บข้อมูล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยเก็บข้อมูลในหัวข้อต่าง ๆ ได้แก่ วันเดือนปีที่รายงาน พื้นที่เก็บตัวอย่างอาหาร สถานที่จำหน่ายอาหาร ชนิดของตัวอย่างอาหาร และผลการตรวจหาสารปนเปื้อน

พื้นที่เก็บตัวอย่างอาหาร หมายถึง อำเภอที่ตั้งของสถานที่จำหน่ายอาหารซึ่งถูกบันทึกในแบบรายงานผลการตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารประกอบด้วย 11 อำเภอของจังหวัดกาญจนบุรี โดยสถานที่จำหน่ายอาหาร แบ่งเป็น 5 สถานที่คือ ตลาดสด ตลาดนัด ร้านค้า และห้างสรรพสินค้า

ชนิดของตัวอย่างอาหาร เป็นการบันทึกชนิดหรือประเภทของอาหารที่ถูกนำมาทดสอบ เช่น ถั่วงอก ผักคะน้า เนื้อหมู กุ้ง ลูกชิ้น ไส้กรอก เป็นต้น จากนั้นจัดกลุ่มโดยแบ่งเป็น 7 กลุ่ม ดังนี้ (1) ผักสด หมายถึง ผักที่ไม่ผ่านการแปรรูป เช่น ดอกกะหล่ำ ต้นคะน้า (2) ผลไม้สด หมายถึง ผลไม้ที่ไม่ผ่านการแปรรูป เช่น องุ่น (3) เนื้อสัตว์ หมายถึง ชิ้นส่วนของร่างกายสัตว์ รวมถึงอวัยวะต่างๆ ที่ไม่ผ่านการแปรรูป เช่น เนื้อหมูสด (4) อาหารทะเล หมายถึง อาหารที่มาจากทะเลอาจ

เป็นพืช หรือสัตว์ เช่น ปลาหมึกสด (5) ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ หมายถึง เนื้อสัตว์ที่ผ่านการแปรรูป เช่น ลูกชิ้น (6) อาหารหมักดอง หมายถึง อาหารที่ผ่านกระบวนการหมักดอง เช่น ผักกาดดอง และ (7) อื่นๆ หมายถึง อาหารที่นอกเหนือจากข้อ (1) – (6) เช่น เส้นก๋วยเตี๋ยว พริกแห้ง พริกแกง เป็นต้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัย ผู้วิจัยประสานงานและทำหนังสือเพื่อขออนุญาตดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ผู้วิจัยชื่อแรกเป็นผู้เก็บข้อมูลจากแบบรายงานผลการตรวจสอบสารปนเปื้อนในอาหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี ลงในแบบเก็บข้อมูล ตามหัวข้อการเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยชื่อที่สองจะตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่บันทึกอีกครั้งก่อนการวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ทางสถิติ

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และนำเสนอผลการศึกษาด้วยค่าความถี่และร้อยละ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยเรื่องนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี เอกสารรับรองเลขที่ EC.NO. 6/2564

ผลการวิจัย

สถานการณ์โดยรวมของการปนเปื้อนในอาหาร

ผลการเก็บรวบรวมข้อมูลในปี พ.ศ. 2560 ถึง 2563 มีการเก็บตัวอย่างอาหารเพื่อตรวจวิเคราะห์หาสารปนเปื้อน 5 ชนิด คือ ยาฆ่าแมลง บอแรกซ์ ฟอรัมาลิน สารฟอกขาว และสารกันรา จำนวนรวมทั้งสิ้น 4,482 ตัวอย่าง พบสารปนเปื้อนในอาหารจำนวน 200 ตัวอย่าง คิดเป็นร้อยละ 4.46 โดยปี พ.ศ. 2561 พบการปนเปื้อนในอาหารมากที่สุด พบการปนเปื้อนในอาหารร้อยละ 5.19

รองลงมาคือปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 4.49 ปี พ.ศ. 2562 ร้อยละ 4.37 และ ปี พ.ศ. 2560 ร้อยละ

ตารางที่ 1 จำนวนตัวอย่างอาหารทั้งหมดที่สุ่มตรวจหาสารปนเปื้อน

	ปีที่ส่งตรวจ				รวม
	2560	2561	2562	2563	
ตัวอย่างที่ส่งตรวจ; จำนวน	784	905	1,144	1,649	4,482
ตัวอย่างที่พบการปนเปื้อน; จำนวน (ร้อยละ)	29 (3.70%)	47 (5.19%)	50 (4.37%)	74 (4.49%)	200 (4.46%)

ความชุกของการปนเปื้อนจำแนกตามชนิดสารปนเปื้อน

ผลการวิเคราะห์ความชุกของตัวอย่างอาหารที่ตรวจพบสารปนเปื้อน จำแนกตามชนิดสารปนเปื้อน พบว่า สารปนเปื้อนที่มีสัดส่วนการถูกตรวจพบมากที่สุด คือ ฟอรัมาลิน จำนวน 70

ตัวอย่าง (ร้อยละ 9.20) รองลงมาได้แก่ ยาฆ่าแมลง จำนวน 104 ตัวอย่าง (ร้อยละ 5.75) สารกันรา จำนวน 16 ตัวอย่าง (ร้อยละ 3.09) และบอแรกซ์ จำนวน 10 ตัวอย่าง (ร้อยละ 1.19) ตามลำดับ ขณะที่สารฟอกขาวไม่พบการปนเปื้อนในตัวอย่างอาหารที่นำมาทดสอบ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความชุกของตัวอย่างอาหารที่ตรวจพบสารปนเปื้อน จำแนกตามชนิดสารปนเปื้อน

ชนิดสารปนเปื้อน	จำนวนตัวอย่าง	
	ตัวอย่างที่ตรวจ	พบสารปนเปื้อน (ร้อยละ)
ฟอรัมาลิน	761	70 (9.20)
ยาฆ่าแมลง	1,810	104 (5.75)
สารกันรา	517	16 (3.09)
บอแรกซ์	843	10 (1.19)
สารฟอกขาว	701	0 (0.00)

ผลการวิเคราะห์ชนิดของอาหารที่ตรวจพบสารปนเปื้อน (ตารางที่ 3) พบว่า สามารถตรวจพบฟอรัมาลินในอาหาร 4 ชนิด ได้แก่ ปลาหมึกกรอบ (ร้อยละ 69.23) ปลาหมึกสด (ร้อยละ 6.84) สไล่นาง (ร้อยละ 4.55) และเล็บมือนาง (ร้อยละ 1.81) ตามลำดับ การปนเปื้อนยาฆ่าแมลงสามารถตรวจพบได้ในอาหาร 22 ชนิด โดยตรวจพบสัดส่วนสูงที่สุดในกุยช่าย (ร้อยละ 60.00) รองลงมาคือ กะหล่ำดอก (ร้อยละ 28.57) พริกแห้ง (ร้อยละ 23.53) บล๊อคโคลี่ (ร้อยละ 22.22) และกะหล่ำปลี (ร้อยละ 18.75) ตามลำดับ สารกันรา

ตรวจพบในอาหาร 7 ชนิด โดยพบสัดส่วนสูงที่สุดในมะม่วงทอง (ร้อยละ 50.00) มะปรางทอง (ร้อยละ 33.33) มะยมทอง (ร้อยละ 20.00) องุ่นทอง (ร้อยละ 14.29) กระเทียมทอง (ร้อยละ 8.33) ผักกาดทองเปรี้ยว (ร้อยละ 3.94) และหอยทอง (ร้อยละ 3.45) ตามลำดับ และบอแรกซ์ตรวจพบในอาหาร 5 ชนิด ได้แก่ หมูแดง (ร้อยละ 5.26) ไก่บด (ร้อยละ 4.35) ลูกชิ้นเนื้อ (ร้อยละ 3.57) หมูบด (ร้อยละ 1.66) และ ลูกชิ้นหมู (ร้อยละ 1.37) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความชุกของชนิดอาหารที่ตรวจพบสารปนเปื้อนสูงสุด 10 อันดับแรก

สารปนเปื้อน/ชนิดอาหาร	ตัวอย่างที่ตรวจ	จำนวนตัวอย่าง ตัวอย่างที่พบสารปนเปื้อน (ร้อยละ)
1. พอร์มาลิน		
ปลาหมึกกรอบ	78	54 (69.23)
ปลาหมึกสด	190	13 (6.84)
สไปนาง	44	2 (4.55)
เล็บมือนาง	55	1 (1.81)
2. ยาฆ่าแมลง		
กุยช่าย	10	6 (60.00)
กะหล่ำดอก	21	6 (28.57)
พริกแห้ง	17	4 (23.53)
บล็อกโคลี่	27	6 (22.22)
กะหล่ำปลี	96	18 (18.75)
ปลาเค็ม	6	1 (16.67)
โหระพา	29	5 (17.24)
องุ่น	37	5 (13.51)
มะนาว	15	2 (13.33)
หอมหัวใหญ่	16	2 (12.50)
3. สารกันรา		
มะม่วงดอง	12	6 (50.00)
มะปรางดอง	3	1 (33.33)
มะยมดอง	5	1 (20.00)
องุ่นดอง	7	1 (14.29)
กระเทียมดอง	12	1 (8.33)
ผักกาดดองเปรี้ยว	127	5 (3.94)
หอยดอง	29	1 (3.45)
4. บอแรกซ์		
หมูเค็ม	19	1 (5.26)
ไก่บด	23	1 (4.35)
ลูกชิ้นเนื้อ	28	1 (3.57)
หมูบด	301	5 (1.66)
ลูกชิ้นหมู	146	2 (1.37)

ความชุกของการปนเปื้อนจำแนกตามพื้นที่
การสุ่มเก็บตัวอย่างอาหารเพื่อตรวจหาสาร
ปนเปื้อนดำเนินงานครอบคลุมทั้ง 13 อำเภอของ

จังหวัดกาญจนบุรี โดยพบว่าอำเภอเมือง
กาญจนบุรีตรวจพบสารปนเปื้อนในสัดส่วนมาก
ที่สุด จำนวน 70 ตัวอย่าง (ร้อยละ 6.79) รองลงมา

คือ อำเภอห้วยกระเจา จำนวน 9 ตัวอย่าง (ร้อยละ 4.92) อำเภอท่ามะกา จำนวน 30 ตัวอย่าง (ร้อยละ 4.80) ตามลำดับ ส่วนอำเภอที่ตรวจพบ

สารปนเปื้อนน้อยที่สุดคือ อำเภอศรีสวัสดิ์ จำนวน 3 ตัวอย่าง (ร้อยละ 2.22) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความชุกของตัวอย่างอาหารที่ตรวจพบสารปนเปื้อน จำแนกตามพื้นที่

อำเภอที่เก็บตัวอย่าง	ตัวอย่างที่ตรวจ	จำนวนตัวอย่าง ตัวอย่างที่พบสารปนเปื้อน (ร้อยละ)
เมืองกาญจนบุรี	1,031	70 (6.79)
ท่าม่วง	821	30 (3.65)
ท่ามะกา	625	30 (4.80)
พนมทวน	284	11 (3.87)
ห้วยกระเจา	183	9 (4.92)
ด่านมะขามเตี้ย	269	9 (3.35)
สังขละบุรี	169	8 (4.73)
หนองปรือ	189	7 (3.70)
ไทรโยค	198	6 (3.03)
บ่อพลอย	201	6 (2.99)
ทองผาภูมิ	259	6 (2.32)
เลาขวัญ	118	5 (4.24)
ศรีสวัสดิ์	135	3 (2.22)
รวม	4,482	200 (4.46)

ความชุกของการปนเปื้อนจำแนกตามแหล่งจำหน่ายอาหาร

แหล่งจำหน่ายอาหารที่ตรวจพบสารปนเปื้อนในสัดส่วนสูงที่สุด คือ ตลาดนัด จำนวน 94 ตัวอย่าง (ร้อยละ 4.83) รองลงมาคือ ร้านค้า

จำนวน 22 ตัวอย่าง (ร้อยละ 4.67) ตลาดสด จำนวน 79 ตัวอย่าง (ร้อยละ 4.40) และ ห้างสรรพสินค้า จำนวน 5 ตัวอย่าง (ร้อยละ 1.89) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความชุกของตัวอย่างอาหารที่ตรวจพบสารปนเปื้อน จำแนกตามแหล่งจำหน่ายอาหาร

แหล่งจำหน่าย	ตัวอย่างที่ตรวจ	จำนวนตัวอย่าง ตัวอย่างที่พบสารปนเปื้อน (ร้อยละ)
ตลาดนัด	1,946	94 (4.83)
ตลาดสด	1,796	79 (4.40)
ร้านค้า	471	22 (4.67)
ห้างสรรพสินค้า	269	5 (1.89)
รวม	4,482	200 (4.46)

ความชุกของการปนเปื้อนจำแนกตามกลุ่มอาหาร

การศึกษานี้ได้จัดประเภทอาหารที่เก็บตัวอย่างออกเป็น 7 กลุ่ม โดยกลุ่มอาหารที่ตรวจ

พบสารปนเปื้อนในสัดส่วนสูงที่สุด คือ อาหารทะเล ตรวจพบสารปนเปื้อน จำนวน 67 ตัวอย่าง (ร้อยละ 13.99) รองลงมาคือ ผลไม้สด จำนวน 14 ตัวอย่าง (ร้อยละ 4.81) ผักสด จำนวน 85 ตัวอย่าง (ร้อยละ 4.38) อาหารหมักดอง จำนวน 16 ตัวอย่าง (ร้อยละ

3.66) อื่นๆ จำนวน 4 ตัวอย่าง (ร้อยละ 2.19) ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ จำนวน 5 ตัวอย่าง (ร้อยละ 1.39) และเนื้อสัตว์ จำนวน 9 ตัวอย่าง (ร้อยละ 1.14) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความชุกของตัวอย่างอาหารที่ตรวจพบสารปนเปื้อน จำแนกตามกลุ่มอาหาร

กลุ่มอาหาร	ตัวอย่างที่ตรวจ	จำนวนตัวอย่าง ตัวอย่างที่พบสารปนเปื้อน (ร้อยละ)
ผักสด	1,942	85 (4.38)
อาหารทะเล	479	67 (13.99)
อาหารหมักดอง	437	16 (3.66)
ผลไม้สด	291	14 (4.81)
เนื้อสัตว์	789	9 (1.14)
ผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์	361	5 (1.39)
อื่นๆ	183	4 (2.19)
รวม	4,482	200 (4.46)

การอภิปรายผล

การศึกษาสถานการณ์ความปลอดภัยในอาหาร ณ สถานที่จำหน่ายในพื้นที่จังหวัดกาญจนบุรี ระหว่างปี พ.ศ. 2560 – 2563 พบว่า ร้อยละของการตรวจพบสารปนเปื้อน 5 ชนิด คือ ยาฆ่าแมลง บอแรกซ์ ฟอรัมาลิน สารฟอกขาว และสารกันราในอาหารมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยสารปนเปื้อนที่ไม่ผ่านมาตรฐานในสัดส่วนสูงที่สุด คือ ฟอรัมาลิน ซึ่งสัมพันธ์กับกลุ่มอาหารที่ตรวจพบสารปนเปื้อนมากที่สุด คือ อาหารทะเล ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากจังหวัดกาญจนบุรีเป็นจังหวัดที่อยู่ห่างไกลจากทะเล ทำให้การขนส่งอาหารทะเลเพื่อมาจำหน่ายต้องใช้ระยะเวลาอันยาวนาน ผู้ประกอบการจึงอาจมีการลักลอบใช้ฟอรัมาลินเพื่อคงความสดของอาหารทะเลไว้ สอดคล้องกับงานวิจัยของอินกรไผ่เพชร⁴ ได้ทำการตรวจหาฟอรัมาลินในอำเภออุ้มทอน จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งมีพื้นที่ติดกับจังหวัดกาญจนบุรี โดยเก็บตัวอย่างอาหารทะเล 4 ชนิด คือ ปลาหมึก กุ้ง ปลาหมึกกรอบ และแมงกะพรุน

พบการปนเปื้อนของฟอรัมาลินถึงร้อยละ 10.4 เช่นเดียวกับการศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นพื้นที่ห่างไกลจากทะเล โดยการศึกษาของกนกพร ธัญมณีนลิน⁵ ที่ทำศึกษาระบาดวิทยาของการปนเปื้อนฟอรัมาลินในอาหารสดของ 4 จังหวัด คือ อุตรธานี สกลนคร นครราชสีมา และศรีสะเกษ โดยทำการสุ่มตัวอย่างอาหารจำนวน 1,436 ตัวอย่าง พบการปนเปื้อนของฟอรัมาลิน ร้อยละ 6.1

การศึกษานี้ไม่พบการปนเปื้อนของสารฟอกขาวในตัวอย่างอาหาร สอดคล้องกับผลการเฝ้าระวังสารฟอกขาวในปีงบประมาณ 2553 – 2560 ของสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁷ ที่ทำการเก็บตัวอย่างอาหารจากทั่วประเทศเพื่อตรวจหาสารฟอกขาว จำนวน 89,451 ตัวอย่าง พบสารฟอกขาวเพียงร้อยละ 0.1

ชนิดอาหารที่ตรวจพบสารปนเปื้อนมากสุดในการศึกษานี้คือ ปลาหมึกกรอบ โดยพบ

การปนเปื้อนของฟอร์มาลินมากถึงร้อยละ 69.23 ขณะที่การศึกษาของวิภาวีย์ บัวศรียอดและคณะ⁸ ที่ตรวจสอบการปนเปื้อนของฟอร์มาลินในน้ำแช่อาหารทะเล ในตลาดพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา พบฟอร์มาลินมากที่สุดในน้ำแช่ปลาหมึกกรอบ เพียงร้อยละ 5.7 ขณะที่การตรวจพบยาฆ่าแมลงมากที่สุดในการศึกษาครั้งนี้ (ร้อยละ 60.00) สอดคล้องกับการศึกษาของภานุมาส นาคเจือทอง และคณะ⁹ ที่ตรวจพบปริมาณของคาร์เบนดาซิมซึ่งเป็นสารกำจัดศัตรูพืช ในต้นหอม ขึ้นฉ่าย และกุยช่ายจากตัวอย่างอาหารที่เก็บจากตลาดไท จังหวัดปทุมธานี โดยพบปริมาณสารคาร์เบนดาซิมตกค้างในกุยช่ายสูงกว่าปริมาณสารพิษตกค้างสูงสุดที่สามารถมีได้ (Maximum Residue Limits) ถึง 2.4 – 4.4 เท่า

ผลการตรวจเฝ้าระวังสารกันราในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประจำปีงบประมาณ 2560¹⁰ พบว่ามีการปนเปื้อนของสารกันราในมะม่วงต้องถึงร้อยละ 62.5 ซึ่งถือว่าใกล้เคียงกับผลการศึกษานี้ที่พบว่ามีการปนเปื้อนของสารกันรามากถึงร้อยละ 50.00 ในมะม่วงดอกที่สุ่มเก็บตัวอย่างมา ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่าผู้ผลิตจำเป็นต้องป้องกันการเกิดเชื้อราในอาหารหมักดองมากกว่าอาหารสดอื่น ๆ จึงมีการใช้สารกันรามากขึ้น

ผลการตรวจวิเคราะห์หาสารบอแรกซ์ในการศึกษานี้พบว่า มีการปนเปื้อนสารบอแรกซ์มากที่สุด ในหมูแดง (ร้อยละ 5.26) ขณะที่รายงานการเฝ้าระวังบอแรกซ์ของสำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2553 – 2560⁷ พบการปนเปื้อนสารบอแรกซ์จากหมูแดงเพียง ร้อยละ 1.4

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า พื้นที่อำเภอเมืองกาญจนบุรีมีการตรวจพบสารปนเปื้อนในอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 6.79) และแหล่งจำหน่ายอาหารที่ตรวจพบสารปนเปื้อนมากที่สุด คือ ตลาดนัด (ร้อยละ 4.83) สอดคล้องกับผลการตรวจวิเคราะห์อาหารทางด้านเคมีในปีงบประมาณ 2563 ของ

หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารศูนย์ที่ 5 เพชรบุรี⁶ ที่พบว่าอาหารในตลาดนัดมักตรวจพบการปนเปื้อนสูงสุด (ร้อยละ 4.0) เมื่อเปรียบเทียบกับตัวอย่างอาหารที่เก็บจากตลาดสด และซูเปอร์มาร์เก็ต

ข้อจำกัดของการศึกษา

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลย้อนหลัง อาจมีข้อจำกัดในการสุ่มตัวอย่าง เช่น การกำหนดช่วงเวลาในการสุ่มตัวอย่างอาหาร จำนวนและชนิดของอาหาร หรือสถานที่จำหน่ายอาหาร ซึ่งอาจมีผลต่อความชุกของการตรวจพบสารปนเปื้อนได้ ฉะนั้นการศึกษาต่อไป ควรทำการศึกษาแบบไปข้างหน้า (prospective study) โดยกำหนดวิธีการสุ่มตัวอย่างอาหารจากแหล่งจำหน่ายอาหาร และพื้นที่ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การดำเนินงานอาหารปลอดภัยของจังหวัดกาญจนบุรี ควรให้ความสำคัญกับการปนเปื้อนของฟอร์มาลินมากขึ้น เนื่องจากตรวจพบการปนเปื้อนในสัดส่วนที่สูง โดยเฉพาะในกลุ่มอาหารทะเล แต่ในขณะเดียวกันก็ยังคงต้องเฝ้าระวังสารปนเปื้อนอื่นๆอย่างต่อเนื่อง

2. ควรมีนโยบายหรือการดำเนินงานที่มุ่งเน้นในการเฝ้าระวังและพัฒนาคุณภาพอาหารที่จำหน่ายในตลาดนัด ร้านค้า และตลาดสด อย่างสม่ำเสมอ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับอันตรายของสารปนเปื้อนในอาหารกับผู้ผลิตหรือจำหน่ายอาหาร การส่งเสริมให้มีการใช้ชุดทดสอบเบื้องต้น (Test kit) เพื่อตรวจสอบอาหารก่อนนำมาจำหน่าย เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณทุกท่านที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารศูนย์ที่ 5 เพชรบุรี กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา และ ภก.วรรณะ วีระผาสุก เภสัชกรเชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรีที่ให้คำแนะนำในการทำวิจัยนี้จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2560 – 2564) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://www.lpho.go.th/wpcontent/uploads/2020/12/20190329105418_1_.pdf
2. ธนพงศ์ ภูผาลี้, อรุณ วงศ์วัฒนาเสถียร, สมศักดิ์ อาภาศรีทองสกุล และมาลี สุป็นดี. ความชุกของการมีสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักจากตลาดและห้างสรรพสินค้าในอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2559; 8(2): 399–409.
3. ธดากรณ์ ศรีอินทร์, กรกนก ตั้งจิตมั่น, ศิริประภัสสร ระย่าย้อย, สุพัตรา จันทรศิริโพธา และมนัญญา ศรีนงนุช. การตรวจหายาฆ่าแมลงตกค้างในผักจากตลาดในจังหวัดราชบุรี. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 5 ราชภัฏหมู่บ้านจอมบึงวิจัย; 1 มีนาคม 2559; ราชบุรี: มหาวิทยาลัยราชภัฏหมู่บ้านจอมบึง; 2559. หน้า 196–202.
4. อินกร ไผเพชร. การตรวจสอบสารฟอร์มาลินในอาหารทะเลบริเวณพื้นที่ตลาดอำเภออุทุมพร จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน. 2563; 2(2): 26–36.
5. กนกพร ธัญมณีนสิน. ระบาดวิทยาของการปนเปื้อนฟอร์มาลินในอาหารสดในบางจังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีงบประมาณ 2557. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2558; 7(1): 31–37.
6. หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหารศูนย์ที่ 5 เพชรบุรี. สถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่จำหน่าย ศูนย์ที่ 5 เพชรบุรี: ผลการตรวจวิเคราะห์เบื้องต้นด้านเคมีและจุลินทรีย์ ปีงบประมาณ 2560 – 2563. เพชรบุรี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี; 2563.
7. สำนักส่งเสริมและสนับสนุนอาหารปลอดภัย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ความปลอดภัยของอาหาร ปีงบประมาณ 2553 – 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/DRAWER002/GENERAL/DATA0001/00001432.PDF.
8. วิภาวัลย์ บัวศรียอด, นุสบา นามวงศ์, สว่างพงษ์ เรืองศรี, เขมจิรา กัญญาละ, นุรธิดา สุวรรณนุรักษ์, และคณะ. การตรวจหาฟอร์มาลินในน้ำแช่อาหารทะเลในตลาดจังหวัดนครราชสีมา. ใน: การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 7; วันที่ 23 พฤษภาคม 2553; นครราชสีมา: วิทยาลัยนครราชสีมา; 2553. หน้า 1016–1023.
9. ภาณุมาศ นาคเจือทอง, สมิตรา ใจเชื้อ, ชนิดสร่างามศักดิ์ประเสริฐ, ภารดี ช่วยบำรุง. ปริมาณคาร์เบนตาซิมในผลผลิตการเกษตรและการกำจัดด้วยปฏิกิริยาโฟโตคะตะไลซิส. วารสารวิจัย มข. 2554; 16(5): 456 – 467.

10. หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร
สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา.
สถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหารและ
ผลิตภัณฑ์สุขภาพ ณ สถานที่จำหน่าย
(กรุงเทพฯ): ผลการตรวจวิเคราะห์เบื้องต้นด้าน
เคมีและจุลินทรีย์ ปีงบประมาณ 2560
[อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2 กรกฎาคม
2564]. เข้าถึงได้จาก:
https://webs.rmutl.ac.th/assets/upload/files/2018/06/20180612134553_84017.pdf.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ

เกียรติศักดิ์ คำตราช¹, วิราสิริ วสีริ²

(วันที่รับบทความ: 8 ธันวาคม 2564; วันที่แก้ไข: 13 มิถุนายน 2565; วันที่ตอบรับ: 14 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของ อสม.ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ ตัวอย่างคือ อสม.ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 175 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การตรวจสอบเครื่องมือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า การปฏิบัติงานของ อสม.ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.7 และระดับน้อย ร้อยละ 2.3 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของ อสม.ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ทักษะติดต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแรงสนับสนุนทางสังคม (p value<0.001 และ p value<0.001 ตามลำดับ)

ผลการศึกษาครั้งนี้ เสนอแนะให้หน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ควรนำผลการศึกษาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์และกลยุทธ์ การจัดหาทรัพยากร การพัฒนาศักยภาพ และการพัฒนาเครื่องมือสำหรับการปฏิบัติงานของ อสม.ให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ทั้งนี้การเสริมสร้างการทัศนคติในการปฏิบัติงานของ อสม. โดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ได้ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง (Coaching) ในระดับตำบล อำเภ เพื่อให้อสม. สามารถแสดงศักยภาพของตนเองได้อย่างเต็มที่ และแรงสนับสนุนทางสังคมทั้งในองค์กรและนอกองค์กร ด้วยจัดให้มีการสนับสนุนด้านงบประมาณ ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับชุมชนอย่างพอเพียงและได้มาตรฐาน การสร้างขวัญกำลังใจชื่นชม ยกย่องต่อการปฏิบัติงานของ อสม. อย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, ทักษะติดต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรค, แรงสนับสนุนทางสังคม, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาการบริหารงานสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, Email: Escomplex@gmail.com

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, Email: wirasiri_wasee@hotmail.com

Corresponding Author: วิราสิริ วสีริ, E-mail: wirasiri_wasee@hotmail.com

The Factors Related to the Performance of Village Health Volunteers in the Prevention and control of Coronavirus Disease 2019 at Dong Bang Sub-District in Bueng Khong Long District, Bueng Kan Province

Kiattisak Khamdeerach¹, Wirasiri Waseeweerasi²

(Receive 8th December 2021; Revised: 13rd June 2021; Accepted 14th June 2022)

Abstract

The objective of this cross-sectional analytical research was to study the performance of village health volunteers (VHV) and the factors related to the performance of VHV in the prevention and control of coronavirus disease 2019 at Dong Bang Sub-district in Bueng Khong Long District, Bueng Kan Province. The samples consisted of 175 village health volunteers of Dong Bang Sub-district in Bueng Khong Long District, Bueng Kan Province. The instrument used for data collection was questionnaires. The verification of instruments with Cronbach's Alpha coefficient. The data were then analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square test, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient statistics. The results of the study showed that the performance of VHV was found at a high level, accounting for 92.0%, followed by a moderate level, accounting for 5.7%, and finally at a low level, accounting for 2.3%, respectively. Beside this, factors that related to the performance of VHV were statistically significant including the attitudes towards the performance of VHV and social support. (p value<0.001 and p value<0.001, respectively).

The results of this study suggested that the responsible agencies in the area should adopt the results of the study as a guideline for formulating strategic plans and strategies, the provision of resources, the development of potential, and the development of tools for the operation of VHV for the maximum efficiency. In this regard, the strengthening of the VHV working attitude, especially the local health officials, has acted as coaching at the sub-district and district levels in order for the VHVs to show their potential to the fullest.

Keywords: Coronavirus Disease 2019, Attitudes towards prevention and control operations, Social support, Village health volunteers

¹Master Degree in Public Health (M.P.H.) Major Field in Public Health Administration Western University, Email: Escomplex@gmail.com

²Asst. Prof., Western University, Email: wirasiri_wasee@hotmail.com

Corresponding Author: Wirasiri Waseeweerasi, E-mail: wirasiri_wasee@hotmail.com

บทนำ

องค์การอนามัยโลก ประกาศให้การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เข้าองค์ประกอบของสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ซึ่งเห็นว่าการระบาดของไวรัสโคโรนา กลายเป็นภัยคุกคามไปทั่วโลกไม่ใช่แค่ที่จีน การประกาศภาวะฉุกเฉินในครั้งนี้จะทำให้ทั่วโลกได้ยกระดับมาตรการรักษาความปลอดภัยต่อการระบาดในครั้งนี้ให้มากขึ้น¹ และวันที่ 11 มีนาคม 2563 ประกาศให้ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 เป็นโรคระบาดใหญ่ของโลก (Pandemic) หลังจากมีการลุกลามไปทั่วโลก การประกาศภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ ข้อมูล ณ วันที่ 1 กรกฎาคม 2563² กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 จนถึงปัจจุบัน ซึ่ง อสม. เป็นบุคลากรทางสาธารณสุขที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและควบคุมป้องกันโรคให้กับประชาชนในพื้นที่ตามคำขวัญ "แก้ข่าวร้าย กระจายข่าวดี ชีวีบริการ ประสานงานสาธารณสุข บำบัดทุกข์ประชาชน บำเพ็ญตนเป็นตัวอย่างที่ดี" ทั้งนี้ อสม. เป็นบุคคลที่อาสาสมัครเข้ามาทำหน้าที่ด้วยความสมัครใจ เสียสละแรงกายแรงใจ และเวลา เพื่อประชาชนในพื้นที่ จึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในการเข้าถึงพื้นที่ เนื่องจากเป็นบุคคลที่ประชาชนในชุมชนรู้จักคุ้นเคย ส่งผลให้เกิดความเชื่อถือและไว้วางใจในเรื่องสุขภาพขั้นพื้นฐาน อสม. เปรียบเสมือนสะพานเชื่อมต่อสำคัญที่จะคอยส่งข่าวสารจากหน่วยงานสาธารณสุขลงสู่ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ³ ดังนั้น อสม. จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการเชื่อมต่อช่องว่างการเข้าถึงทางสาธารณสุขสู่ประชาชนเพื่อส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการ

ดูแลตนเองในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของโรค COVID-19 ซึ่งเป็นการปฏิบัติบทบาทหน้าที่เชิงรุกในพื้นที่ด้วยความมุ่งมั่น ตั้งใจ ภายใต้อำนาจใจเพื่อให้ประชาชนปลอดภัยจากการติดเชื้อ COVID-19⁴ โดย อสม. ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ เข้าามีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงบัง ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 176 คน⁵ จากการลงพื้นที่ในชุมชนร่วมกับ อสม.ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ ได้ให้ข้อมูลพบว่ามีกระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 เป็นวงกว้าง และมีความรุนแรงมากขึ้น อีกทั้งยังเป็นโรคที่อันตรายร้ายแรง ทำให้ อสม. มีความรู้สึกหวาดกลัว ไม่ปลอดภัย ไม่กล้าที่จะเข้าร่วมในการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019ในชุมชน อสม. มีความคิดว่าอาจจะได้รับติดเชื้อและป่วยด้วยโรคติดเชื้อโคโรนา 2019 จากการทำปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตามที่ได้รับมอบหมายจากกระทรวงสาธารณสุข และมีความเหน็ดเหนื่อยต่อการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้นด้วยสถานการณ์ที่ทวีความรุนแรงของการระบาดของโรคที่ยาวนานขึ้น ทั้งนี้ชุมชนยังให้ความร่วมมือน้อยในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และยังพบว่าการปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคของ อสม. ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันการติดเชื้อของ อสม. ในการติดตามเฝ้าระวังการกักตัวของประชาชนในชุมชนที่เดินทางเข้ามาจากพื้นที่เสี่ยงของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ส่งผลต่อการปฏิบัติงานที่มีคุณภาพและขาดความเชื่อมั่นการใช้มาตรการทางสาธารณสุขที่กำหนดขึ้น

จากปัญหาดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ โดยประยุกต์ใช้การปฏิบัติงานของ อสม. ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อนำไปหาความสัมพันธ์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของ อสม. ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะ อสม. เป็นด่านหน้าในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับชุมชนที่จะพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐานชุมชนไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่สมบูรณ์ เป็นแนวทางในการพัฒนาให้มีการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน และเพื่อนำไปเป็นแนวทางจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้มีความสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลและตรงตามความต้องการของ อสม. ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ

สมมติฐานการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่การปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ

2. ทักษะต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ

3. แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ

ขอบเขตของการวิจัย

ขอบเขตของเนื้อหา

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาครอบคลุมตามแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁶ โดยมีองค์ประกอบ 6 ด้าน ดังนี้ 1. กิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาด จัดสภาพแวดล้อม (Big cleaning week) 2. อสม. สอนประชาชนในหมู่บ้านทำหน้ากากอนามัยจากผ้า 3. อสม. เคาะประตูบ้านด้านโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 4. อสม. เคาะประตูบ้าน “ค้นให้พบจบใน 14 วัน” 5. อสม. ติดตามเยี่ยมสังเกตอาการที่บ้านจนครบ 14 วัน (Home quarantine) 6. อสม. กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) และร่วมสร้างมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) แนวคิดทัศนคติของ Schermerhorn (2000 : 76)⁷ และการสนับสนุนทางสังคมของ Cobb (1976)⁸ ร่วมกับ Schaefer et al. (1981)⁹

ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ อสม. ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 176 คน¹⁰ โดยกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง 105 คน ทั้งนี้ได้เก็บข้อมูลจากประชากร

ทั้งหมด 175 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์สถิติ ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมด รวม 176 คน แต่เนื่องจากประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ไม่เข้าข่ายตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเลือก จำนวน 1 คน เพราะไม่สามารถกรอกแบบสอบถามด้วยตนเองได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงขอเก็บกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้จำนวน 175 คน

ขอบเขตด้านระยะเวลา

การวิจัยเรื่องนี้มีระยะเวลาการศึกษา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างเดือนกันยายน 2564 ถึง เดือนพฤศจิกายน 2564

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical research)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ อสม.ตำบลดงบัง ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 176 คน

กลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการใช้สูตรกำหนดขนาดตัวอย่างของเดเนียล 2010¹¹ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 105 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์สถิติ ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลจากประชากรทั้งหมดที่เข้าข่ายตามคุณสมบัติเกณฑ์คัดเลือก รวม 175 คน คิดเป็นร้อยละ 99.43

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม (Questionnaires) ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งนี้แบบสอบถาม“ปัจจัย

ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วย 4 ส่วน จำนวน 66 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลคุณลักษณะประชากรของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม. มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบเติมคำตอบ และตรวจสอบรายการ (check list) มีทั้งหมด 6 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามทัศนคติต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ โดยอ้างอิงมาจากมาตรวัดของ ลิเคิร์ต¹² มาประยุกต์ใช้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลสามารถจัดได้ดังนี้ บลุ่ม¹³ มี 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scales) 5 ระดับ โดยอ้างอิงมาจากมาตรวัดของลิเคิร์ต มาประยุกต์ใช้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลสามารถจัดได้ดังนี้ บลุ่ม มี 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง

จังหวัด บึงกาฬ ประกอบด้วย 1. กิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาดจัดสภาพแวดล้อม 2. อสม. สอนประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนทำหน้ากากอนามัยจากผ้า 3. อสม. เคาะประตูบ้านด้านโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 4. อสม. เคาะประตูบ้าน “ค้นให้พบจบใน 14 วัน” 5. อสม. ติดตามเยี่ยมสังเกตอาการที่บ้านจนครบ 14 วัน 6. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามวิถีชีวิตใหม่ ร่วมสร้างมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ โดยอ้างอิงมาจากมาตรวัดของลิเคิร์ต มาประยุกต์ใช้มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ โดยมีเกณฑ์การแปลผลสามารถจัดได้ดังนี้ บลุ่ม มี 3 ระดับ คือ ระดับมาก ระดับปานกลาง ระดับน้อย

การตรวจสอบเครื่องมือ

โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา จำนวน 3 ท่าน ค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามและวัตถุประสงค์ของแบบสอบถามภาพรวม มีค่า IOC เท่ากับ 0.87 และผลการทดลองมาใช้คำนวณเพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่าความเชื่อมั่น 0.85

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อสรุปข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในการบรรยายลักษณะของข้อมูลโดยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน นำเสนอในรูปแบบของตาราง

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนและ

ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม. ทศนคติต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แรงสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) และสถิติไคสแควร์ (Chi -square) นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ในการประชุมคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2564 ตามรหัสโครงการเลขที่ HE-WTU542965 เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2564-0051

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.1 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 56.10 ปี มีช่วงอายุ 60 ปี ขึ้นมากที่สุด ร้อยละ 38.3 อายุต่ำสุด 24 ปี สูงสุด 76 ปี มีสถานภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 80.6 มีระดับการศึกษาประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 43.4 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท มากที่สุด ร้อยละ 68.0 โดยมีรายได้เฉลี่ย 10,956.57 บาทต่อเดือน รายได้น้อยที่สุด 1,000 บาท และรายได้มากที่สุด 57,000 บาท มีระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม.เฉลี่ยเท่ากับ 16.11 ปี น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 42 ปี (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม. (n=175)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
● เพศ		
ชาย	54	30.9
หญิง	121	69.1
● อายุ (ปี)		
20 - 30	1	0.6
31 - 40	8	4.6
41 - 50	38	21.7
51 - 59	61	34.9
60 ขึ้นไป	67	38.3
$\bar{X} = 56.10$, $SD = 9.55$, $Min = 24$, $Max = 76$		
● สถานภาพสมรส		
โสด	13	7.4
สมรส	141	80.6
หย่าร้าง/แยกกันอยู่/หม้าย	21	12.0
● ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	76	43.4
มัธยมศึกษาตอนต้น	22	12.6
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	72	41.1
อนุปริญญา หรือ ปวส. หรือ ปริญญาตรี	5	2.9
● รายได้ต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 10,000	119	68.0
10,001 - 30,000	44	25.1
30,001 ขึ้นไป	12	6.9
$\bar{X} = 10,956.57$, $SD = 10,530.76$, $Min = 1,000$, $Max = 57,000$		

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม. (n=175) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
● ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม. (ปี)		
1 – 6	38	21.7
7 – 10	24	13.7
10 ขึ้นไป	113	64.6
$\bar{X}$ = 16.11 , SD = 9.89 , Min = 1 , Max = 42		

2.ทัศนคติต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า อสม.มีทัศนคติต่อการดำเนินงานควบคุม	ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับมาก ร้อยละ 76.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 23.4 และระดับน้อย ร้อยละ 0.6 (ดังตารางที่ 2)
--	--

ตารางที่ 2 ทัศนคติต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ (n=175)

ระดับทัศนคติต่อการดำเนินงาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (60 - 75 คะแนน)	133	76.0
ระดับปานกลาง (45 - 59 คะแนน)	41	23.4
ระดับน้อย (15 - 44 คะแนน)	1	0.6
รวม	175	100.0

3.แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีแรง	สนับสนุนทางสังคมต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับมาก ร้อยละ 75.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.9 และระดับน้อย ร้อยละ 1.7 (ดังตารางที่ 3)
--	---

ตารางที่ 3 แรงสนับสนุนทางสังคมต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ (n = 175)

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (60-75 คะแนน)	132	75.4
ระดับปานกลาง (45-59 คะแนน)	40	22.9
ระดับน้อย (15-44 คะแนน)	3	1.7
รวม	175	100.0

4. การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาพบว่า อสม. มีการปฏิบัติงานในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.0 ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.7 และระดับน้อย ร้อยละ 2.3 พิจารณารายด้านพบว่า 1) อสม. เคาะประตูบ้านด้านโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 95.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 3.4 และระดับน้อย ร้อยละ 1.1 2) อสม. เคาะประตูบ้าน “ค้นให้พบเจ็บใน 14 วัน” อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 95.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 3.6 และระดับน้อย ร้อยละ 1.1 3) อสม. กับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม

วิถีชีวิตใหม่ (New normal) และร่วมสร้างมาตรการรักษาระยะห่างทางสังคม (Social distancing) อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.6 ระดับปานกลาง ร้อยละ 5.1 และระดับน้อย ร้อยละ 2.3 4) อสม. ติดตามเยี่ยมสังเกตอาการที่บ้านจนครบ 14 วัน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 89.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 8.6 และระดับน้อย ร้อยละ 2.3 5) กิจกรรมรณรงค์ทำความสะอาด จัดสภาพแวดล้อม (Big cleaning week) อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 87.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.9 และระดับน้อย ร้อยละ 1.7 6) อสม. สอนประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชนทำหน้ากากอนามัยจากผ้า อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 64.6 ระดับปานกลาง ร้อยละ 21.1 และระดับน้อย ร้อยละ 14.3 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ (n = 175)

ระดับการปฏิบัติ		จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก	(72-90 คะแนน)	161	92.0
ระดับปานกลาง	(54-71 คะแนน)	10	5.7
ระดับน้อย	(30-53 คะแนน)	4	2.3
รวม		175	100.0

5. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ด้วยไคสแควร์และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ระยะเวลาที่การปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม. ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งปฏิเสธสมมติฐานข้อที่ 1 (ดังตารางที่ 5,6)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา กับการปฏิบัติงานของ อสม.ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ วิเคราะห์ด้วยค่าไคสแควร์ (n=175)

ตัวแปร	การปฏิบัติงานของ อสม.ใน การดำเนินงานควบคุมป้องกัน โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		p-value
	มาก	ปานกลาง/น้อย	
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
● เพศ			0.106
ชาย	47(87.0)	7(13.0)	
หญิง	114(94.2)	7(5.8)	
● สถานภาพสมรส			0.612
โสด/หย่าร้าง แยกกันอยู่ หม้าย	32(94.1)	2(5.9)	
สมรส	129(91.5)	12(8.5)	
● ระดับการศึกษา			0.083
ประถมศึกษา	73(96.1)	3(3.9)	
มัธยมศึกษาขึ้นไป	88(96.1)	11(11.1)	

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ต่อเดือน และระยะเวลาที่การปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม. กับการปฏิบัติงานของ อสม.ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลดงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=175)

ตัวแปร	การปฏิบัติงานของ อสม.ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
	สหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
คุณลักษณะส่วนบุคคล		
อายุ	-0.073	0.334
รายได้ต่อเดือน	0.013	0.859
ระยะเวลาที่การปฏิบัติงานในตำแหน่ง อสม.	0.046	0.543

6.ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับการปฏิบัติงานของ อสม.ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์

สัน ผลการศึกษาพบว่า ทัศนคติต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r=0.559$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม.ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับ

ปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ยอมรับสมมติฐานของการวิจัย ข้อที่ 2 (ดังตารางที่ 8)

7.ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติงานของ อสม.ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.683$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม.ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ยอมรับสมมติฐานของการวิจัย ข้อที่ 3 (ดังตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และแรงสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติงานของ อสม.ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ วิเคราะห์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ($n=175$)

ตัวแปร	การปฏิบัติงานของ อสม.ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ทัศนคติต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	0.559	< 0.001
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.683	< 0.001

การอภิปรายผล

จากการศึกษาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำบลงบัง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬพบว่า การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 92.0 รองลงมาในระดับปานกลาง ร้อยละ 5.7 และระดับน้อย ร้อยละ 2.3 ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่า อสม. นั้น เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีบริการสุขภาพภาคประชาชนที่ให้การดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ ประกาศให้ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ COVID-19 เป็นโรคระบาดใหญ่ของโลก

(Pandemic) ทำให้บทบาทการปฏิบัติงานของอสม. ที่มีการปฏิบัติงานเชื่อมประสานการทำงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้เป็นอย่างดี และกำหนดบทบาทที่ชัดเจน การปฏิบัติงานของ อสม. ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019ของกระทรวงสาธารณสุขและจังหวัดทำให้เกิดระบบการจัดการของการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องและทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภกชญา ภาวรงค์รัตน์และคณะ¹⁴ ศึกษาเรื่องการศึกษสถานการณ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่า อสม. ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.60 สอดคล้องกับ สรวุฒิ เอี่ยมบุญ¹⁵ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด - 19 อำเภอ
งไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษาพบว่า อสม.
มีการปฏิบัติตามบทบาทอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.7

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติต่อการ
ดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 กับการปฏิบัติงานของ อสม.ในการดำเนินงาน
ควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผล
การศึกษาพบว่าทัศนคติต่อการดำเนินงานควบคุม
ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($r = 0.559$)
มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการปฏิบัติงานของ อสม.
ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ซึ่งมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง
($p\text{-value} < 0.001$) สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจาก
อสม.ตำบลดงบัง ได้รับประชุมถ่ายทอดนโยบายสู่
การปฏิบัติที่ชัดเจนอย่างต่อเนื่อง และมีการกำหนด
บทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน และเป็นบุคคลที่ได้รับความ
เชื่อมั่นของชุมชนและเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ให้กับ
ประชาชนในละแวกคุ้มเป็นอย่างดี ทำให้ทัศนคติต่อ
การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 76.0 ระดับ
ปานกลาง ร้อยละ 23.4 ระดับน้อย ร้อยละ 0.6
สอดคล้องกับการศึกษาของของธวัชชัย ยืนยาว และ
คณะ¹⁶ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ
ต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 (COVID-19)ของอาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิงในจังหวัดสุรินทร์ พบว่า
ทัศนคติการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
(COVID-19) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม
ป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)
อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทาง
สังคม กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการ
ดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 ผลการศึกษาพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม
($r=0.683$) มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม.
ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส

โคโรนา 2019 ($p\text{-value} < 0.05$)สามารถอธิบายได้
ว่าเนื่องจาก อสม.เป็นจิตอาสาและไม่หวัง
ผลตอบแทนใดๆและ เป็นองค์กรภาคประชาชน
จำเป็นต้องอาศัยการดำเนินงานแบบจิตอาสา
โดยเฉพาะ อสม. ครอบครัว ชุมชน และหน่วยงาน
ต่างๆ จะต้องมีความเข้าใจสนับสนุนและให้กำลังใจ
ในการทำงาน เพื่อให้การการปฏิบัติงานของ อสม.
ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 เป็นไปตามบทบาทหน้าที่และภารกิจ
ที่ถูกกำหนดในการปฏิบัติงาน พร้อมทั้งการมีส่วน
ร่วมผลักดันให้โครงการหรือกิจกรรมต่าง ๆ ในการ
ดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019ในชุมชน เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ สอดคล้อง
กับการศึกษาของ สรรวุฒิ เอี่ยมนุ้ย¹⁶ ศึกษาปัจจัยที่มี
ผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและ
ป้องกันโรคโควิด - 19 อำเภองไกรลาศ จังหวัด
สุโขทัย พบว่าการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีผล
ทางบวกต่อการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. อย่าง
มีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อการได้รับแรงสนับสนุนทาง
สังคม เพิ่มขึ้น 1 หน่วย การปฏิบัติงานจะเพิ่มขึ้น
0.508 หน่วย เนื่องจากครอบครัว เพื่อน ชุมชน
และเจ้าหน้าที่ มีส่วนช่วยในการสนับสนุนการ
ทำงานเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 สอดคล้อง
กับการศึกษาของ สุภาภรณ์ วงธิ¹⁷ ศึกษาปัจจัยที่
ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
มีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 89.60 และปัจจัยที่
ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อไวรัส
โคโรนา 2019 คือ แรงสนับสนุนทางสังคม
($p\text{-value} < 0.001$) อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 77.9

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ควรให้ความสำคัญกับ อสม. ในมาตรการของภาครัฐในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 การตระหนักรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สามารถควบคุมไม่ให้แพร่ระบาดได้ การกระตุ้นสร้างความเข้าใจในการได้รับวัคซีนป้องกันโควิด-19 ช่วยลดการติดเชื้อและความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เนื่องจากระดับของทัศนคติต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับปานกลาง ดังนั้นจึงควรเสริมสร้างทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงานให้มากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดความเชื่อมั่นและมั่นใจในการปฏิบัติงานของ อสม. ทั้งในด้านการเพิ่มพูนทักษะการป้องกันตนเองไม่ให้ได้รับเชื้อโรค การพัฒนาศักยภาพในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่อง และการประชุมทบทวนแนวทางการปฏิบัติของ อสม. ในการควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ควรให้ความสำคัญกับ การสนับสนุนเงินงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับชุมชน รวมทั้งให้การสนับสนุนจัดหาสิ่งของที่จำเป็นเพื่อใช้ป้องกันโรคเป็นการส่วนตัวก่อนการออกปฏิบัติงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และควรมีการสร้างขวัญกำลังใจขึ้นชม ยกย่องต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. เนื่องจากระดับของแรงสนับสนุนทางสังคม

ต่อการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ เช่น ภาวะเครียดหรือภาวะหมดไฟของ อสม. , การมีส่วนร่วมของประชาชน , สวัสดิการที่ได้รับจากภาครัฐ เป็นต้น ที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของ อสม. ในการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือไม่ เพื่อนำมาพัฒนาการปฏิบัติงานของ อสม. ในงานอื่นๆให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาหลายส่วน ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารงานสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ที่กรุณาให้คำปรึกษาและคำแนะนำตลอดจนตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องทำให้การศึกษานี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น ขอขอบคุณ อสม. และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึง อำเภอบึงโขงหลง จังหวัดบึงกาฬ ที่ให้ความอนุเคราะห์ที่ได้กรุณาตอบแบบสอบถาม และขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบึงโขงหลง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ ได้ให้ข้อเสนอแนะอื่นในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะพยาบาลศาสตร์. คณะพยาบาลศาสตร์ มข. แนะนำวิธีดูแลและป้องกันการติดเชื้อไวรัส โคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์

- มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.nurse.cmu.ac.th/web/FONEEventDetail.aspx?id=22645>.
2. ชลทิศ อุไรฤกษ์กุล. ลำดับความเป็นมาของการระบาดของโคโรนาไวรัส [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://doh.hpc.go.th/bs/wuhanDisplay.php>.
 3. Primary Health Care Division. Health volunteers [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 9 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaiphc.net/new2020/content/1>.
 4. Vishnuayothin T. Disease situation COVID-19 [Internet]. Bangkok: Secretariat of the Prime Minister; 2009 [cited 2021 May 31]. Available from: <https://www.ryt9.com/s/govh/3114882>.
 5. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaiphc.net/new-2020/>
 6. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับเจ้าหน้าที่ และ อสม. (นักรบเสื้อเทาออกเคาะประตูบ้านทุกหลังคาเรือน). นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
 7. Schermerhorn, J. R. Management (7th ed). New York: John Wiley & Sons; 2000.
 8. Cobb, S. Social Support as a Moderated of Life Stress, Psychosomatic Medicine. 38(September-October); 1976:p3.
 9. Schaefer, c, Coyne, J., c. and Lazarus, R. The Health-Related functions of social support Journal of Behavioral Medicine; 1981.
 10. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. ระบบสารสนเทศงานสุขภาพภาคประชาชน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 1 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaiphc.net/new-2020/>.
 11. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences .9th ed. New York: John Wiley & Sons; 2010.
 12. Likert, R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of Psychology; 1932; 22 .140, 55.
 13. Bloom, B.S. Taxonomy of Education objectives : The Classification of Education Goals Handbook I, Cognitive Domain. 20th ed. New York : David McKay Company, Inc; 1975.

14. ศุภกชญา ภาวักค์ะรัต,สมภพ อาจชนะศึก และคณะ.การศึกษาสถานการณ์การเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 17 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก [https://http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/\(Full_paper_edit\)_A_Study_of_COVID-19_Surveillance,_Prevention_and_Control_in_Communities_\(1\)_dec_jan_21.pdf](https://http://phc.moph.go.th/www_hss/data_center/dyn_mod/(Full_paper_edit)_A_Study_of_COVID-19_Surveillance,_Prevention_and_Control_in_Communities_(1)_dec_jan_21.pdf).
15. สรวุฒิ เอี่ยมนัย.ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด - 19 อำเภอคลองไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. วารสารสาธารณสุขและสุขภาพศึกษา. 2564; 1(2):75-90.
16. ธวัชชัย ยืนยาว,เพ็ญนภา บุญเสริม.ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะคติต่อพฤติกรรม การป้องกัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หญิงในจังหวัดสุรินทร์.สุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2563; 35(3): 555-564.
17. สุภาภรณ์ วงธิ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. พิษณุโลก:มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.

การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

สุวิทย์ มะมา¹

(วันที่รับบทความ: 9 พฤษภาคม 2564; วันที่แก้ไข: 21 กันยายน 2564; วันที่ตอบรับ: 24 เมษายน 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยใช้กระบวนการ PAOR มี 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติการ การสังเกตการณ์ และสะท้อนผล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยวิธีการแบบเจาะจง คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ประกอบด้วย ตัวแทนจากท้องถิ่น ท้องที่ การศึกษา ศาสนา สาธารณสุขและตัวแทนครัวเรือน จำนวน 165 คน เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยแบบสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามด้านความรู้ พฤติกรรมและการมีส่วนร่วม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ Paired Sample t-test

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐานบริบทของพื้นที่ 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม 3) การดำเนินกิจกรรม/โครงการ 4) การสังเกต ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน 5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน และ 6) การคืนข้อมูลให้ชุมชน และรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม/โครงการ คือ 1) การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน 2) การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการในชุมชน 3) การกำหนดกฎระเบียบของชุมชน 4) การส่งเสริมนวัตกรรมจากภูมิปัญญาท้องถิ่น 5) การจัดการดัชนีลูกน้ำ 6) โครงการกำกับ ติดตามและสำรวจลูกน้ำ 7) การสร้างเครือข่าย อสม. น้อย และ 8) การจัดการสิ่งแวดล้อม ผลการดำเนินงานพบว่า ความรู้ พฤติกรรมและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ดัชนีลูกน้ำยุงลายทั้งค่าดัชนีครัวเรือน (House Index: HI) และดัชนีภาชนะ (Container Index: CI) ลดลงหลังดำเนินการพัฒนา

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ DONGMUNLEK Model ประกอบด้วย D: Democracy คือ ประชาธิปไตย, O: Opportunity คือ การวิเคราะห์ทรัพยากรในชุมชน, N: Network คือ ภาควิชาเครือข่าย, G: Generate คือ การคิดค้นนวัตกรรม, M: Management คือ การบริหารจัดการ, U: Unity คือ ความเป็นเอกภาพ, N: News คือ ข้อมูลข่าวสาร, L: Learning คือ การเรียนรู้, E: Evaluation คือ การกำกับ ติดตามและประเมินผลการ, K: Knowledge คือ องค์ความรู้

ข้อเสนอแนะ ควรนำรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ไปประยุกต์ใช้ในการแก้ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ในชุมชน เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: โรคไข้เลือดออก, การป้องกันโรคในชุมชน, กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม, การมีส่วนร่วมของชุมชน

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์, E-mail: R1m9suwit@gmail.com

Corresponding Author: สุวิทย์ มะมา, E-mail: R1m9suwit@gmail.com

A Preventive Development Model of Dengue Hemorrhagic Fever at Community Level in Dong Mun Lek Sub-District, Mueang District, Phetchabun Province

Suwit Mamar¹

(Receive: 9th May 2021; Revised: 21st September 2021; Accepted 24th April 2022)

This study was an action research and the purpose of this study aimed to develop a dengue hemorrhagic fever prevention model in Dong Mun Lek Sub-district community, Muang district Phetchabun province. Four steps of action research were run on process (Planning, Action, Observation and Reflection: PAOR). 165 cases were selected from stakeholders in communities such as members of the sub-district administrative organization council, village headman, teachers and education personnel, monk, health officer and the house of representative via a purposive sampling method. Data were gathered from in-depth interviews, focus group discussion and questionnaire that included knowledge, behavior and participation. Data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, average and standard deviation, Including inferential statistics by paired sample t-test and qualitative data was used content analysis.

The study found that the development process of Prevention and Control of Dengue Hemorrhagic Fever model in the community consists of 6 steps: 1) Study basic data of the areas 2) Workshop and participatory planning 3) Implementation of activities / projects 4) Observation, monitoring and evaluation 5) Exchange the knowledge and lesson learned 6) Returning information to the community. And the Dengue Hemorrhagic Fever prevention and control model in the community consisted of 8 activities / projects: 1) Public relations to educate the community 2) Establishing a community action center 3) Creating community rules 4) Promotion local wisdom innovation 5) Aedes larval indices management(HI,DI) 6) Project of control, monitoring and survey mosquito larva 7) Creating youth network village health volunteers 8) Environmental management. The findings showed that after development, the knowledge, behavior and participation of samples increased significantly ($p < 0.001$) before development. Aedes larval indices both of the House Index (HI) and the Container Index (CI) decreased after development.

The key success factor is DONGMUNLEK Model which composed of D: Democracy, O: Opportunity is Community Resources Assessment, N: Network, G: Generate, M: Management, U: Unity, N: News, L: Learning, E: Evaluation is controlling monitoring and evaluation, K: Knowledge.

Recommendations should apply a Dengue Hemorrhagic Fever (DHF) prevention and control model to solve other health problems in the community. To get a model that fits with the condition of the area.

Keywords: Dengue hemorrhagic fever, Prevention in community, Participation planning process, Community participation process

¹Public Health Technical Officer, Professional Level, Dong Mun Lek Health Promoting Hospital, Mueang District, Phetchabun Province , E-mail: R1m9suwit@gmail.com

Corresponding Author: Suwit Mamar, E-mail: R1m9suwit@gmail.com

บทนำ

โรคไข้เลือดออก เป็นโรคติดต่อที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก สาเหตุเกิดจากการติดเชื้อจากไวรัสเดงกี (Dengue virus) โดยมีุงลายเป็นพาหะสำคัญในการนำโรค¹ ทั้งนี้ สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย 5 ปี ย้อนหลัง ตั้งแต่ปี 2558 – 2562 จากรายงานโรคในระบบเฝ้าระวัง 506 ของสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก (Dengue Fever: DF, Dengue Hemorrhagic Fever: DHF และ Dengue Shock Syndrome: DSS) สะสมรวมจำนวน 11,048, 16,425, 9,229, 8,720 และ 18,105 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 16.96, 25.10, 14.11, 13.25 และ 27.41 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ และสถานการณ์โรคไข้เลือดออก ในประเทศ ปี 2563 (ณ วันที่ 28 เมษายน 2563) พบผู้ป่วยสะสมรวม 10,093 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 15.22 ต่อประชากรแสนคน เสียชีวิต 9 ราย คิดเป็น อัตราป่วยตาย 0.09% ส่วนใหญ่พบในกลุ่มอายุ 5 – 14 ปี มีอัตราป่วย 47.41 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 15-24 ปี และอายุ 0-4 ปี มีอัตราป่วย 28.64 และ 17.41 ตามลำดับ²

ตำบลดงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัด เพชรบูรณ์ ในช่วงเวลา 5 ปีย้อนหลัง (ปี 2557 – 2561) พบผู้ป่วย จำนวน 22, 28, 34, 35 และ 41 ราย คิดเป็นอัตราป่วยเท่ากับ 166.32, 168.74, 173.94, 182.62 และ 192.26 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ³ ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ต่อเนื่องในทุก ๆ ปี ทั้งยังเป็นพื้นที่ที่มีการเกิดโรค ไข้เลือดออกในทุกหมู่บ้าน ระบาดในพื้นที่ข้าซาก มีการกระจายโรคอย่างรวดเร็ว กอปรกับการดำเนินงาน ป้องกันโรคไข้เลือดออกในช่วงเวลาที่ผ่านมา เช่น การณรงค์ให้ความรู้ประจำเดือน อสม. สัรวจ ลูกน้ำยุงลายและจัดการสิ่งแวดล้อมทุกสัปดาห์ เป็นต้น พบค่าความชุกของลูกน้ำยุงลาย (House Index: HI) สูงกว่า 40 ต่อเนื่องกันเป็นเวลาหลาย เดือน (สูงกว่ามาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุข

กำหนด คือ HI น้อยกว่า 10) ซึ่งบ่งชี้ได้ว่ากระบวนการ ดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนยังไม่มี ประสิทธิภาพ ทั้งนี้จากการสอบสวนโรคได้ สอบถามข้อมูลการป้องกันโรคไข้เลือดออกจากผู้นำ ชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ ประชาชน พบว่า ประชาชนให้ความร่วมมือในการ ดำเนินงานน้อย มีความคิดว่าเป็นหน้าที่ของ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่จะต้องเป็นผู้ดำเนินการ ทั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า กระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงาน ป้องกันโรคไข้เลือดออก⁴ รวมถึงการพัฒนา ศักยภาพของชุมชนในด้านความรู้ และพฤติกรรม การปฏิบัติตัว^{5,6,7} ซึ่งปัจจัยเหล่านี้เป็นองค์ประกอบ ในการสร้างพลังที่สำคัญและสามารถกระตุ้นการ ยอมรับของประชาชนให้ร่วมพัฒนาชุมชน⁸ โดย ทั้งนี้กระบวนการดังกล่าวจะต้องให้ความสำคัญต่อ ความคิดและการแสดงออกของประชาชน บน พื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกัน โดยคิดและทำงาน ในรูปของการประชุมเชิงปฏิบัติการ ซึ่งการนำ แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการ วางแผนดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็น เสมือนการดึงเอาศักยภาพของชุมชนมาพัฒนา และสร้างประโยชน์ให้กับชุมชน⁹

จากสภาพปัญหาและแนวคิดข้างต้น จึงมี ความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขปัญหาและพัฒนา รูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ใน พื้นที่ตำบลดงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัด เพชรบูรณ์ โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ทุกภาคส่วน ซึ่งประกอบด้วยท้องถิ่น ท้องที่ การศึกษา ศาสนา สาธารณสุข และภาคประชาชน ผ่านกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (Appreciation Influence Control Technique: AIC) เพื่อเป็นกลวิธีในการขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ ผ่านกลไกความร่วมมือในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การ วางแผน การลงมือปฏิบัติ การประเมินผล จนถึง ถอดบทเรียนร่วมกัน อันจะส่งผลให้เกิดกระบวนการ เรียนรู้ในชุมชน ก่อให้เกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผล

ในการป้องกันโรค นำไปสู่ความยั่งยืนในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนตำบลงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart¹⁰ (PAOR) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการวางแผน (Plan) ประกอบด้วย 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐานบริบทของพื้นที่ 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) จำแนกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สร้างความรู้ (Appreciation: A) 2) สร้างแนวทางการพัฒนา (Influence: I) และ 3) สร้างแนวทางปฏิบัติ (Control: C)
2. ขั้นตอนการปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการตามแผนที่กำหนดจากขั้นตอนการวางแผน
3. ขั้นตอนการสังเกตการณ์ (Observing) จำแนกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสังเกตติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินกิจกรรม สนับสนุน และให้คำแนะนำ จัดบันทึก เก็บรวบรวมหลักฐานจากการดำเนินกิจกรรม ตามระยะเวลาแต่ละช่วงกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้ตามแผนการดำเนินกิจกรรม 2) สนทนากลุ่ม สัมภาษณ์แบบเจาะลึกผู้ร่วมวิจัย เกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรม และประเมินผลการดำเนินกิจกรรมตามแผนงาน และ 3) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ด้านคุณลักษณะทางประชากร ด้านความรู้ ด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตัว และด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังดำเนินงาน

4. การสะท้อนผล (Reflecting) โดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และร่วมถอดบทเรียน เพื่อสะท้อนผลการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออก และสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ และแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านข้อมูลสู่ชุมชนต่อไป

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ได้แก่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholders) กับปัญหาโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ตำบลงมูลเหล็ก ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ตามคุณสมบัติที่กำหนด ประกอบด้วย ตัวแทนจากท้องถิ่น (นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.), สมาชิก อบต. 11 หมู่บ้าน) จำนวน 12 คน, ตัวแทนจากท้องที่ (กำนัน, ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 11 หมู่บ้าน) จำนวน 23 คน, ตัวแทนจากการศึกษา (ครูจากโรงเรียนในพื้นที่ 6 แห่ง) จำนวน 6 คน, ตัวแทนจากศาสนา (วัด 9 วัด) จำนวน 9 รูปหรือคน, ตัวแทนจากชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 55 คน, ตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงมูลเหล็ก จำนวน 5 คน และตัวแทนครัวเรือนที่เต็มใจและยินเข้าร่วมตลอดการวิจัย จาก 11 หมู่บ้าน หมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 55 คน รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 165 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ การบันทึกประจำวัน/ภาคสนาม การสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม
2. เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถาม 4 ส่วน ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก 3) แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน และ 4) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของแบบสอบถาม โดยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ถูกต้อง ครบถ้วน ครอบคลุมเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษา แล้วนำมาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (The index of item objective congruence) หรือค่า IOC ซึ่งได้ค่ามากกว่า 0.6 ทุกข้อคำถาม

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามทดลองใช้ในพื้นที่ตำบลบ้านโคก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งมีบริบทใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษา จำนวน 30 คน จากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกใช้สูตรของ Kuder-Richardson 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86 ส่วนแบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ใช้สูตรของ Cronbach's alpha ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 และ 0.96 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จากแหล่งข้อมูลบุคคล ด้วยวิธีบันทึกประจำวันและภาคสนาม จากการสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม

2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก

แบบสอบถามพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนของผู้เข้าร่วมวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วย 1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ 2) สถิติเชิงอนุมาน โดยใช้ Paired sample t-test

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ และได้อนุมัติให้ดำเนินการวิจัยในมนุษย์ได้ตามเลขที่การอนุมัติที่ สสจ.พช. 1/63-07-24/02/63

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ามากกว่าครึ่งเป็นเพศหญิง ร้อยละ 53.33 มีอายุเฉลี่ย 50 ปี (S.D.=9.60) มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 82.42 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 40 ซึ่งประกอบอาชีพรับราชการ ร้อยละ 40 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 13,930.30 บาท (S.D.=8,830.36) และรับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกผ่านทางป้ายประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 44.85 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของคุณลักษณะกลุ่มตัวอย่าง (n=165)

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	77	46.67
หญิง	88	53.33
อายุ (ปี)		
31 - 40	19	11.52
41 - 50	68	41.21
51 ขึ้นไป	78	47.27

ลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย = 50.95, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.60 ค่ามัธยฐาน = 50, ค่าต่ำสุด = 35, ค่าสูงสุด = 71		
สถานภาพสมรส		
โสด	5	3.03
สมรส	136	82.42
หม้าย/หย่า/แยก	24	14.55
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	62	37.58
มัธยมศึกษาตอนต้น	66	40.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	20	12.12
อนุปริญญา/ปวส./ปริญญาตรีขึ้นไป	17	10.30
อาชีพ		
เกษตรกรกรรม	59	35.76
รับจ้าง	5	3.03
รับราชการ	66	40.00
ค้าขาย	35	21.21
รายได้ในครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
ไม่เกิน 5,000 บาท	15	9.09
5,001 - 10,000 บาท	64	38.79
10,001 - 15,000 บาท	33	20.00
15,001 - 20,000 บาท	23	13.94
20,001 ขึ้นไป	30	18.18
ค่าเฉลี่ย = 13930.30, ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8,830.36 ค่ามัธยฐาน = 11,000, ค่าต่ำสุด = 4,000, ค่าสูงสุด = 50,000		
ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก		
วิทยุ/โทรทัศน์/ หอกระจายข่าว	7	4.24
ป้ายประชาสัมพันธ์	74	44.85
หนังสือพิมพ์/ วารสาร	8	4.85
ประชุม/ สัมมนา	68	41.21
หน่วยงานของรัฐ/ หนังสือราชการ	8	4.85

ส่วนที่ 2 กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน จำแนกเป็น 4 ขั้นตอน ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน, ขั้นตอนปฏิบัติการ, ขั้นตอนสังเกตการณ์และขั้นตอนสะท้อนผล รายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ขั้นตอนการวางแผน จำแนกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้
 ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาบริบทของพื้นที่พบว่า ตำบลดงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัด

เพชรบูรณ์ ประกอบด้วย 11 หมู่บ้าน 2,535 หลังคาเรือน ประชากร 10,071 คน เป็นชาย 4,951 คน และหญิง 5,120 คน เป็นพื้นที่ราบลุ่มที่อุดมสมบูรณ์ ริมแม่น้ำป่าสัก สภาพสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท ข้อมูลด้านการดำเนินงานโรคไข้เลือดออก พบว่า สถานการณ์โรคไข้เลือดออกมีแนวโน้มความรุนแรงเพิ่มสูงขึ้น โดยสาเหตุเกิดจากยุงลายที่เป็นพาหะนำโรค การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในปัจจุบัน ได้มีกิจกรรมการดำเนินงาน

มาอย่างต่อเนื่อง เช่น การประชาสัมพันธ์ของผู้นำชุมชน อสม. และ รพ.สต. กิจกรรมการกำจัดลูกน้ำยุงลายทุก 7 วัน การสำรวจลูกน้ำยุงลายทุกวันศุกร์ ซึ่งผลการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่สามารถแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกได้ ซึ่งปัญหาส่วนหนึ่งมาจากการควบคุมลูกน้ำยุงลายไม่ได้ผล การดำเนินงานมุ่งไปที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. เป็นหลัก ชุมชนไม่มีประสิทธิภาพในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เนื่องจากประชาชนยังขาดความรู้ ขาดการมีส่วนร่วมและความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ยังไม่พร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมในชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม จำแนกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ 2.1) วิเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบันและสาเหตุของปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน พบสาเหตุของปัญหา คือ ขาดการมีส่วนร่วม, ประชาชนขาดความรู้ ความเข้าใจ ความตระหนัก, มีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในชุมชน และประชาชนมีพฤติกรรมไม่ถูกต้อง 2.2) กำหนดเป้าหมายร่วมกันเพื่อแก้ไขปัญหา คือ จัดกิจกรรมที่เกิดความสามัคคี, ประชาชนมีความรู้ที่เพียงพอถูกต้อง, มีกิจกรรม/โครงการดำเนินงานที่ชัดเจน, มีสภาพแวดล้อมที่สะอาด, ไม่มีแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำ และมีแหล่งเรียนรู้ในชุมชน และ 3) วางแผนการจัดกิจกรรม/โครงการ ได้แก่ 3.1) กิจกรรมประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ 3.2) การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการในชุมชน 3.3) การกำหนดกฎระเบียบของชุมชน 3.4) ส่งเสริมนวัตกรรมจากภูมิปัญญาท้องถิ่น 3.5) การจัดการดัชนีลูกน้ำ 3.6) โครงการกำกับ ติดตาม และสำรวจลูกน้ำ 3.7) สร้างเครือข่าย อสม. น้อย และ 3.8) การจัดการสิ่งแวดล้อม

2.2 ขั้นตอนการปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินกิจกรรม/โครงการ โดยดำเนินการตามขั้นตอนการวางแผน ประกอบด้วย 8 กิจกรรม/โครงการ ได้แก่

3.1 กิจกรรมประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออก จำแนกเป็น 5 ช่องทาง ได้แก่ 1) เสียงตามสายภายในหมู่บ้าน โดยผู้นำชุมชน และ อสม. ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ในช่วงเวลาเช้า และเย็น 2) วิทยุชุมชน โดยนักจัดรายการชุมชน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ช่วงกลางวัน วันละ 5 นาที 3) การเทศน์ธรรมป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยเจ้าอาวาส หรือ พระภิกษุ ในทุกวันพระ 4) กิจกรรมหน้าเสาธงในโรงเรียน โดยครู คณะกรรมการนักเรียน และ อสม.น้อย ทุกวันจันทร์ พุธ ศุกร์ ครั้งละ 5 นาที และ 5) การติดป้ายประชาสัมพันธ์ในสถานที่ต่าง ๆ ของหมู่บ้าน เช่น ศาลาประชาคม วัด ทางเข้าหมู่บ้าน เป็นต้น, 3.2) การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (ภาคประชาชน) ซึ่งเป็นองค์กรระดับชุมชน ดำเนินการโดย อสม. และภาคประชาชน มีสถานที่ในการเก็บรักษาวัสดุ/อุปกรณ์ มีการจัดทำระบบ/ทะเบียนการปฏิบัติงาน การจัดโครงสร้างและกำลังคน รวมถึงเป็นเจ้าภาพหลักในการจัดทำกิจกรรมในหมู่บ้าน, 3.3) การกำหนดกฎระเบียบของชุมชน ด้วยการใช้อำนาจสัญลักษณ์พิชิตโรคเพื่อประกวดครัวเรือนปลอดลูกน้ำยุงลาย ประกอบด้วย 3 สี ตามระดับความรุนแรง ประกอบด้วย สีเขียว คือ ไม่พบลูกน้ำยุงลาย ไม่พบขยะรอบ ๆ บ้าน, สีเหลือง คือ ในบ้านที่พบลูกน้ำ แต่ไม่พบขยะ และสีแดง คือ พบทั้งลูกน้ำและขยะ โดยจะเก็บรวบรวมข้อมูลลงในแต่ละบ้าน แต่ละเดือน เมื่อสิ้นปีงบประมาณจะมีการมอบรางวัลให้บ้านที่ได้ธงเขียวมากที่สุด, 3.4) โครงการส่งเสริมนวัตกรรมจากภูมิปัญญาท้องถิ่น พิชิตโรคไข้เลือดออก ซึ่งชุมชนนำปูนแดง ตะไคร้หอมไล่ยุง และขิง มาผสมรวมกันแล้วอัดเป็นแท่ง เพื่อนำไปใส่ในภาชนะที่มีน้ำ ป้องกันการเกิดลูกน้ำยุงลาย, 3.5) การพัฒนาระบบบันทึกดัชนีลูกน้ำยุงลายออนไลน์ ประยุกต์จาก Google Form ซึ่งเป็นระบบในการบันทึกข้อมูลผ่านโทรศัพท์มือถือ (smart phone) โดย อสม. และ อสม.น้อย ทำการบันทึกข้อมูลแทน

การใช้กระดาษตามแบบฟอร์มเดิม ทุกวันศุกร์ ซึ่งข้อมูลจะถูกส่งไปที่ฐานข้อมูลของ รพ.สต. หรือ สเปรดชีต (Spread sheet) ทั้งนี้ รพ.สต. จะสามารถ นำเอาข้อมูลมาวิเคราะห์และจัดทำรายงานเพื่อนำเสนอต่อผู้บริหารในระดับตำบล และประชาชน ได้แบบทันที หรือ เรียลไทม์ (Real time), 3.6) โครงการกำกับ ติดตามและสำรวจลูกน้ำ ด้วยวิธีการสุ่มไข่ระหว่างหมู่บ้าน ซึ่งทำการจับสลากเพื่อสุ่มเป็นหมู่บ้านผู้ประเมินและหมู่บ้านผู้รับ ประเมิน โดยดำเนินการเดือนละ 1 ครั้ง, 3.7) โครงการอบรม อสม. น้อย และการจัดตั้งชมรม อสม. น้อย ปรากฏในโรงเรียน เป็นหลักสูตร 2 วัน โดย อสม.น้อย ทำหน้าที่ในการสำรวจลูกน้ำ ยุงลายในอาคารต่าง ๆ ของโรงเรียน และคุ้มต่าง ๆ ในหมู่บ้าน ตามที่ได้รับมอบหมาย และบันทึกข้อมูลลงในระบบบันทึกดัชนีลูกน้ำยุงลายออนไลน์ เพื่อส่งข้อมูลให้ รพ.สต. และ 3.8) โครงการรณรงค์ กำจัดลูกน้ำยุงลาย และจัดการสิ่งแวดล้อม (Big Cleaning Day) ซึ่งดำเนินการพร้อมกันทั้ง ตำบล สัปดาห์ละ 1 ครั้ง

2.3 ขั้นตอนการสังเกตการณ์

ขั้นตอนที่ 4 การสังเกต ติดตามและ ประเมินผลการดำเนินงาน โดยดำเนินการ 1) ติดตามและประเมินผลการดำเนินงานระหว่าง ดำเนินงาน พบว่า ภาศิเครือข่ายมีการดำเนินงานตามแผนกิจกรรม/โครงการอย่างครบถ้วน ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมเป็นอย่างดี และ 2) ข้อมูลที่ได้จากการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม พบว่า ภาศิเครือข่ายและชุมชน มีส่วนร่วมในการดำเนินงานทุกขั้นตอนของการพัฒนา

2.4 ขั้นตอนการสะท้อนผล จำแนกเป็น 2

ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ ถอดบทเรียน ดำเนินการจัดประชุมวิเคราะห์จุด แข็ง จุดอ่อน และโอกาสการพัฒนา พบว่า 1) การ ดำเนินกิจกรรม ซึ่งพบว่าเกิดความเปลี่ยนแปลงไป ในทิศทางที่ดีทั้งในระดับบุคคลและระดับชุมชน

2) จุดเด่นและโอกาสการพัฒนา พบว่า จุดเด่น คือ ชุมชนให้การยอมรับซึ่งกันและกัน และการดำเนิน กิจกรรมมุ่งเน้นความเหมาะสมตามความพร้อมของ ชุมชน และโอกาสการพัฒนา คือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรงควรมีการกำหนดแผนระยะยาว และควรกระตุ้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น 3) ความต่อเนื่องและความยั่งยืน พบว่า ปัจจัยที่ เกี่ยวกับความยั่งยืน ประกอบด้วย นโยบายของ องค์การต่าง ๆ ในชุมชน, การสร้างสิ่งแวดล้อมใน ชุมชน, กิจกรรมสอดแทรกในโรงเรียนและวัด, การ ประชาสัมพันธ์ และการแลกเปลี่ยนข้อมูล 4) ความเหมาะสม พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความ สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและธรรมชาติของ ชุมชน เกิดความแปลกใหม่ในการดำเนินงาน ทำให้ ชุมชนกระตือรือร้นที่จะมีส่วนร่วมและเกิด กระบวนการเรียนรู้ในทุกขั้นตอนของการพัฒนา

ขั้นตอนที่ 6 การคืนข้อมูลให้ชุมชน พบว่า ชุมชนได้รับรู้ถึงความสำคัญของการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก กิจกรรมการ ดำเนินงานและผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการ ดำเนินงาน ทั้งนี้การคืนข้อมูลยังช่วยให้เกิดภาพ สะท้อนทางความคิดในมุมมองของการมีส่วนร่วม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนและหลัง การพัฒนา

3.1 เปรียบเทียบความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับ โรคไข้เลือดออกของผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ก่อนการพัฒนาสูงกว่าหลังการพัฒนาอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) และเมื่อ พิจารณาช่วงเชื่อมั่นที่ 95% พบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่าง คะแนนพฤติกรรมปฏิบัติตัวในการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและ หลังการพัฒนา อยู่ระหว่าง 9.72 ถึง 10.69 คะแนน (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการพัฒนาของผู้เกี่ยวข้อง (n=165)

ชื่อตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ยของ ผลต่าง ($\bar{d}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของ ผลต่าง (S_d)	ช่วงเชื่อมั่น 95% ของค่าเฉลี่ยผลต่าง (95%CI for $\bar{d}$)	p-value
ก่อนพัฒนา	16.81	2.59	-	-	-	-
หลังพัฒนา	27.02	2.37	-	-	-	-
ก่อน-หลังพัฒนา	-	-	10.21	3.15	9.72 - 10.69	<0.001

3.2 เปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนการพัฒนาสูงกว่าหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<0.001) และเมื่อพิจารณาช่วงเชื่อมั่นที่

95% พบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา อยู่ระหว่าง 1.01 ถึง 1.19 คะแนน (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาของผู้เกี่ยวข้อง (n=165)

ชื่อตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ยของ ผลต่าง ($\bar{d}$)	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐานของ ผลต่าง (S_d)	ช่วงเชื่อมั่น 95% ของค่าเฉลี่ยผลต่าง (95%CI for $\bar{d}$)	p-value
ก่อนพัฒนา	1.72	0.24	-	-	-	-
หลังพัฒนา	2.82	0.49	-	-	-	-
ก่อน-หลังพัฒนา	-	-	1.10	0.58	1.01 - 1.19	<0.001

3.3 เปรียบเทียบความแตกต่างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของผู้เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมก่อนการพัฒนาสูงกว่าหลังการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) และเมื่อ

พิจารณาช่วงเชื่อมั่นที่ 95% พบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนา อยู่ระหว่าง 1.45 ถึง 1.67 คะแนน (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ก่อนและหลังการพัฒนาของผู้เกี่ยวข้อง (n=165)

ชื่อตัวแปร	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของค่าเฉลี่ย	ค่าเฉลี่ยของผลต่าง ($\bar{d}$)	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่าง (S_d)	ช่วงเชื่อมั่น 95% ของค่าเฉลี่ยผลต่าง (95%CI for $\bar{d}$)	p-value
ก่อนพัฒนา	2.74	0.73	-	-	-	-
หลังพัฒนา	4.31	0.66	-	-	-	-
ก่อน-หลังพัฒนา	-	-	1.56	0.72	1.45 - 1.67	<0.001

3.4 เปรียบเทียบความชุกของลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า ค่า HI ก่อนพัฒนา มีค่าเท่ากับ 48 (สูงกว่ามาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ HI น้อยกว่า 10) ส่วนหลังพัฒนา พบค่า HI ลดลง โดยมีค่าเท่ากับ 3

และเมื่อพิจารณาค่า CI พบว่า ก่อนพัฒนา มีค่าเท่ากับ 32 (สูงกว่ามาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด คือ CI น้อยกว่า 10) ทั้งนี้ลดลงหลังพัฒนา โดยมีค่าเท่ากับ 1 (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความชุกของลูกน้ำยุงลายก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา

ดัชนีวัดความชุกชุมของลูกน้ำยุงลาย	ผลการสำรวจ		เกณฑ์มาตรฐาน	แปลผล
	ก่อนพัฒนา	หลังพัฒนา	กระทรวงสาธารณสุข	
ดัชนีครัวเรือน (House Index: HI)	48	3	ไม่เกิน 10	ผ่าน
ดัชนีภาชนะ (Container Index: CI)	32	1	ไม่เกิน 10	ผ่าน

3.5 เปรียบเทียบรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน พบว่า รูปแบบเดิม มีลักษณะการดำเนินงานแบบแยกส่วน ภาควิชาการไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ไม่มีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน รวมถึงขาดองค์ความรู้ใน

การบริหารจัดการ ทั้งนี้ รูปแบบใหม่ที่พัฒนาขึ้น มีลักษณะที่สามารถแก้ไขปัญหาเดิม ภาควิชาการมีบทบาทที่ชัดเจน ส่งผลให้รูปแบบมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพสูงขึ้น (ดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบรูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

สิ่งที่เปรียบเทียบ	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
ท้องถิ่น	- ขาดองค์ความรู้ในการกำหนดนโยบาย - ขาดการมีส่วนร่วมในการวางแผน - ขาดการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่อง/เป็นรูปธรรม	- มีการนำเสนอข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ - เจ้าภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมในชุมชน - ดำเนินงานในรูปแบบคณะกรรมการร่วม และศูนย์ปฏิบัติการ (ภาคประชาชน) ทุกหมู่บ้าน
ท้องที่	- ขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน - ขาดความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงาน - ขาดการบริหารจัดการและการบูรณาการ	- เจ้าภาพในการประชาสัมพันธ์ในชุมชน และกำหนดกฎระเบียบในชุมชน - การประกวดครัวเรือน และการเสริมพลัง - ระดมทรัพยากรในชุมชน และแบ่งบทบาทหน้าที่
การศึกษา	- ขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน - ไม่รู้บทบาทหน้าที่/ไม่มีรูปแบบการทำงาน	- การจัดตั้งเครือข่าย อสม.น้อย - การกำหนดกิจกรรมและแบ่งหน้าที่อย่างชัดเจน
ศาสนา	- ขาดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน	- การประชาสัมพันธ์ ชักนำทางความคิดความเชื่อ

สิ่งที่เปรียบเทียบ	รูปแบบเดิม	รูปแบบใหม่
สาธารณสุข	- ไม่รู้บทบาทหน้าที่/ไม่มีรูปแบบการทำงาน - ขาดการจัดการและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล - ขาดการขับเคลื่อนในระดับหมู่บ้าน - ข้อยจำกัดของทรัพยากร (คน/เงิน/วัสดุอุปกรณ์)	- ส่งเสริมนวัตกรรมจากภูมิปัญญาท้องถิ่น - พัฒนาระบบจัดการข้อมูล และการคืนข้อมูล - จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการ (ภาคประชาชน) - การระดมทรัพยากรในชุมชน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

จากการศึกษาในครั้งนี้ ได้ค้นหาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน คือ DONGMUNLEK Model ประกอบด้วย D: Democracy คือ การระดมความคิดเห็น และการดำเนินงานโดยใช้หลักประชาธิปไตย, O: Opportunity คือ การวิเคราะห์และใช้โอกาส จุดแข็ง และทรัพยากรของชุมชน, N: Network คือ การประสานภาคีเครือข่ายสุขภาพในชุมชนร่วมดำเนินงานร่วมกัน, G: Generate คือ การค้นคว้า คิดค้นนวัตกรรมเพื่อการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น, M: Management คือ การบริหารจัดการกำลังคนงบประมาณ และวัสดุ/อุปกรณ์ อย่างมีประสิทธิภาพ, U: Unity คือ การดำเนินงานของคณะกรรมการ และศูนย์ปฏิบัติการที่จัดตั้งขึ้นมีความเป็นเอกภาพ, N: News คือ การใช้ข้อมูลและข่าวสาร ในการวางแผนและสร้างความตระหนักให้กับชุมชน, L: Learning คือ สร้างการเรียนรู้ให้กับภาคีเครือข่ายสุขภาพและประชาชนผ่านเวทีการถอดบทเรียน เพื่อพัฒนาองค์ความรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน, E: Evaluation คือ การกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานของคณะกรรมการ เครือข่าย และศูนย์ปฏิบัติการในชุมชน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด, K: Knowledge คือ การสร้างความรู้ และการรับรู้ที่ถูกต้อง เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน

การอภิปรายผล

กระบวนการในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนในครั้งนี้ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาข้อมูลพื้นฐานบริบทของพื้นที่ 2) การประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วม 3) การดำเนินกิจกรรม/โครงการ 4) การสังเกต ติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน 5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียน และ 6) การคืนข้อมูลให้ชุมชน

ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ทำให้ได้รูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย 8 กิจกรรม/โครงการ คือ 1) การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในชุมชน 2) การจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติในชุมชน 3) การกำหนดกฎระเบียบของชุมชน 4) การส่งเสริมนวัตกรรมจากภูมิปัญญาท้องถิ่น 5) การจัดการดัชนีลูกน้ำ 6) โครงการกำกับ ติดตามและสำรวจลูกน้ำ 7) การสร้างเครือข่าย อสม. น้อย และ 8) การจัดการสิ่งแวดล้อม โดยเป็นกิจกรรมการดำเนินงานที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่เนื่องจากเป็นรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกที่ได้จากกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ตั้งแต่ขั้นตอนวางแผน ปฏิบัติการ ประเมินผล และถอดบทเรียน รับผิตรีบชอบร่วมกัน ทำให้เกิดการบูรณาการทรัพยากรร่วมกันในชุมชน ทั้งยังเป็นกิจกรรมที่ชุมชนสามารถดำเนินการเองได้¹¹ ส่งผลให้การดำเนินงานเกิดความเป็นรูปธรรม⁴ ทั้งยังสอดคล้องกับองค์ประกอบของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะต้องคำนึงถึงความคุ้มค่าการลงทุน การมีบทบาทของภาคส่วน

และการมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้มาตรการทางสังคมและกฎหมาย ภายใต้การสนับสนุนข้อมูลทางวิชาการ รวมถึงความปลอดภัยและยั่งยืนในการดำเนินงาน¹²

ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้หลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องมาจากในกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างได้รับองค์ความรู้ ข้อมูล/ข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกตลอดขั้นตอนของการพัฒนา ประกอบกับกิจกรรมที่มีการให้ความรู้ผ่านการประชาสัมพันธ์ในช่องทางต่าง ๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เพิ่มสูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ที่พบว่าความรู้ก่อนดำเนินงานสูงกว่าก่อนดำเนินงาน¹³ และการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านโดยทีม SRRT ระดับตำบล บ้านหนองหญ้าปล้อง ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม¹⁴ ที่พบว่าความรู้หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา

พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องมาจากกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม กลุ่มตัวอย่างได้คิดวิเคราะห์ปัญหา วางแผนการพัฒนา และวางแผนการปฏิบัติ จึงได้กิจกรรม/โครงการ ที่เกิดจากความคิดของกลุ่มตัวอย่าง เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ จึงต้องการที่จะปฏิบัติให้ถูกต้องและสอดคล้องตามแนวทางที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ต.โคกสัก อ.บางแก้ว จ.พัทลุง¹⁵ ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน หลังสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้น และการศึกษาเรื่อง

การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น⁴ ที่พบว่าคะแนนการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน หลังสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ

การมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน พบว่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมหลังสูงกว่าก่อนพัฒนา ทั้งนี้เนื่องจากกระบวนการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การวางแผน การดำเนินงาน การประเมิน และถอดบทเรียน ทำให้กลุ่มตัวอย่างตระหนักถึงปัญหา มองเป็นเรื่องของตัวเองมากขึ้น ประกอบกับใช้เครือข่ายเป็นตัวกลางในการประสานความร่วมมือ จึงส่งผลให้เกิดการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวบุคคลในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์¹⁵ ที่พบว่า คะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมหลังสูงกว่าก่อนพัฒนา และการศึกษาเรื่อง การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้านโดยทีม SRRT ระดับตำบล บ้านหนองหญ้าปล้อง ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม¹⁴ ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมหลังสูงกว่าก่อนพัฒนา

ความซุกของลูกน้ำยุงลาย พบว่าหลังพัฒนา ลดลงน้อยกว่าก่อนพัฒนา และไม่เกินมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ทั้งนี้อาจเกิดขึ้นจากกิจกรรมที่เน้นการมีส่วนร่วม การคืนข้อมูลอภิปรายแลกเปลี่ยนแนวคิด และหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติจริงในชุมชน เกิดความร่วมมือมากขึ้น ส่งผลให้ค่าดัชนีลูกน้ำ HI และ CI ลดลงอย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบมีส่วนร่วมของชุมชน ต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในชุมชนบ้านเสม็ด

จังหวัดนครราชสีมา¹⁶ ที่พบว่าค่าดัชนี HI และ CI ลดลงหลังพัฒนารูปแบบ และการศึกษาเรื่อง ผลการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับหมู่บ้าน⁹ ที่พบว่าค่าดัชนี HI, CI และ BI ลดลงหลังดำเนินการ จะเห็นได้ว่า การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนในครั้งนี้ ส่งผลทำให้การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน มีการพัฒนาเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น เกิดการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ประชาชน และเอกชน ในทุกขั้นตอน ทั้งยังเกิดการผสมผสานแนวคิดและบทบาทของทุกฝ่าย เพื่อให้เกิดการเสริมพลังกันในชุมชน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะ

1.1 เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออก ควรส่งเสริมสนับสนุน และกระตุ้นให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ

1.2 ควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนอย่างชัดเจน พร้อมประกาศให้ทราบโดยทั่วกันทั้งชุมชน

1.3 ควรเพิ่มจำนวนเครือข่ายในชุมชน โดยการสรรหาเครือข่ายในชุมชนให้มีจำนวนมากขึ้น และพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องร่วมกับการพัฒนากลุ่มเครือข่ายเดิม เพื่อลดภาระการทำงานที่มีปริมาณมากในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการนำรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนในครั้งนี้ ไปประยุกต์ใช้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคอื่น ๆ เช่น วัณโรค โรคไข้หวัดใหญ่ และโรคติดต่อในระดับชุมชนต่อไป

2.2 ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในระยะเวลาที่ยาวนานขึ้น เพื่อศึกษาถึงความต่อเนื่องและยั่งยืน

2.3 ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรผลลัพธ์อื่น ๆ ที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เช่น ทักษะคิดในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, World Health Organization, editors. Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention, and control. New ed. Geneva: TDR : World Health Organization; 2009. 147 p.
2. กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปี 2563. 2563; 1-6 :
3. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงมูลเหล็ก. รายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกตำบลงมูลเหล็ก อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์. 2562.
4. เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, ยลฤดี ตันพิสุทธิ, อีรศักดิ์ พาจันท์, จิรพงศ์ วสุวิภา. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น. South Coll Netw J Nurs Public Health. 2562; 6(1): 26-38.
5. จิตติชญา ฉลาดล้ำ, พิมพ์ลดา อนันต์ศิริเกษม. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: กรณีศึกษาตำบลต้นแบบ หมู่ 3 บ้านทุ่งทอง ตำบลลาดบัวขาว อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ. 2019;2(1):153-62.

6. รัตนภรณ์ ดุสิต, สุมัทนา กลางคาร, จิราพร วรวงศ์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรค ไข้เลือดออกในชุมชนบ้านหัน ตำบลเขวาสี อำเภอมือง จังหวัดมหาสารคาม. Nurs Public Health Educ J E-ISSN2651-1908 J Online. 2560; 18(3): 107-16.
7. ดาว เวียงคำ, จุฑามาศ ผลมาก, พยาม การดี, ศิริรัตน์ โกศลย์วัฒน์, นวียา กันทะมูล, สำเริง พรหมมงคล. ผลของโปรแกรมการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกต่อ ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติ ของแกนนำชุมชน อำเภอมือง จังหวัดพะเยา. J Nurs Health Care. 2560; 35(1): 207-14.
8. มารุพร พลพงษ์, ซอพิยะห์ นิเมะ, เพชรช่วย ป. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชน ต.โคกสัก อ.บางแก้ว จ.พัทลุง. South Coll Netw J Nurs Public Health. 2560; 4: 243-59.
9. อารี พุ่มประไพทย์. ผลการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการป้องกันโรคไข้เลือดออกใน ระดับหมู่บ้าน. J Health Health Manag. 2562; 5(1): 43-52.
10. Kemmis S, McTaggart R. The Action research planner. Waurm Ponds, Vic.: Deakin University : Distributed by Deakin University Press; 1988.
11. จรวย สุวรรณบำรุง, จันทร์จุริย์ ถือทอง, ธิดา รัตน์ เอกศิรินิมิตร, สุภาพร ทองจันทร์. การ พัฒนาระบบเฝ้าระวังดัชนีลูกน้ำเพื่อป้องกัน โรคไข้เลือดออกในพื้นที่ อำเภอเสี่ยงสูง จังหวัดนครราชสีมา. J Community Dev Life Qual. 2560; 5(1): 58-76.
12. บุญเสริม อ่วมอ่อง. การดำเนินยุทธศาสตร์ การจัดการพาหะนำโรคแบบผสมผสาน เพื่อ การป้องกันและการควบคุมโรคไข้เลือดออก ในประเทศไทย. Dis Control J. 2560; 43(1): 1-11.
13. นงนุช เสือพุมิ, กุลฤดี จิตตานันต์, วันดี วงศ์รัตนรักษ์, วลัทธิน นาคศรีสงข์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดย กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม. วารสาร พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2558; 25(1): 25-39.
14. ประเสริฐ ไหลหาโคตร. การพัฒนารูปแบบ การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกในหมู่บ้านโดยทีม SRRT ระดับ ตำบล บ้านหนองหญ้าปล้อง ตำบลบ่อใหญ่ อำเภอเบรบือ จังหวัดมหาสารคาม. วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม. 2559; 13(3): 32-9.
15. ชนิศา แสนคราม, ราชานนท์ งามใจรัก. การ พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนและตัวแบบ บุคคลในการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอ หนองกี่ จังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2560. Off Dis Prev Control 9th Nakhon Ratchasima J. 2562; 25(1): 27-36.
16. กรุณา ประมูลสินทรัพย์, นิภาพร พชรเกตา นนท์. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบมี ส่วนร่วมของชุมชน ต่อการป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก ในชุมชนบ้านเสม็ด จังหวัดนครราชสีมา. Lampang Med J. 2561; 39(1): 33-40.

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการและการพยากรณ์การจัดการขยะมูลฝอย ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดบึงกาฬ

วุฒิชัย จันทิมา¹, สิริรัตน์ มาตาเดิม², นิรวรรณ แสนโพธิ์³

(วันที่รับบทความ: 14 ธันวาคม 2564; วันที่แก้ไข: 9 พฤษภาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 12 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการขยะมูลฝอย และเพื่อพยากรณ์การจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดบึงกาฬ กลุ่มประชากรศึกษาคือผู้ปฏิบัติงานที่มีความรับผิดชอบหลักและทำงานเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 131 คน ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มประชากรศึกษาทั้งหมด โดยใช้แบบสอบถามที่ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ซึ่งทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดบึงกาฬ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) ประกอบด้วย ลักษณะขององค์กร การกระจายอำนาจ ความชำนาญเฉพาะทาง เทคโนโลยี ความเป็นทางการ โครงสร้างองค์กร ลักษณะของสภาพแวดล้อม บรรยากาศองค์กร การประสานงาน ลักษณะของบุคคลในองค์กร ความผูกพันต่อองค์กร การปฏิบัติงานตามหน้าที่ การจูงใจ ลักษณะของการบริหารและการปฏิบัติงาน ภาวะผู้นำ การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจนและการจัดหาทรัพยากร

ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดบึงกาฬ ประกอบด้วย การจูงใจ, การกระจายอำนาจ, โครงสร้างขององค์กร, ความชำนาญเฉพาะทาง ซึ่งสามารถพยากรณ์การจัดการขยะมูลฝอยได้ร้อยละ 70 ($R^2 = 0.51$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยเขียนเป็นสมการทำนายได้ดังนี้

$$Y = 1.164 + [0.374 * \text{การจูงใจ}] + [0.268 * \text{การกระจายอำนาจ}] + [-0.323 * \text{โครงสร้างขององค์กร}] + [0.335 * \text{ความชำนาญเฉพาะทาง}]$$

คำสำคัญ: ปัจจัยที่มีผล, การพยากรณ์, การจัดการขยะมูลฝอย, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น,

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร, Email: wuttichaiton01@gmail.com

²นักส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นปฏิบัติการ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดบึงกาฬ, Email: siriratma2523@gmail.com

³อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร, Email: nirawan.s@ku.th

Corresponding Author: Nirawan Sanphoti, Email: nirawan.s@ku.th

Factors Affecting the Management and Forecasting of Solid Waste Management of Local Administrative Organizations in Bueng Kan Province

Wuttichai Jantima¹, Sirirat Mataderm², Nirawan Sanphoti³

(Receive 14th December 2021; Revised: 9th May 2022; Accepted 12th June 2022)

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to study key factors affected to solid waste management of Local administrative organizations in Bueng kan province, Thailand. The study population was 131 officers who responsible and working on solid waste management in local administrative organizations. Data were collected from the entire study population by using a questionnaire which has been verified for content validity (Item Objective Congruence; IOC > 0.50) and reliability (Cronbach's Alpha Coefficient = 0.98). The data were analyzed using descriptive statistics and the inferential statistics such as Pearson's correlation coefficient statistic and stepwise multiple regression analysis.

The results of the correlation analysis revealed that factors positively correlated to solid waste management of local administrative organizations in Bueng Kan province with statistically significant (P-value<0.001) consisted of organization characteristics, decentralization, specialization, technology, formality, organizational structure, characteristics of the environment, organizational atmosphere, coordination, characteristics of people in the organization, engagement, performance of duties, motivation, characteristics of management and operations, leadership, setting clear goals and resources allocation.

Factors affecting solid waste management of local administrative organizations in Bueng kan province including motivation, decentralization, organizational structure and specialization which can be forecasted the solid waste management at 70 percent ($R^2 = 0.51$, p-value<0.001). The forecast equation can be written as follows:

$$Y = 1.164 + [0.374* \text{motivation}] + [0.268*\text{decentralization}] + [-0.323* \text{structure,}] + [0.335* \text{specialization}]$$

Keywords: Factors affecting, Forecast, Solid waste management, Local administrative organizations

¹Student of Master of Public Health Chalermphrakiat Campus Kasetsart University, Sakonnakhon Province, Email: wuttichaiton01@gmail.com

²Local Administrative Extension Officer, Practitioner Level, Office of the Promotion of Local Government, Bueng kan Province, Email: siriratma2523@gmail.com

³Lecturer of Master of Public Health Chalermphrakiat Campus Kasetsart University, Sakonnakhon Province, Email: nirawan.s@ku.th

Corresponding Author: Nirawan Sanphoti, Email: nirawan.s@ku.th

บทนำ

ขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสำคัญของโลกและประเทศไทย มีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นทุกปี เนื่องจากจำนวนประชากรที่เพิ่มมากขึ้น อีกทั้งปัญหาขยะมูลฝอยส่วนใหญ่เกิดจากมนุษย์ที่ขาดความตระหนัก ขาดความรับผิดชอบ ดังนั้นหากไม่เร่งบริหารจัดการขยะมูลฝอยให้ถูกต้อง อาจทำให้เกิดการสะสมเป็นระยะเวลานาน และก่อให้เกิดการปลดปล่อยมลพิษต่างๆ อีกทั้งเกิดการปนเปื้อนลงสู่แหล่งน้ำผิวดินและใต้ดิน เกิดเพลิงไหม้ ทัศนอุจาด รวมถึงการปลดปล่อยก๊าซมีเทนขึ้นสู่ชั้นบรรยากาศส่งผลต่อภาวะโลกร้อน ซึ่งปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพอนามัยของประชาชนและสภาพสิ่งแวดล้อม¹

สถานการณ์ขยะมูลฝอยในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา ช่วงปี พ.ศ. 2553 – 2563 ประเทศไทยมีปริมาณขยะมูลฝอยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพิ่มขึ้นเฉลี่ยปีละ 449,000 ตัน หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 1.61 ในแต่ละปี ในปี 2553 มีปริมาณขยะมูลฝอยเกิดขึ้นทั่วประเทศประมาณ 24.22 ล้านตัน มีอัตราการเกิดขยะมูลฝอย 1.04 กิโลกรัม/คน/วัน และในปี 2563 มีปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น 28.71 ล้านตัน อัตราการเกิดขยะมูลฝอยคิดเป็น 1.18 กิโลกรัม/คน/วัน โดยปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น ถูกนำไปกำจัดอย่างถูกต้องประมาณ 9.81 ล้านตัน ถูกนำไปใช้ประโยชน์ 12.52 ล้านตัน ยังมีขยะมูลฝอยชุมชนอีกประมาณ 6.38 ล้านตัน ที่นำไปกำจัดอย่างไม่ถูกต้อง²

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานบริการสาธารณะให้แก่ประชาชนในพื้นที่ ตามบทบัญญัติแห่งพระราชบัญญัติการจัดตั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบทบาทอำนาจหน้าที่ตามพระราชบัญญัติรักษาความสะอาดและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเมือง (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2560 กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจในการเก็บ ขนย้าย และกำจัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยในเขตพื้นที่³ ประกอบกับแผนปฏิบัติการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน “จังหวัด

สะอาด” ประจำปี พ.ศ. 2564 ได้กำหนดแนวทางการจัดการขยะให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงาน โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ การจัดการขยะต้นทาง การจัดการขยะกลางทาง และการจัดการขยะปลายทาง จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบปัญหาและอุปสรรค ด้านการจัดการขยะมูลฝอยดังนี้ ขาดความร่วมมือจากประชาชนในการคัดแยกขยะมูลฝอย ขาดระบบการเก็บขนขยะมูลฝอยที่มีประสิทธิภาพ ไม่มีระบบรองรับขยะมูลฝอยนโยบายของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ชัดเจน มีข้อจำกัดด้านงบประมาณ อุปกรณ์เครื่องมือในการเก็บขนและกำจัดไม่เพียงพอ การทิ้งขยะมูลฝอยที่ไม่เหมาะสม ขาดประสิทธิภาพของการจัดเก็บค่าธรรมเนียมให้ครอบคลุมและไม่สะท้อนต้นทุนการจัดการขยะหน่วยงานระดับท้องถิ่นไม่เข้าใจกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และขาดการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ⁴

สถานการณ์ปริมาณขยะมูลฝอยของจังหวัดบึงกาฬ ในปี 2562 – 2563 พบว่า ปี 2562 จังหวัดบึงกาฬ มีปริมาณขยะมูลฝอยทั้งหมด 46,368 ตัน มีปริมาณขยะเข้าสู่ระบบกำจัดทั้งหมด 32,457.6 ตัน คิดเป็นร้อยละ 70 และในปี 25623 จังหวัดบึงกาฬ มีปริมาณขยะมูลฝอยทั้งหมด 55,191 ตัน มีปริมาณขยะเข้าสู่ระบบกำจัด 35,322.24 ตัน คิดเป็นร้อยละ 64 มีสถานที่กำจัดขยะ โดยการฝังกลบตามหลักสุขาภิบาล (Sanitary Landfill) จำนวน 4 ศูนย์ ให้บริการกำจัดขยะมูลฝอยทั่วไปทั้งจังหวัด โดยปี พ.ศ. 2563 มีการนำขยะมูลฝอยเข้าทำการกำจัด ปริมาณเฉลี่ยประมาณ 127 ตันต่อวัน คิดเป็นร้อยละ 30 ของปริมาณขยะที่เกิดขึ้นทั้งหมด มีศักยภาพน้อยมากเมื่อเทียบกับปริมาณที่ถูกผลิตในแต่ละวัน ปัญหาการจัดการขยะยังรอการแก้ไขหากมีการบริหารที่ไม่ดีอาจส่งผลทำให้เกิดปัญหาขยะล้นเมืองตามมา⁵

ดังนั้น จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จะเห็นว่าปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยในท้องถิ่นเป็นปัญหาที่ซับซ้อนและมีความเกี่ยวข้องกับ

ทุกภาคส่วน อีกทั้งมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพและความสำเร็จของการจัดการและแก้ไขปัญหา ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ โดยนำแนวคิดของสเตียร์ Steers, R.M. (1977) มาประยุกต์ใช้ในการวิจัย ผลการศึกษาที่ได้ จะถูกนำไปเป็นข้อมูลในการพยากรณ์การจัดการขยะมูลฝอย เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนาปรับปรุงแก้ไขการบริหารจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดบึงกาฬ ให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาที่ปัจจัยที่มีผล ต่อการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดบึงกาฬ
2. เพื่อพยากรณ์การจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดบึงกาฬ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (The Cross-sectional analytical study) ระยะเวลาที่ใช้ในการวิจัยตั้งแต่ เดือนกันยายน - พฤศจิกายน 2564

ประชากรที่ศึกษา

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดบึงกาฬ ที่ปฏิบัติงานการจัดการขยะมูลฝอย 1 ปีขึ้นไป ในจังหวัดบึงกาฬ จำนวน 131 คน ซึ่งงานวิจัยนี้ได้ดำเนินการศึกษากับกลุ่มประชากรศึกษาทั้งหมด

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

การรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามให้ตอบด้วยตนเองมีทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล มีคำถาม 9 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย ปัจจัยด้านลักษณะองค์กร ปัจจัยด้านลักษณะสภาพแวดล้อม ปัจจัย

ด้านนโยบายการบริหารและการปฏิบัติงาน มีคำถาม 35 ข้อ ส่วนที่ 3 การจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประกอบด้วย การจัดการขยะมูลฝอยต้นทาง การจัดการขยะมูลฝอยกลางทาง การจัดการขยะมูลฝอยปลายทาง มีคำถาม 40 ข้อ โดยส่วนที่ 2 และ 3 ใช้มาตราส่วนประมาณค่าตามแบบมาตรวัดของ Likert⁶ มีคำตอบให้เลือกตอบ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5 ระดับ ประกอบด้วย 5 คือ เห็นด้วยมากที่สุด 4 คือ เห็นด้วยค่อนข้างมาก 3 คือ เห็นด้วยเป็นบางส่วน 2 คือ เห็นด้วยค่อนข้างน้อย และ 1 คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามนี้สร้างขึ้นจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) แล้วนำมาแก้ไขปรับปรุงและนำไปทดลองในพื้นที่จังหวัดสกลนคร ที่มีลักษณะการปฏิบัติงานที่คล้ายคลึงกันและมีพื้นที่ใกล้เคียงกันในการทำวิจัยในครั้งนี้ จำนวน 30 คน หลังจากนั้นนำไปวิเคราะห์ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามโดยวิเคราะห์รายข้อ (Item total correlation) หากข้อใดมีติดลบหรือมีค่าน้อยกว่า 0.2 ต้องนำมาปรับปรุงแก้ไขซึ่งพบว่าทุกข้อคำถามในเครื่องมือมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นทำการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.98

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติพรรณนา (Descriptive statistics)

ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดต่ำสุดและค่ามัธยฐาน

2. สถิติอนุมาน (inferential statistics)

ได้แก่ การหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) และการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression Analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การแปลผล

ระดับปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (คุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะองค์การ ลักษณะสภาพแวดล้อมขององค์การ ลักษณะบุคคลภายในองค์การ ลักษณะนโยบายการบริหารและการปฏิบัติงาน) ระดับการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนำมาจัดเป็น 5 ระดับ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงค่าเฉลี่ยดังนี้⁷

ระดับมากที่สุด	4.50 – 5.00 คะแนน
ระดับมาก	3.50 – 4.49 คะแนน
ระดับปานกลาง	2.50 – 3.49 คะแนน
ระดับน้อย	1.50 – 2.49 คะแนน
ระดับน้อยที่สุด	1.00 – 1.49 คะแนน

เกณฑ์การแบ่งระดับคะแนนของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) มีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 โดยแบ่งระดับได้ดังนี้⁸

มีความสัมพันธ์โดยสมบูรณ์
หมายถึง $r = \pm 1$

มีความสัมพันธ์ระดับสูง

หมายถึง $r = \pm 0.71$ ถึง ± 0.99

มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

หมายถึง $r = \pm 0.31$ ถึง ± 0.70

มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

หมายถึง $r = \pm 0.01$ ถึง ± 0.30

ไม่มีความสัมพันธ์

หมายถึง $r = 0$

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมในการวิจัยในครั้งนี้หลังจากได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ เลขที่ BKPH 2022-002

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดบึงกาฬ ประชากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 62.3 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21 – 30 ปี จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 33.8 (อายุต่ำสุด 15 ปี อายุสูงสุด 53 ปี) ส่วนใหญ่สถานภาพโสด จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 50.8 ส่วนใหญ่สำเร็จปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 66.2 ประเภทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่เป็นเทศบาล จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 66.2 ส่วนใหญ่ดำรงตำแหน่งข้าราชการและลูกจ้างภารกิจ จำนวน 53 คน คิดเป็นร้อยละ 40.8 ส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001 – 20,000 บาท (S.D. = 971.44 บาท) รายได้ต่อเดือนต่ำสุด 5,888 บาท รายได้ต่อเดือนสูงสุด 54,000 บาท ส่วนใหญ่มีระยะเวลาปฏิบัติงานเฉลี่ย 5.72 ปี (S.D.=0.512 ปี) ระยะเวลาปฏิบัติงานต่ำสุด 1 ปี ระยะเวลาปฏิบัติงานสูงสุด 26 ปี และส่วนใหญ่ไม่เคยฝึกอบรมทักษะการปฏิบัติงาน จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 45.4 และส่วนใหญ่เคยฝึกอบรมทักษะการปฏิบัติงาน 1 ครั้ง จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 45.4 จำนวนต่ำสุด 1 ครั้ง จำนวนสูงสุด 6 ครั้ง

2. ระดับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดบึงกาฬ

ผลการวิจัยระดับปัจจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย ระดับลักษณะขององค์การในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D.=0.56) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า ความเป็นทางการ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D.=0.70) รองลงมาคือ โครงสร้างองค์การ

อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.99 (S.D.=0.57) ระดับลักษณะของสภาพแวดล้อมภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D.=0.57) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า บรรยากาศองค์กร มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.03 (S.D.=0.62) รองลงมาคือ การประสานงาน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.99 (S.D.=0.57) ระดับลักษณะของบุคคลในองค์กร ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.03 (S.D.=0.52) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า การจูงใจ มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.37 (S.D.=0.75) รองลงมาคือ ความผูกพันต่อองค์กร และการปฏิบัติงานตามหน้าที่ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.03 (S.D.=0.58) ระดับลักษณะของการบริหารและการปฏิบัติงาน ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.03 (S.D.=0.52) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D.=0.59) รองลงมาคือ การจัดหาทรัพยากร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.90 (S.D.=0.75) และรองลงมาคือ ภาวะผู้นำ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.58 (S.D.=0.58)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผล ลักษณะขององค์กร ลักษณะของสภาพแวดล้อม ลักษณะของบุคคลในองค์กร ลักษณะของการบริหารและการปฏิบัติงาน และการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำแนกตามรายตัวแปร (N=131)

ตัวแปร	Mean	S.D.	การแปลผล
ลักษณะขององค์กร	3.95	0.56	ระดับมาก
การกระจายอำนาจ	3.89	0.77	ระดับมาก
ความชำนาญเฉพาะทาง	3.81	0.73	ระดับมาก
เทคโนโลยี	3.80	0.75	ระดับมาก
ความเป็นทางการ	4.11	0.70	ระดับมาก
โครงสร้างองค์กร	3.99	0.57	ระดับมาก
ลักษณะของสภาพแวดล้อม	3.95	0.57	ระดับมาก
บรรยากาศองค์กร	4.03	0.62	ระดับมาก
การประสานงาน	4.04	0.67	ระดับมาก

3. ระดับการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดบึงกาฬ

ผลการวิจัยระดับการจัดการขยะมูลฝอยภาพรวมอยู่ในระดับมากค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D.=0.58) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามรายด้าน พบว่า การจัดการขยะมูลฝอยกลางทาง มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.02 (S.D.=0.68) รองลงมาคือ การจัดการขยะต้นทาง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.93 (S.D.=0.58) และรองลงมาคือ การจัดการขยะมูลฝอยปลายทาง อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.89 (S.D.=0.79)

รายละเอียดของค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการแปลผล คุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะขององค์กร ลักษณะของสภาพแวดล้อม ลักษณะของบุคคลในองค์กร ลักษณะของการบริหารและการปฏิบัติงาน ต่อการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำแนกตามรายตัวแปร แสดงดังตารางที่ 1

ตัวแปร	Mean	S.D.	การแปลผล
ลักษณะของบุคคลในองค์กร	4.03	0.52	ระดับมาก
ความผูกพันต่อองค์กร	4.03	0.59	ระดับมาก
การปฏิบัติงานตามหน้าที่	4.03	0.58	ระดับมาก
การจงใจ	4.37	0.75	ระดับมาก
ลักษณะของการบริหารและการปฏิบัติงาน	3.82	0.52	ระดับมาก
ภาวะผู้นำ	3.58	0.58	ระดับมาก
การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน	3.95	0.59	ระดับมาก
การจัดหาทรัพยากร	3.9	0.75	ระดับมาก
การจัดการขยะมูลฝอย	3.93	0.58	ระดับมาก
การจัดการขยะมูลฝอยต้นทาง	3.99	0.67	ระดับมาก
การจัดการขยะมูลฝอยกลางทาง	4.02	0.68	ระดับมาก
การจัดการขยะมูลฝอยปลายทาง	3.89	0.79	ระดับมาก

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดบึงกาฬ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เพียร์สันระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะขององค์กร ลักษณะของสภาพแวดล้อม ลักษณะของบุคคลในองค์กร ลักษณะของการบริหารและการปฏิบัติงาน ต่อการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ตารางที่2) พบว่า ลักษณะขององค์กร พบความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.536$, $p\text{-value}<0.001$) ประกอบด้วย การกระจายอำนาจ ($r=0.492$, $p\text{-value}<0.001$), ความชำนาญเฉพาะทาง ($r=0.474$, $p\text{-value}<0.001$), เทคโนโลยี($r=0.371$, $p\text{-value}<0.001$), ความเป็นทางการ ($r=0.488$, $p\text{-value}<0.001$), โครงสร้างองค์กร($r=0.346$, $p\text{-value}<0.001$), ตามลำดับ ลักษณะของ

สภาพแวดล้อม ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.396$, $p\text{-value}<0.001$), ประกอบด้วย บรรยากาศองค์กร ($r=0.357$, $p\text{-value}<0.001$), การประสานงาน ($r=0.357$, $p\text{-value}<0.001$), ตามลำดับ ลักษณะของบุคคลในองค์กร ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.445$, $p\text{-value}<0.001$), ประกอบด้วย ความผูกพันต่อองค์กร ($r=0.278$, $p\text{-value}<0.001$), การปฏิบัติงานตามหน้าที่ ($r=0.520$, $p\text{-value}<0.001$), การจงใจ ($r=0.569$, $p\text{-value}<0.001$), ลักษณะของการบริหารและการปฏิบัติงาน ที่พบความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.549$, $p\text{-value}<0.001$), ประกอบด้วย ภาวะผู้นำ ($r=0.202$, $p\text{-value}<0.05$), การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน ($r=0.549$, $p\text{-value}<0.001$), การจัดหาทรัพยากร ($r=0.544$, $p\text{-value}<0.001$),

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่าง คุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะขององค์กร ลักษณะของสภาพแวดล้อม ลักษณะของบุคคลในองค์กร ลักษณะของการบริหารและการปฏิบัติงาน ต่อการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (N=131)

ตัวแปรต้น	การจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ลักษณะขององค์กร	0.536**	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
การกระจายอำนาจ	0.492**	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
ความชำนาญเฉพาะทาง	0.474**	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
เทคโนโลยี	0.371**	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
ความเป็นทางการ	0.488**	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
โครงสร้างองค์กร	0.346**	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
ลักษณะของสภาพแวดล้อม	0.396**	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
บรรยากาศองค์กร	0.357**	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
การประสานงาน	0.357**	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
ลักษณะของบุคคลในองค์กร	0.445**	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
ความผูกพันต่อองค์กร	0.278**	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
การปฏิบัติงานตามหน้าที่	0.520**	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
การจูงใจ	0.569**	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
ลักษณะของการบริหารและการปฏิบัติงาน	0.549**	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
ภาวะผู้นำ	0.202*	<0.005	สัมพันธ์ทางบวก
การกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน	0.549**	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก
การจัดหาทรัพยากร	0.544**	<0.001	สัมพันธ์ทางบวก

5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดบึงกาฬ

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า ตัวแปรที่ศึกษาสามารถร่วมกันพยากรณ์การจัดการขยะมูลฝอย ได้ร้อยละ 0.70 ($R^2 = 0.50$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 (ตารางที่ 3) ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ การจูงใจ ($p\text{-value} < 0.001$) การกระจายอำนาจ

($p\text{-value}=0.001$) โครงสร้างขององค์กร ($p\text{-value}=0.001$) และความชำนาญเฉพาะทาง ($p\text{-value}=0.001$) ตามลำดับ โดยเขียนเป็นสมการพยากรณ์ได้ ดังนี้

$$Y = 1.164 + [0.374 * \text{การจูงใจ}] + [0.268 * \text{การกระจายอำนาจ}] + [-0.323 * \text{โครงสร้างขององค์กร}] + [0.335 * \text{ความชำนาญเฉพาะทาง}]$$

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการขยะมูลฝอยของ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (N=131)

ตัวแปรอิสระ (ตัวพยากรณ์)	B	S.E.	Beta	t	p-value
1. การจงใจ	0.374	0.065	0.482	5.745	< 0.001
2. การกระจายอำนาจ	0.268	0.064	0.349	4.201	< 0.001
3. โครงสร้างขององค์การ	- 0.323	0.083	-0.391	3.911	< 0.001
4. ความชำนาญเฉพาะทาง	0.335	0.089	0.331	3.756	< 0.001

ค่าคงที่ = 1.164, F = 31.129 P-value <0.001, R = 0.708 , R² = 0.501

Note : R = 0.708, R² = 0.501, R adj = 0.485

B = unstandardized beta coefficient, Beta = standardized beta coefficient

การอภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการจัดการขยะมูลฝอยในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ การจงใจ การกระจายอำนาจ โครงสร้างองค์การ และความชำนาญเฉพาะทาง ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์การจัดการขยะมูลฝอยในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นได้ **ได้ร้อยละ 70.10** ซึ่งการจัดการขยะมูลฝอยควรให้ความสำคัญกับปัจจัยต่างๆ ดังนี้

การจงใจ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) และสามารถร่วมกันพยากรณ์การจัดการขยะมูลฝอยขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากการจงใจเป็นสิ่งสำคัญต่อการปฏิบัติงานการจัดการขยะมูลฝอย เพื่อกระตุ้นกระตุ้นให้ผู้รับผิดชอบงานเกิดแรงผลักดันให้แสดงพฤติกรรมทำงานสำเร็จ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่องค์กรตั้งไว้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ สมคิด บางโม (2556)⁹ การสร้างแรงจูงใจให้กับพนักงาน การสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงานจะทำให้การดำเนินงานขององค์กรบรรลุตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพศาล ไกรรัตน์ และคณะ (2561)¹⁰ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่ส่งผล

ต่อประสิทธิภาพการพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมี 5 ปัจจัย ประกอบด้วย ด้านภาวะผู้นำองค์การ ด้านสมรรถนะองค์การ ด้านแรงจูงใจในการทำงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ พลลภ จิระโร (2563)¹¹ ภาพรวมของแรงจูงใจอยู่ในระดับมากและร่วมกันพยากรณ์คุณภาพของผู้เรียนในโรงเรียนสังกัดองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ร้อยละ 39.5

การกระจายอำนาจมีความสัมพันธ์กับการจัดการขยะมูลฝอยขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ (P-value <0.001) และสามารถร่วมกันพยากรณ์การจัดการขยะมูลฝอยขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากการกระจายอำนาจในองค์กรทำให้บุคคลได้มีบทบาทในการตัดสินใจในงาน กำหนดทิศทางในการปฏิบัติงานได้ด้วยตนเอง ช่วยลดช่องว่าง ลดขั้นตอนและลดอุปสรรคในการปฏิบัติงานส่งผลให้การจัดการขยะมูลฝอยประสบความสำเร็จ สอดคล้องกับแนวคิดของกล้า ทองขาว (2548)¹² การมอบหมายงานและการกำหนดภารกิจที่ดี มีความชัดเจนในการกำหนดขั้นตอนและวิธีการทำงาน มีความเหมาะสมในหน้าที่ความรับผิดชอบสอดคล้องกับแนวทางในการปฏิบัติของหน่วยงานมีความยืดหยุ่นและคล่องตัว สอดคล้องกับงานวิจัยของ วิมล ชาตะมีนา และคณะ (2551)¹³ ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยแห่ง

ความสำเร็จในการบริหารจัดการ ได้แก่ การบริหารงานที่คล่องตัว โดยมีการมอบหมายหน้าที่ความรับผิดชอบ เพื่อลดขั้นตอนการทำงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ รันนตนาภรณ์ (0000)¹⁴ พบว่าการมอบหมายงาน ที่ส่งผลต่อความสำเร็จ การนำนโยบายปฏิบัติร้อยละ 73.0

โครงสร้างองค์กรมีความสัมพันธ์กับการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) และสามารถร่วมกันพยากรณ์การจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นค่า ($Beta = -0.391$) ติดลบ กล่าวได้ว่าการจัดการขยะมีทิศทางตรงกันข้าม นั่นคือถึงแม้จะได้รับการจัดให้มีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจน แต่ไม่สามารถทำให้การจัดการขยะมีประสิทธิภาพขึ้นได้ เนื่องจากขาดแคลนบุคลากร สอดคล้องกับงานวิจัยของ มนต์พิพัฒน์ เอี่ยมจรัส และคณะ (2558)¹⁵ พบว่าโครงสร้างที่ดีต้องมีความเหมาะสมกันระหว่างปริมาณงานและปริมาณคน สอดคล้องกับงานวิจัยของ อรนนท์ กลทปะ (2552)¹⁶ ได้ศึกษาเรื่องขนาดการจัดบริการสาธารณะที่มีประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่าการจัดบริการด้านการเก็บขนและกำจัดขยะมูลฝอยให้แก่องค์กรบริหารส่วนตำบล เป็นคนดำเนินการจะเกิดประสิทธิภาพมากกว่าเทศบาลตำบล สอดคล้องกับงานวิจัยของขวัญฤดี จันทิมา และอรัญญ์ เลียงจินดาถาวร (2557)¹⁷ พบว่าการจัดการขยะมีความแตกต่างกันไปตามขนาดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สภาพปัญหาของท้องถิ่นและข้อจำกัดต่างๆขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นๆ

ความชำนาญเฉพาะทาง มีความสัมพันธ์กับการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) และสามารถร่วมกันพยากรณ์การจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เนื่องจากบุคคลมีความเข้าใจในงานที่ปฏิบัติรวมทั้งขั้นตอนวิธีการทำงานและสามารถประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะต่างๆ ในการปฏิบัติงานให้เกิดผล

สำเร็จ บรรลุเป้าหมายขององค์กรสอดคล้องกับแนวคิดของ Steers (1977)¹⁸ ความชำนาญเฉพาะอย่างหรือเฉพาะที่การแบ่งงานตามชำนาญเฉพาะอย่างจะนำไปสู่ประสิทธิผลสูงเพราะเป็นการเปิดโอกาสให้บุคลากรได้มีความเชี่ยวชาญจากงานที่มีส่วนร่วมรับผิดชอบทำให้ผลงานตอบสนองต่อเป้าหมายได้สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พิระยา วัชรโรทัย (2556)¹⁹ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการบริหารจัดการขยะมูลฝอยได้แก่ การแบ่งงานตามหน้าที่อย่างชัดเจน สอดคล้องกับการศึกษาของ สันชัย พรหมสิทธิ์ และคณะ (2562)²⁰ พบว่ารูปแบบการจัดการขยะกับความเหมาะสมของพื้นที่ต้องมอบหมายผู้รับผิดชอบอย่างชัดเจน เพิ่มบุคลากรให้เหมาะสมกับงานโดยแบ่งความรับผิดชอบตามประเภทงานและความรู้แต่ละบุคคล

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยและการนำไปใช้

ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและผู้ที่เกี่ยวข้องในการจัดการขยะมูลฝอย ควรนำผลการศึกษาวិจัยไปใช้ในการวางแผนปรับปรุง โดยคำนึงถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการขยะทั้ง 4 ปัจจัย ประกอบด้วย การจูงใจ การกระจายอำนาจ โครงสร้างขององค์กร ความชำนาญเฉพาะทาง เพื่อให้การจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่ส่งผลต่อการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้ได้ข้อมูลนำมาประกอบการพัฒนาและแก้ไขปัญหาการจัดการขยะมูลฝอยในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เกิดประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการขยะมูลฝอย เพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการจัดการขยะมูลฝอยขององค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและชัดเจน

3. ควรนำปัจจัยที่ได้จากการวิจัยไปสร้างรูปแบบการบริหารจัดการขยะมูลฝอยในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สอดคล้องกับปัญหาของบริบทพื้นที่ เพื่อแก้ปัญหาที่ตรงกับพื้นที่และความต้องการเป็นปัญหาโดยแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. สันชัย พรหมสิทธิ์, วันทนี แสงภักดี, สัญญา เคนาภูมิ, พงษ์เมธี ไชยศรีหา. รูปแบบการจัดการขยะกับความเหมาะสมของพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์. 2562 ; 6(2): 459-483
2. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์สถานที่กำจัดขยะมูลฝอยชุมชนของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: บริษัท ธนสิริบรินตั้ง จำกัด; 2562.
3. กิตติ มีศิริ. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการจัดการขยะมูลฝอยโดยชุมชน กรณีศึกษาชุมชนเขตไพเราะ 3,4,5 เขตพระโขนง กรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์รัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารรัฐกิจและกิจการสาธารณะ]. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
4. กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม. แนวทางการบริหารจัดการขยะมูลฝอยและของเสียอันตรายระดับพื้นที่. นนทบุรี: สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 6; 2561.
5. สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดบึงกาฬ. รายงานผลการบริหารจัดการขยะมูลฝอยชุมชน .บึงกาฬ; 2563.
6. Likert, R. Attitude Theory and measurement. New York; 1967
7. สำเร็จ จันทสุวรรณ, สุวรรณ บัวทวน. ระเบียบวิธีวิจัยด้านสังคมศาสตร์. ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น; 2547.
8. Elifson, K.W., Runyon, R.P. and Haber, A. Fundamentals of social statistics. New York: McGraw-Hill ; 1990.
9. สมคิด บางโม. องค์การและการจัดการ. กรุงเทพมหานคร : บริษัทวิทยพัฒน์ จำกัด; 2558.
10. ไพศาล ไกรรัตน์, จิตติ กิตติเลิศไพศาล, ปณิธิ การสมดี, ชาดิชัย อุดมดิจมงคล. ตัวแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการพัฒนาระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วารสารชุมชนวิจัย. 2561; 12(3): 185-198.
11. พัลลภ จิระโร. แรงจูงใจในการทำงานของครูและบุคลากรทางการศึกษาที่ส่งผลต่อคุณภาพของผู้เรียนในโรงเรียนสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชุมพร. วารสารการวัดและประเมินผลสถิติและการวิจัยทางสังคมศาสตร์. 2563; 1(2): 33-44.
12. กล้า ทองขาว. นโยบายสาธารณะและการวางแผน. เอกสารการสอนชุดวิชาวิทยาการจัดการ (หน่วยที่ 5). นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ; 2548.
13. วิมล ชาคะมีนา, วชิรา วราศรัย, รุ่งทิพย์ จินดาพล. ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการบริหารจัดการและดำเนินโครงการของ อบจ.แพร่และของ อบจ.พิษณุโลก. กรุงเทพฯ: กองทุนวิจัยประเทศไทย; 2551.
14. รัตนาภรณ์ โตพงษ์, ศุภณัฐ ทรัพย์นาวิน. การนำนโยบายด้านการจัดเก็บภาษีและรายได้ไปปฏิบัติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยศิลปากร. 2559; 9(2).
15. มนต์พิพัฒน์ เอี่ยมจรัส, ไชยา ยัมวิไล, และปิยากร หวังมหาพร. ประสิทธิภาพในการจัดการสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดปริมณฑล. วารสารช่อพะยอม. 2558; 26(2): 141-162.

16. อรนนท์ กลั่นทปฺระ. ขนาดการจัดบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ศึกษากรณีบริการเก็บขนและกำจัดขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดนครสวรรค์. วารสารพัฒนาบริหารศาสตร์. 2552; 49(3).
17. ขวัญฤดี จันทิมา, อรทัย เลียงจินดาถาวร. การนำนโยบายการจัดการสิ่งแวดล้อมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปปฏิบัติ วิเคราะห์การจัดการขยะของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ในจังหวัดอุบลราชธานีและจังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร. 2557; 6(11).
18. Steers, R.M. Organizational Effectiveness A Behavioral view. Santa Monica California: Good Year ; 1997.
19. พิรยา วชิโรทัย. การจัดการขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาเทศบาลตำบลเมืองแกลง จังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการสิ่งแวดล้อม. สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ ; 2556.
20. สันชัย พรหมสิทธิ์, วันทนี แสนภักดี, สัญญา เคนาภูมิ, พงษ์เมธี ไชยศรีหา. รูปแบบการจัดการขยะกับความเหมาะสมของพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์. 2562; 6(2): 459 – 483.

ความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส

นุรมา สมการณ์¹, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ²

(วันที่รับบทความ: 9 พฤศจิกายน 2564; วันที่แก้ไข: 12 มิถุนายน 2565; วันที่ตอบรับ: 14 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส ประชากรคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นกลุ่มติดบ้าน ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 1,651 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณของ Daniel ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 289 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำไปทดลองใช้เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถาม เท่ากับ 0.96 วิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง (60.21%) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ระดับการศึกษา (P-value=0.006) ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล (P-value<0.001) การมีโรคประจำตัว (P-value=0.029) และความรู้ของผู้สูงอายุ (P-value=0.024) แต่ทัศนคติของผู้สูงอายุไม่พบความสัมพันธ์ (P-value=0.179) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความรู้, ทัศนคติ, คุณภาพชีวิต, ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะนะ อำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส,
E-mail: soomkan3005@hotmail.com

² อาจารย์, คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, E-mail: Amornsak1.poum@gmail.com
Corresponding Author: อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, E-mail: Amornsak1.poum@gmail.com

Knowledge and Attitude Associated with Quality of Life among Elderly Dependents in Chanae District, Narathiwat Province

Nurma Soomkan¹, Amornsak Poum²

(Receive: 9th November 2021; Revised: 12th June 2022; Accepted: 14th June 2022)

Abstract

This Cross-sectional study aimed to study knowledge and attitude associated with quality of life among elderly dependents. Population in this study consisted of 1,651 the elderly dependents in Chanae district, Narathiwat province. The sample size calculating used Daniel formula for 289 cases, and systematic random sampling was determined for collecting data. Data collected by structure interview. In addition to check questionnaire standardization, validity was checked by 3 experts and try out testing reliability about 0.96. Data analyzed using statistical as Pearson product moment correlation coefficient. The result showed that the quality of life among elderly dependents including; physical domain, psychological domain, social relationship and environment domain had mean score with moderate level (60.21%). An association analyzed found that, factor was found association with quality of life among elderly dependents with statistic significant including; education level (P-value=0.006) having care giver (P-value<0.001) congenital disease (P-value=0.029) and knowledge of elderly (P-value=0.024), respectively. Conversely, attitude was not found association (P-value=0.179).

Keywords: Knowledge, Attitude, Quality of life, Elderly dependents

¹ Public Health Technical Officer, Professional Level, Chanae District Public Health Office, Narathiwat Province, E-mail: soomkan3005@hotmail.com

² Lecturer, Faculty of Public Health, Naresuan University. E-mail: Amornsak1.poum@gmail.com

Corresponding Author: Amornsak Poum, E-mail: Amornsak1.poum@gmail.com

บทนำ

ผู้สูงอายุหรือคนชราตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลกหมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง¹ องค์การสหประชาชาติได้นิยามว่า ประเทศใดมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นสัดส่วนเกิน ร้อยละ 10 หรือมีอายุ 65 ปีขึ้นไป เกินร้อยละ 7 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าประเทศนั้นได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) และจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 และอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นร้อยละ 14 แนวโน้มและสถานการณ์โครงสร้างประชากรพบสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุโลกกำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากปัจจุบันที่มีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 600 ล้านคน ซึ่งคาดการณ์จะเพิ่มขึ้นเป็น 1.2 พันล้านคน และ 2 พันล้านคน ในปี พ.ศ.2563 และ พ.ศ.2593 ตามลำดับ โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2564 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) เนื่องจากจะมีสัดส่วนคนอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 10 ตามนิยามองค์การสหประชาชาติและคาดว่าจะเป็สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ในอีก 20 ปี หรือปี พ.ศ.2578 คือมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง ร้อยละ 30² ข้อมูลผู้สูงอายุของสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2557 พบว่าประเทศไทยมีประชากรวัยสูงอายุ จำนวน 9,928,000 คน (ร้อยละ 15.3)³ จากการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบทำให้เกิดปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะบุคคลที่กำลังก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุจะต้องประสบกับสภาพการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เสื่อมโทรมตามธรรมชาติและจิตใจที่เปลี่ยนแปลงไปตามสภาพของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวย่อมมีผลต่อการปรับเปลี่ยนสถานภาพและบทบาทใหม่ของผู้สูงอายุในสังคมด้วย เช่น การขาดรายได้จากการ

ทำงาน ท้อแท้ เกิดความเหงา ความกังวลที่ถือว่าตนเองอยู่ในช่วงบั้นปลายของชีวิต²

จังหวัดนราธิวาส สถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยปี พ.ศ. 2560-2562 มีจำนวนผู้สูงอายุ เท่ากับ 69,133 (ร้อยละ 10.67), 69,506 (ร้อยละ 10.75) และ 71,446 (ร้อยละ 12.41) ตามลำดับ จากรายงานข้อมูลผลการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ หรือ ADL (Activities of daily living) สามารถดำเนินการประเมิน ADL ให้แก่ผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส ได้ครอบคลุมร้อยละ 88.08, 94.87 และ 96.8 ตามลำดับ โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มดังนี้ กลุ่ม 1 ผู้สูงอายุติดสังคม มีจำนวนร้อยละ 97.21 (59,200 คน), 97.22 (64,112 คน) และ 97.30 (67,331 คน) กลุ่ม 2 ผู้สูงอายุติดบ้าน จำนวนร้อยละ 2.42 (1,477 คน), 2.40 (1,585 คน) และ 2.39 (1,651 คน) และกลุ่ม 3 ผู้สูงอายุติดเตียง จำนวนร้อยละ 0.36 (218 คน), 0.37 (245 คน) และ 0.35 (238 คน) ตามลำดับ สำหรับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุจากผลการตรวจคัดกรองปัญหาสุขภาพพบว่า ปี พ.ศ.2562 ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพมีทั้งหมด 10 ปัญหา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคสุขภาพช่องปากโรคสมองเสื่อม โรคข้ออักเสบไขข้ออักเสบ ภาวะหกล้ม การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และภาวะน้ำหนักสูงเกินกว่าเกณฑ์มาตรฐาน จากปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเขตจังหวัดนราธิวาส พบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัญหาที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 31.88) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 7.62) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 3.89) ตามลำดับ⁴ ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทำให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เท่าเทียมกับคนปกติ ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ทำให้ขาดการช่วยเหลือดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ในขณะที่ศักยภาพของครัวเรือนในการ

ดูแลผู้สูงอายุถดถอยลง จากข้อมูลสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตจังหวัดนราธิวาส คือกลุ่มที่ได้รับการประเมินว่าเป็นกลุ่มติดบ้าน โดยผู้วิจัยจะได้นำข้อมูลผลวิจัยมาใช้ในการพัฒนากิจกรรมส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน กันยายน – ธันวาคม พ.ศ.2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ ผู้สูงอายุที่มีรายชื่อตามทะเบียนเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส และได้รับการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเป็นกลุ่มติดบ้าน ในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 1,651 ราย⁴

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส และอาศัยอยู่ในพื้นที่จริงอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป และสามารถอ่านเข้าใจภาษาไทย และตอบคำถามจากการสัมภาษณ์ได้ กำหนดเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ ผู้ที่ไม่สมัครใจตอบคำถาม และเจ็บป่วยในช่วงเก็บข้อมูลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้ คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณที่ทราบประชากรแน่นอนของ Daniel⁵ โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ค่าความคลาดเคลื่อนสามารถยอมรับได้ เท่ากับ 0.05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 289 คน

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) เพื่อเลือกรายชื่อของผู้สูงอายุที่ติดบ้านจากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุของสถานบริการสาธารณสุข โดยนำรายชื่อ

ผู้สูงอายุมาเรียงลำดับรายชื่อตามตัวอักษร ก ถึง ฮ แล้วคำนวณค่าระยะห่างของการสุ่ม เท่ากับ 3 หลังจากนั้นเริ่มสุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างคนแรก แล้วหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างลำดับถัดไปโดยเว้นระยะห่างของรายชื่อเท่ากับ 3 สุ่มหยิบรายชื่อกลุ่มตัวอย่างไปจนครบจำนวน 289 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้ครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน สิทธิด้านการรักษาพยาบาล โรคประจำตัว ระยะเวลาการป่วยเป็นโรค ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล

ส่วนที่ 2 ความรู้ของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย โรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 40 ข้อ ลักษณะคำตอบมี 3 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ ใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Bloom⁶ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความรู้ระดับสูง คะแนน $\geq 80\%$ ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 61–79% และระดับต่ำ คะแนน $\leq 60\%$

ส่วนที่ 3 ทัศนคติของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน ความสำคัญของการดูแลสุขภาพ การจัดการความเครียด จำนวน 30 ข้อ ข้อคำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ใช้เกณฑ์การแปลผลตามเกณฑ์ของ Best John⁷ แบ่งเป็น 3 ระดับคือ ความคิดเห็นระดับสูง คะแนนระหว่าง 3.67–5.00 ระดับปานกลาง คะแนนระหว่าง 2.34–3.66 ระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 1.00–2.33

ส่วนที่ 4 แบบประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิตของ

องค์การอนามัยโลก WHOQOL-BREF-THAI (ฉบับภาษาไทย)⁸ ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม จำนวน 26 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินคุณภาพชีวิต โดยแบ่งเป็น 3 ระดับคือ คุณภาพชีวิตที่ดี คะแนนระหว่าง 96-130 คะแนน คุณภาพชีวิตปานกลาง คะแนนระหว่าง 61-95 คะแนน คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนนระหว่าง 26-60 คะแนน

แบบสัมภาษณ์นี้สร้างขึ้นจากการศึกษา ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและนำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ ความรู้ของผู้สูงอายุ โดยใช้สูตร KR_{20} มีค่าเท่ากับ 0.96 ทศนิยมของค่าผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค⁹ เท่ากับ 0.87, 0.92 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Pearson's Product Moment correlation coefficient

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอนาจะนะ จังหวัดนราธิวาส ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (67.13%) มีอายุน้อยกว่า 65 ปี (40.14%) ($\bar{X}$ =69.84, S.D.=7.375, Max=88, Min=60) มีสถานภาพสมรสคู่/แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน (47.75%) ส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ (73.36%) รองลงมาคือ จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (20.76%) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ทำงาน (79.97%) มีเพียงร้อยละ 0.69 ที่เป็นข้าราชการบำนาญทำให้มีเงินเดือนในการใช้จ่าย รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 3,000-6,000 บาท (53.98%) ($\bar{X}$ =4,466.78, S.D.=5,377.726, Max=50,000, Min=600) ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย บุตร (47.40%) และสามี/ภรรยา (44.98%) ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง (82.01%) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอนาจะนะ จังหวัดนราธิวาส

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	95	32.87
หญิง	194	67.13
อายุ (ปี)		
< 65	116	40.14
65 – 74	107	37.02
≥ 75	66	22.84
Mean = 69.84, S.D.= 7.375, Min =60, Max =88		
สถานภาพสมรส		
โสด	14	4.84
คู่ แต่งงาน/อยู่ด้วยกัน	138	47.75
หม้าย/หย่า/แยก	137	47.70
ระดับการศึกษา		

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ไม่ได้เรียน	212	73.36
ประถมศึกษา	60	20.76
มัธยมศึกษาหรือเทียบเท่า	8	2.77
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	5	1.73
ปริญญาตรี	2	0.69
สูงกว่าปริญญาตรี	2	0.69
การประกอบอาชีพ		
ไม่ได้ทำงาน	208	79.97
เกษตรกร (ทำนา ทำสวน ทำไร่)	45	15.57
ค้าขาย	18	6.23
ข้าราชการบำนาญ	2	0.69
รับจ้างทั่วไป	16	5.54
รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน (บาท)		
< 3,000	109	37.72
3,000 – 6,000	156	53.98
> 6,000	24	8.30
Mean= 4,466.78, S.D.=5,377.726, Min= 600, Max= 50,000		
ผู้ดูแลหลักที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ		
สามี/ภรรยา	130	44.98
บุตร	137	47.40
หลาน	12	4.15
สะใภ้/เขย	8	2.78
ญาติพี่น้อง	2	0.69
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูง	237	82.01
โรคเบาหวาน	39	13.49
โรคไขมันในเลือดสูง	13	4.50

ความรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (48.44%) เมื่อพิจารณาจำแนกความรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่าความรู้ด้านอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง (44.64%) ความรู้ด้านโรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลาง (41.18%) ความรู้ด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสมอยู่ในระดับต่ำ (48.10%) และด้านการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุ อยู่ในระดับต่ำ (35.99%) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ความรู้ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส

ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับ					
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้ด้านสุขภาพ	48	16.61	140	48.44	101	34.95
- โรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	79	27.34	119	41.18	91	31.49
- อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ	129	44.64	85	29.41	75	25.95
- การออกกำลังกายที่เหมาะสม	83	28.72	67	23.18	139	48.10
- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	87	30.10	98	33.91	104	35.99

ทัศนคติด้านสุขภาพ ในภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง (56.40%) เมื่อพิจารณาจำแนกทัศนคติด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน

อยู่ในระดับสูง (47.40%) ความสำคัญของการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับสูง (48.10%) การจัดการความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง (51.56%) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ทัศนคติของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส

ทัศนคติด้านสุขภาพ	ระดับ					
	สูง		ปานกลาง		ต่ำ	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ทัศนคติด้านสุขภาพ	123	42.56	163	56.40	3	1.04
- บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน	137	47.40	133	46.02	19	6.57
- ความสำคัญของการดูแลสุขภาพ	139	48.10	139	48.10	11	3.81
- การจัดการความเครียด	137	47.40	149	51.56	3	1.04

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (60.21%) เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า คุณภาพชีวิตทั้ง 4 ด้าน มีระดับคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง

ทุกด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย (68.86%) ด้านจิตใจ (53.29%) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (49.83%) และ ด้านสิ่งแวดล้อม (49.83%) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	ระดับ					
	ดี		ปานกลาง		ไม่ดี	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	51	17.65	174	60.21	64	22.15
- ด้านสุขภาพกาย	29	10.03	199	68.86	61	21.11
- ด้านจิตใจ	61	21.11	154	53.29	74	25.61
- ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	44	15.22	144	49.83	101	34.95
- ด้านสิ่งแวดล้อม	66	22.84	144	49.83	79	27.34

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ($r = -0.161$, $p\text{-value} = 0.006$) ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล ($r = 0.256$, $p\text{-value} < 0.001$) การมีโรคประจำตัว ($r = -0.274$, $p\text{-value} = 0.029$) ตามลำดับ ความรู้

ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.133$, $p\text{-value} = 0.024$) แต่ทัศนคติของผู้สูงอายุ ไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ($r = 0.079$, $p\text{-value} = 0.179$) ตามลำดับ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ทัศนคติของผู้สูงอายุที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาส

ตัวแปรอิสระ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
คุณลักษณะส่วนบุคคล			
- ระดับการศึกษา	-0.161	0.006	มีความสัมพันธ์ทางลบ
- ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล	0.256	<0.001	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- มีโรคประจำตัว	-0.274	0.029	มีความสัมพันธ์ทางลบ
ความรู้ด้านสุขภาพ	0.133	0.024	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- โรคและปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	0.112	0.005	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ	0.051	0.389	ไม่พบความสัมพันธ์
- การออกกำลังกายที่เหมาะสม	0.170	0.005	มีความสัมพันธ์ทางบวก
- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	0.130	0.027	มีความสัมพันธ์ทางบวก
ทัศนคติของผู้สูงอายุ	0.079	0.179	ไม่พบความสัมพันธ์
- บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน	0.066	0.265	ไม่พบความสัมพันธ์

ตัวแปรอิสระ	คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
- ความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	0.065	0.268	ไม่พบความสัมพันธ์
- การจัดการความเครียด	0.043	0.470	ไม่พบความสัมพันธ์

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นความพึงพอใจในชีวิตของผู้สูงอายุภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยมและบริบททางสังคมของบุคคลในการดำรงชีวิตในสังคมตามวิถีชีวิตของแต่ละคน ซึ่งมีความแตกต่างกันตามกาลเวลาที่เปลี่ยนไป คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส โดยผู้สูงอายุประเมินคุณภาพชีวิตตนเองอยู่ในระดับปานกลางทั้งรายด้านและโดยภาพรวม ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังอยู่ในช่วงอายุน้อยกว่า 65 ปี (ร้อยละ 40.14) สอดคล้องกับการศึกษาของ อาริส ปานภูมิ และคณะ¹⁰ ที่พบว่าผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย มีคุณภาพชีวิตในระดับปานกลาง (ร้อยละ 68.4) โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจะมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงสุดเนื่องมาจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่กับบุตรของตนเอง (ร้อยละ 47.40) มีบุตรคอยดูแลเอาใจใส่ มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลพบว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ($P\text{-value} < 0.001$) เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นบุคคลในครอบครัวคือ บุตร (ร้อยละ 47.40) และคู่สมรส (ร้อยละ 44.98) ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิตไม่รู้สึกเหงาหรือว่าเหว เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ร่วมกับคู่สมรสและบุตรธิดา ซึ่งทำหน้าที่

ดูแลและทำให้เกิดสัมพันธภาพในครอบครัว ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ($P\text{-value} = 0.006$) เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้เรียนหนังสือ (73.36%) ส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่มีความรู้ที่จะสามารถดูแลตนเองได้ดี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาวิจัยของ อาริส ปานภูมิ และคณะ¹⁰ ที่พบว่าผู้สูงอายุเขตอำเภอเมือง จังหวัดเลย ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้และสามารถดูแลตนเองได้เป็นอย่างดี การมีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ($P\text{-value} = 0.029$) เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจะเริ่มมีการพึ่งพาคนอื่นเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากปัญหาสุขภาพและการมีโรคประจำตัว จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุมีโรคประจำตัวคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 82.01) โรคเบาหวาน (ร้อยละ 13.49) และโรคไขข้อในเลือดสูง (ร้อยละ 4.50) สอดคล้องกับการศึกษาของ จีราพร และคณะ¹¹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรคต่อคนจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} = 0.024$) สามารถอธิบายเหตุผลได้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 48.44) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยความรู้ด้านสุขภาพประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคและปัญหา

สุขภาพของผู้สูงอายุ อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งตรงกับแนวคิดของ Green & Kreuter¹² กล่าวว่า ความรู้เป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมหรือการกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคล ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยที่เกิดจากการเรียนรู้หรือประสบการณ์ที่ได้จากการเรียนรู้ของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับแนวคิดของ Ajzen and Fishbein¹³ กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีความตั้งใจที่จะแสดงพฤติกรรมอันใดอันหนึ่งนั้น บุคคลนั้นจะต้องประเมินว่าพฤติกรรมนั้นมีผลทางบวกต่อตัวเขาเอง ผลการวิจัยแตกต่างจากการศึกษาของ วิไลพร วงศ์คินี และคณะ¹⁵ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ไม่พบความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุพหุพลัง (p-value>0.05)

ทัศนคติของผู้สูงอายุไม่พบความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (p-value=0.179) เนื่องจากทัศนคติของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (56.40%) ทัศนคติเป็นผลมาจากการเรียนรู้และความรู้สึก เมื่อคนได้เรียนรู้เกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งและมีความรู้สึกชอบหรือพึงพอใจต่อสิ่งนั้นแล้วสิ่งที่ตามมาคือความพร้อมที่จะกระทำในทางใดทางหนึ่งที่สอดคล้องกับการเรียนรู้ และความรู้สึกต่อสิ่งนั้น หากบุคคลรู้และเชื่อว่าสิ่งใดดีก็เกิดทัศนคติที่ดีต่อสิ่งนั้น ทัศนคติเป็นความเชื่อหรือการยอมรับประการหนึ่งของบุคคลที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกทั้งในทางปฏิบัติตามและการไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งเกิดจากทัศนคติที่มีต่อสิ่งนั้นทั้งในทัศนคติที่ดีหรือทัศนคติที่ไม่ดี สอดคล้องกับ Thurstone¹⁴ กล่าวว่า ทัศนคติเป็นระดับความมากน้อยของความรู้สึกในด้านบวกหรือลบที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งเป็นความรู้สึกที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วย เช่นเดียวกับ Ajzen & Fishbein¹³ กล่าวว่า ทัศนคติที่มีผลต่อพฤติกรรมหมายถึงการประเมินทางบวกและทางลบของบุคคลต่อการกระทำนั้นหรือเป็นความรู้สึกโดยรวม

ของบุคคลที่เป็นทางบวกทางลบหรือสนับสนุนและต่อต้านการกระทำนั้นๆ ทัศนคติเป็นความสัมพันธ์ที่คาบเกี่ยวระหว่างความรู้สึกและความเชื่อ โดยพฤติกรรมที่แสดงออกมักเป็นการตอบโต้ต่อเป้าหมายของทัศนคติ ซึ่งทัศนคดีย่อมมีความแตกต่างไปตามความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติจะต้องใช้วิธีการที่หลากหลายและใช้ระยะเวลาพอสมควร หากเราสามารถปรับเปลี่ยนทัศนคติให้เป็นทัศนคติที่เป็นด้านดีได้ย่อมนำไปสู่พฤติกรรมทางด้านสุขภาพที่ดีได้เช่นกัน ผลการวิจัยแตกต่างจากการศึกษาของ วิไลพร วงศ์คินี และคณะ¹⁵ พบว่า ทัศนคติต่อการเป็นผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยทำนายที่พบความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุพหุพลัง (p-value<0.05) โดยสามารถร่วมทำนายการเป็นผู้สูงอายุพหุพลังได้ถูกต้อง ร้อยละ 17.87

สรุปผล

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือผู้สูงอายุที่ติดบ้านเขตอำเภอจะนะ จังหวัดนราธิวาส มีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง โดยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจจะมีคะแนนมากที่สุด โดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ระดับการศึกษา (P-value=0.006) ผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแล (P-value<0.001) การมีโรคประจำตัว (P-value=0.029) และความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (P-value=0.024)

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือผู้สูงอายุที่ติดบ้านจะมีระดับคุณภาพชีวิตปานกลาง โดยด้านสัมพันธภาพทางสังคมจะมีคะแนนน้อยที่สุด เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในบ้านตนเองไม่ได้ออกไปพบปะหรือพูดคุยกับผู้อื่น ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่ควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกับกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ กิจกรรมการออกกำลังกายร่วมกัน หรือการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ จะส่งผลให้ผู้สูงอายุได้เพิ่มโอกาสการสร้างสัมพันธภาพกับคนรุ่นราวคราวเดียวกันเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้สูงอายุเขตอำเภอจะแนะ จังหวัดนราธิวาสทุกท่านที่สละเวลาในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบคุณผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะแนะ ที่ให้ข้อเสนอแนะและแนวทางในการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์ในงานวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. อาหารทั่วไปและอาหารเฉพาะโรคผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร : กระทรวงสาธารณสุข. 2549.
2. ชมพูนุช พรหมภักดี. การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย (Aging society in Thailand). วารสารสำนักวิชาการสำนัก เลขาธิการวุฒิสภา. 2556; 3(16): 3.
3. สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน. มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในชุมชน.
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส. (2562). รายงานผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก <https://nwt.hdc.moph.go.th>

5. Daniel WW. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences. (9th ed). New York: John Wiley & Sons; 2010.
6. Bloom, B.S. Taxonomy of Education. David McKay Company Inc., New York. 1975.
7. Best John W. Research is Evaluation. (3rd ed). Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall; 1977.
8. World Health Organization (WHO). (n.d.). Definition of an older or elderly person: Proposed Working Definition of an Older Person in Africa for the MDS Project. [Online]. Available from: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html> (2 January 2020)
9. Cronbach Lee J. Essentials of Psychological Testing. 3rd ed. New York: Harper; 1951.
10. อาริส ปานภูมิ, ศรีญา สุชนิรันดร์, สาธิตา จันทะพินิจ, อินทอร นิลบรรพต, กิรติ ภูมิ ผักแว่น. คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุบ้านตูปโกบ ตำบลกกตุ๋ อำเภอเมือง จังหวัดเลย. การประชุมวิชาการระดับชาติด้านวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวัตกรรม ครั้งที่ 1 “วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี สร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อชุมชน” 20 เมษายน 2562. คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย.
11. จีราพร ทองดี, ดาราวรรณ รองเมือง, ฉันทนา นาคฉัตรีย์. ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2555; 22(3): 88-99.
12. Green, L.W., Kreuter, M.W. Health Promotion Planning: An Educational

- and Environment Approach. California:
Mayfield Publishing. 1991.
13. Ajzen, I., Fishbein, M. Understanding
attitudes and predicting social behavior.
Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
1980.
14. Thurstone, L.L. Reading in Attitude
Theory and Measurement. New York:
John Wiley and Sons, Inc. 1970.
15. วิไลพร วงศ์คี่นี้, โรจน์ จันทนาวัฒน์, กนกพร
สุคำวัง. ปัจจัยทำนายพฤติพลั้งของประชากร
เขตเมือง จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร.
2556; 40(4): 91-99.

การพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ประจักษ์ จันทะราช¹, ธนวรรณ ลำคำปิง², ฐิติมา ชายพระอินทร์³, อานนทพร มุกตาม่วง⁴

(วันที่รับบทความ: 18 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 24 มิถุนายน 2565 วันที่ตอบรับ: 28 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2) พัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ 3) ประเมินผลการพัฒนา แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ทำการศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง ตำบล ศิลาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Plan) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Act) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) และขั้นสะท้อนผล (Reflect) และ 3) ประเมินผลการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย 1) หญิงวัยรุ่น หลังการตั้งครรภ์ จำนวน 30 คน 2) ครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 4 คน 3) ผู้ปกครองและผู้นำชุมชน จำนวน 33 คน และ 4) แกนนำเยาวชน นักเรียน 10 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม การสังเกต และการประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาและความต้องการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ 1) หญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่นยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม 2) ครอบครัวขาดการมีส่วนร่วมในการดูแล หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 3) ชุมชนมองปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นเพียงเรื่องของส่วนตัว ไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยว สำหรับแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของวัยรุ่น เพื่อป้องกันตนเองเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่จะนำไปสู่ การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะนำไปสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง อย่างเหมาะสมกรณีตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและครอบครัว 2) ครอบครัวและชุมชน เฝ้าระวังและ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง 3) การจัดชมรมในกลุ่มวัยรุ่น เพื่อให้กลุ่มเพื่อนให้ความรู้ ทักษะชีวิต ป้องกันการ ตั้งครรภ์โดยมีเจ้าหน้าที่ปรึกษา โดยภาคีเครือข่ายร่วมกันเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น (Teenage health literacy approach) ได้แก่ ความรอบรู้ในตัวบุคคล ครอบครัว โรงเรียนและ ชุมชน

ผลจากการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนา หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับเพศศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยด้านความรู้ฯ ก่อนและหลังพัฒนา เท่ากับ 6.42 คะแนน (S.D.=1.91) และ 9.07คะแนน (S.D.=1.59) ตามลำดับ โดยหลังพัฒนามีคะแนนความรู้ฯ เพิ่มขึ้น 2.65 คะแนน (95%CI= 2.02 -3.27, p-value=0.001) ทักษะชีวิตฯ ก่อนและหลังพัฒนา เท่ากับ 33.93 คะแนน (S.D.= 2.43) และ 42.07 คะแนน (S.D.= 4.68) ตามลำดับ

โดยหลังพัฒนามีคะแนนทัศนคติฯ เพิ่มขึ้น 8.14 คะแนน (95%CI= 5.80 -10.47, p-value<0.001) และพฤติกรรมการป้องกันฯ ก่อนและหลังพัฒนา เท่ากับ 32.71 คะแนน (S.D.= 2.89) และ 41.93 คะแนน (S.D.=2.58) ตามลำดับ โดยหลังพัฒนามีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันฯ เพิ่มขึ้น 9.22 คะแนน (95%CI=6.60-11.83, p-value<0.001)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพนี้ สามารถช่วยแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ โดยอาศัยการพัฒนาองค์ความรู้ในกลุ่มวัยรุ่น หรือระบบความรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage health literacy approach รวมไปถึง การดำเนินกิจกรรมประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพบริบทของพื้นที่ ที่มีการเปลี่ยนแปลง และกระตุ้นให้เกิดความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ต่อไป

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, การมีส่วนร่วม

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น,
E-mail: prachak9996@gmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น,
E-mail: napat_tsj@hotmail.com

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น,
E-mail: poom9@hotmail.com

⁴ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น,
E-mail: salapao.jing@gmail.com

Corresponding Author: ประจักษ์ จันทะราช, E-mail: prachak9996@gmail.com

Guidelines Development for Preventing Adolescent Pregnancy Through Participation of Healthcare Network Partners in Mueang Khon Kaen District, Khon Kaen Province

Prachak Juntarach¹, Thanavat Samgampang², Thitima Chaiphrair³, Anuntaporn Mukdamuang⁴

(Receive: 18th May 2022; Revised: 24th June 2022; Accepted: 28th June 2022)

Abstract

This participatory action research aimed to: 1) determine the situation of teenage pregnancy; 2) develop guidelines to cope with teenage pregnancy situation; and 3) evaluate the implementation of the developed guidelines for the health care network in Mueang Khon Kaen District, Khon Kaen Province. The study was conducted in the responsible area of Ban Non Muang Sub-district Health Promoting Hospital, Sila Sub-district and the responsible area of Non Thon Health Promoting Hospital, Mueang Khon Kaen District, Khon Kaen Province. This research was divided into three phases as follows: phase I current situation analysis of teenage pregnancy; phase II develop guidelines to cope with teenage pregnancy situation following the concept of Kemmis & McTaggart, which is consisted of steps: plan, do, observe and reflect; and phase III evaluation implementation of the developed guidelines coping with teenage pregnancy situation. Research participants, who were purposively selected included: 1) 30 pregnant teenagers; 2) 4 health teachers; 3) 33 parents and community leaders; and 4) 10 teenage leaders. Data were collected through questionnaires, observation, in-depth interview, group discussion and brain storming sessions. Data were then analyzed for descriptive statistics and paired t-test as well as content analysis.

The results revealed that issues and needs for developmental prevention of teenage pregnancy were as follows: 1) adolescent pregnant women lacking of proper self-care knowledge; 2) family members refraining in taking care of the pregnant adolescence; and 3) community's misbelief considering teenage pregnancy as a private matter and avoiding preventing participation. The guidelines development for healthcare participatory preventing adolescent pregnancy included: 1) developing self-care knowledge and skills among teenagers to prevent pregnancy in situations leading to sexual intercourse as well as proper self-care for adolescent pregnant women and their family members; 2) parents and community leaders' surveillance and evaluation of risk behaviors; and 3) establishing youth clubs for peer teaching regarding knowledge life-skills and pregnant prevention with the supervision of advising staffs and integrated approach of participation of healthcare network partners to promote teenage health literacy approach in different levels: individual, family, school and community.

The evaluation of the implementation of the guideline found that adolescents teenage post-pregnant women had increased average score of knowledge, attitude and behaviors of pregnancy with statistical significance at p-value of 0.05. The knowledge scores of pre-and post-implementation of the guideline were 6.42 (S.D.=1.91) and 9.07 (S.D.=1.59), respectively. The increased knowledge score was 2.65 (95%CI= 2.02 -3.27, p-value=0.001). The attitude scores of pre-and post-implementation of the guideline were 33.93 (S.D.= 2.43) and 42.07 (SD.= 4.68), respectively. The increased attitude score was 8.14 (95%CI= 5.80 - 10.47, p-value<0.001). The behavioral scores of pre-and post-implementation of the guideline were 32.71 (SD.= 2.89) and 41.93 (SD.=2.58), respectively. The increased attitude score was 9.22 (95%CI= 5.80 -10.47, p-value<0.001).

In conclusion, the guideline to prevent teenage pregnancy with healthcare participatory approach could manage teenage pregnancy using adolescent literacy or teenage health literacy approach along with continuous evaluation of implemented activities in respective to varying context condition to foster health literacy and healthy behaviors in continuing basis.

Keyword: Teenage pregnancy, Preventing teenage pregnancy, Participation

¹Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Mueang Khon Kaen District Health Office, Khon kaen Province; E-mail: prachak9996@gmail.com

²Public Health Technical Officer, Professional Level, Ban Nonmuang Health Promoting Hospital, E-mail: napat_tsj@hotmail.com

³Professional nurse , Professional Level, Nonton Health Promoting Hospital, E-mail: poom9@hotmail.com

⁴Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Mueang Khon Kaen District Health Office, Khon kaen Province; E-mail: salapao.jing@gmail.com

Corresponding Author: Prachak Juntarach, E-mail: prachak9996@gmail.com

บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ เพราะประชากรวัยรุ่นมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ในด้านของทรัพยากรทั้งในปัจจุบันและอนาคต¹ วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังมีพัฒนาการทางเพศที่เห็นได้อย่างชัดเจน ซึ่งเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่มีผลต่อตนเองและสังคมรอบข้าง โดยเฉพาะพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่เร็ววกว่าที่เคยเป็นมา รวมไปถึงการมีครอบครัวที่เร็วไปซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาต่อตัวเด็กเอง ครอบครัวเด็ก และสังคม รวมไปถึงประเทศชาติต่อไป องค์การสหประชาชาติจึงได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่น อายุ 15 – 19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมาย การพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) และเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) โดยกำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่น อายุ 10 – 14 ปี และอายุ 15 – 19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัด ในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัยที่นานาชาติต้องการบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ.2573²

ในประเทศไทย สถานการณ์การคลอดบุตรในวัยรุ่น พบว่า การคลอดบุตรในวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จากข้อมูลสถิติสาธารณสุขพบว่า วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตรเพิ่มขึ้นจากประมาณ 95,000 คน ในปี พ.ศ.2555 เป็นประมาณ 105,487 คน ในปี 2558³ ในจำนวนนี้เป็นการคลอดบุตรเป็นวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณปีละ 3,000 คน นอกจากนั้นวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี ที่คลอดบุตรซ้ำหรือคลอดเป็นครั้งที่สองขึ้นไปมีมากถึง 12,700 คน หรือเท่ากับร้อยละ 12.2 ของการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี

ทั้งหมด⁴ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า วัยรุ่นอายุ 13 - 19 ปี ที่มีบุตรแล้วเกือบครึ่งหนึ่งเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนในระดับยากจนมาก จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และพ่อก่อนเกิดบุตรนอกเขตเทศบาล มีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าพื้นที่ในเขตเทศบาล⁵ จะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น ไม่เพียงแต่เป็นปัญหาด้านสุขภาพอนามัย แต่ยังเป็นปัญหาด้านประชากรที่ส่งผลต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยอีกด้วย ดังนั้นการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี ให้กับกลุ่มประชากรเด็กและวัยรุ่นของประเทศ ทั้งยังเป็นการวางรากฐานชีวิตที่สำคัญให้กับเด็กและวัยรุ่น ที่จะเข้าสู่วัยแรงงานในอนาคต ได้อย่างมีคุณภาพ เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2559 คณะรัฐมนตรี ได้มีมติเห็นชอบต่อร่างพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 และได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2559 ให้มีผลบังคับใช้ในวันที่ 29 กรกฎาคม 2559 การดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มาตรา 17(1) กำหนดให้คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีอำนาจหน้าที่ในการเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา กรมนโยบาย กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะเลขานุการจึงทำหน้าที่ประสานหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการจัดทำยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 – 2569 ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ ยึดวัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง (Teenage

centred) โดยมีพ่อแม่ ผู้ปกครอง ชุมชนและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแนวทางที่จัดทำขึ้น⁶

เขตสุขภาพที่ 7 โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดขอนแก่น มีอัตราการรู้หนังสือสูงเป็นอันดับที่ 1 โดยพบว่า มีอัตราการรู้หนังสือของมารดาอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี จำนวน 68 คน และ 1,550 คนตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 1.4 และ 29.9 ตามลำดับต่อประชากร 1,000 คน นอกจากนี้ สถานการณ์การคลอดซ้ำในวัยรุ่นยังคงอยู่ในระดับสูง โดยอัตราการคลอดซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาเท่ากับร้อยละ 11.3, 11.8, 11.9, 12.5 และ 12.8 ในช่วง พ.ศ. 2553-2557 ตามลำดับ ส่วนใน พ.ศ. 2558 อัตราการคลอดซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี ลดลงเล็กน้อย เท่ากับร้อยละ 12.5 และปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น⁷

จากสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในเขตพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า อัตราการเกิดมีชีพ ของเด็กหญิงที่อายุ ระหว่าง 10 - 14 ปี ในปี 2561 - 2563 เท่ากับ 1.01, 1.19, 1.14 ต่อพันประชากรตามลำดับ และอัตราการเกิดมีชีพ เด็กหญิงที่อายุระหว่าง 15 - 19 ปี ในปี 2561 - 2563 เท่ากับ 16.10, 17.09, 18.41 ต่อพันประชากร ตามลำดับ⁸ โดยเฉพาะอำเภอเมืองขอนแก่น พบแนวโน้มของหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มาฝากครรภ์สูงขึ้นทุกปี คิดเป็นร้อยละ 20.2, 23.2, 33.0 33.5 ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่า หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านโนนม่วง ตำบลศิลา และ รพ.สต.โนนท่อน พบปัญหาดังกล่าวมากเป็นอันดับต้นๆ ของอำเภอเมืองขอนแก่น⁹ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น พบว่า เกิดจากการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและไม่มีความรู้ด้านคุมกำเนิด

การอยากรู้ อยากลอง การออกเที่ยวกับเพื่อนต่างเพศ การยินยอมให้ถูกเนื้อต้องตัวกัน และสุดท้ายจึงเกิดการยินยอมให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ทั้งที่ตั้งใจและไม่ได้ตั้งใจ ป้องกันและไม่ได้ป้องกัน ซึ่งส่วนใหญ่ลงเอยด้วยการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ถึงแม้จะมีกิจกรรมรณรงค์ที่โรงเรียนและชุมชนเป็นประจำทุกปี เช่น การให้ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การคุมกำเนิดตามเพศ การให้ความรู้ถึงผลเสียในการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เป็นต้น รวมไปถึงภาคีเครือข่ายในชุมชนยังไม่ตระหนักถึงปัญหาของความสำเร็จ และการทำงานของแต่ละฝ่ายที่ไม่สอดคล้องกัน จึงส่งผลให้ปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นนั้น เป็นสิ่งที่สังคมควรให้ความสำคัญ และเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องหาแนวทางแก้ไขพฤติกรรม การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะวัยรุ่นซึ่งกำลังศึกษาอยู่ เพราะยังขาดความรับผิดชอบ ในการมีคู่ครอง ขาดความรู้ด้านเพศที่ถูกต้อง รวมไปถึงประสบการณ์ที่จะต้องป้องกันตนเอง ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาทางครอบครัว และสังคมได้ ทางออกที่จะแก้ไขปัญหานี้ได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายองค์กรในชุมชน โดยการจัดรูปแบบการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งเป็นวัยรุ่นที่กำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพบ้านโนนม่วง ตำบลศิลา และตำบลโนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผ่านกระบวนการเรียนรู้ของคนในชุมชน ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมของชุมชน เพื่อเป็นการสร้าง ความตระหนักต่อปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การหาแนวทาง

ป้องกันและแก้ไขปัญหาาร่วมกันที่สามารถนำมาใช้
ได้จริงกับบริบทของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์
ในวัยรุ่น อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการ
ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัด
ขอนแก่น
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวทางการ
ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วม
ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น
จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

1) รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัย
เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory
action research) เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกัน
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่ายสุขภาพในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น
จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน
มีนาคม 2564 ถึง เดือน มีนาคม 2565

2) พื้นที่วิจัย

ทำการศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง
ตำบลศิลา และเขตพื้นที่รับผิดชอบของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน
อำเภอเมืองขอนแก่นจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่
มีอัตราการของหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน
มากเป็นอันดับต้นๆ ของอำเภอเมืองขอนแก่น
จังหวัดขอนแก่นและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี อีกทั้ง
เป็นพื้นที่ที่ชุมชนและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพให้
ความสำคัญและความสนใจในการแก้ไขปัญหา

3) ผู้ร่วมวิจัย

กลุ่มที่ 1 คือ ครูอนามัยโรงเรียน หรือครู
แนะแนว หรือครูประจำชั้น หรือครูฝ่ายปกครอง
จำนวน 4 คน

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ปกครองนักเรียน ผู้นำชุมชน
ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 33 คน

กลุ่มที่ 3 คือ แกนนำนักเรียน เยาวชนทั้งใน
และนอกสถานศึกษา ทั้งชายและหญิง จำนวน 10
คน

กลุ่มที่ 4 คือ หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์
จำนวน 30 คน

รวมทั้งหมด 77 คน เพื่อสะท้อนมุมมอง
ของแต่ละกลุ่มต่อปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นใน
พื้นที่ ข้อมูลส่วนแรกจะนำไปเป็นข้อมูลเพื่อกระตุ้น
ให้ชุมชน และภาคีเครือข่ายสุขภาพได้รับทราบและ
เข้าใจปัญหา

4) ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ครั้งนี้
แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการ
ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เก็บรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิง
คุณภาพ ดำเนินการระหว่าง เดือนมีนาคม 2564 –
มิถุนายน 2564

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการป้องกันการ
ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่ายสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน โดยใช้
กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis &
McTaggart¹⁰ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นการ
วางแผน (Plan) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Act) ขั้น
สังเกตการณ์ (Observe) และขั้นสะท้อนผล
(Reflect) ทำให้ได้แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์
ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
สุขภาพ จากการประชุมเชิงปฏิบัติการจากการมี
ส่วนร่วมของทีมสุขภาพสหวิชาชีพและชุมชน
(Participatory approach) เพื่อให้เกิดรูปแบบการ
ดำเนินงานด้านการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์
ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

สุขภาพต่อไป ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564 – ธันวาคม 2564

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ประเมิน ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2565 – มีนาคม 2565

5) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วย 1) แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกของหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ของกลุ่มแกนนำเด็กและเยาวชน ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มแกนนำเด็กและเยาวชน เครื่องมือที่ใช้ในการจำลองสถานการณ์ ประกอบด้วย แผนการจัดการเรียนรู้ 9 เรื่อง เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมเสวนากลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม และการประชุมระดมสมอง สำหรับเครื่องมือในการประเมินผล ได้แก่แบบสอบถาม แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการที่หลากหลาย ดังนี้

1 การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่ และได้รับการกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธี เพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสิ่งอื่นที่ทำให้รู้

พฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติ และเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริง

2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักเฉพาะเจาะจงที่ผู้ศึกษาต้องการหรือมีประสบการณ์ต่างจากคนอื่นๆ มีขั้นตอนตั้งแต่การแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ

3 การสนทนากลุ่ม (Focus-group discussion) เป็นการสนทนาข้อมูลจากกลุ่มที่ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการ วางแผนและเป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ การสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง มีผู้ร่วมสนทนาประมาณ 10-15 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ องค์ประกอบของการสนทนาที่ถูกต้องคือ ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนามและประเด็นการสนทนากลุ่ม

4 การประชุมระดมสมอง (Brain storming) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัว เป็นการเปิดโอกาสได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาอุปสรรคในการดูแลส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และร่วมกันหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและอีกกลุ่มหนึ่งประชุมระดมสมองในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เป็นการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดูแลส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และการวิเคราะห์แนวทางการ

ช่วยเหลือดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุน และเอื้ออำนวยในการประชุม (Facilitator) เพื่อให้เกิดการดูแลส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

6) สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะทางประชากร สถานการณ์ บริบท สภาพปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจทัศนคติและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนและหลังพัฒนา สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เหมาะสม ด้วยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) และทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการโดยความเคารพสิทธิส่วนบุคคล ศักดิ์ศรี ความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=77)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ KEC64042/2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นข้อมูลกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง ตำบลศิลา และเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จำนวน 77 คน พบว่า ส่วนมาก อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 51.95 รองลงมาอยู่ในระหว่างกลุ่มอายุ 40 ปี ถึง 49 ปี ร้อยละ 20.78 โดยกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีอายุน้อยที่สุด คือ อายุ 14 ปี และกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีอายุมากที่สุด คือ อายุ 68 ปี กลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.83 ซึ่งบทบาทหน้าที่ส่วนมากกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ร้อยละ 38.96 เป็นผู้นำชุมชน ร้อยละ 22.08 และสมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น /องค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 14.28 (ดังตารางที่ 1)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)
1. เพศ	
ชาย	24(31.17)
หญิง	53(68.83)
2. อายุ	
ต่ำกว่า 20 ปี	40(51.95)
20-39 ปี	7(9.09)
40-49 ปี	16(20.78)
50-59 ปี	12(15.58)
60 ปี ขึ้นไป	2(2.60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)
4. บทบาทหน้าที่	
แกนนำเด็กและเยาวชน	10(12.99)
ผู้นำชุมชน	17(22.08)
อาสาสมัครสาธารณสุข	5(6.49)
สมาชิก อบต./อบต.	11(14.29)
กลุ่มสถานศึกษา	4(5.19)
หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น	30(38.96)

2.สถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การสำรวจข้อมูลพื้นฐานของประชาชน ปี 2564 เขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง ตำบลศิลา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบ หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด จำนวน 58 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 29.31 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด สำหรับตำบลโนนท่อน หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด จำนวน 45 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 28.89

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า อายุของหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์จะมีอายุอยู่ในช่วง 15 ปี ถึง 19 ปี โดยที่อายุของหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์มากที่สุดคือ 19 ปี ร้อยละ 28.57 และอายุของหญิงวัยรุ่น หลังการตั้งครรภ์น้อยที่สุดคืออายุ 15 ปี ร้อยละ 7.14 ส่วนใหญ่หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6/ปวช.) ร้อยละ 92.85 ส่วนใหญ่หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์อาศัยอยู่กับปู่ย่า/ตายาย ร้อยละ 57.14 สถานภาพสมรสของบิดาและมารดาของหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 92.85 ซึ่งส่วนใหญ่ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครองหลักอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6/ปวช.) ร้อยละ 57.15 หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ได้รับ

เงินจากผู้ปกครองเฉลี่ยต่อวัน ระหว่าง 100 - 250 บาท ร้อยละ 64.28 โดยได้รับเงินจากผู้ปกครองเฉลี่ยต่อวันน้อยที่สุด คือ 100 บาทต่อวัน และได้รับเงินจากผู้ปกครองเฉลี่ยต่อวันมากที่สุด คือ 350 บาทต่อวัน เมื่อหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์มีปัญหาหรือไม่เข้าใจเรื่องเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศส่วนใหญ่เลือกที่จะปรึกษาเพื่อนร้อยละ 64.29 หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่คิดว่าสถานการณ์ที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ คือ การที่อยู่กับเพศตรงข้ามสองต่อสอง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การกอด/จูบ และการดูสื่อลามก เช่น คลิปโป๊ ร้อยละ 100 หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลข่าวสาร เรื่องเพศศึกษาและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียนส่วนใหญ่จากการอ่านหนังสือ การอ่านสิ่งพิมพ์การเล่นอินเทอร์เน็ต และปรึกษาเพื่อนร้อยละ 100 ปัจจุบันหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีแฟนแล้ว ร้อยละ 100 หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เคยมีความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ(แฟน) ร้อยละ 100

สถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

พบปัญหาและความต้องการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่สำคัญ ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม 2) ครอบครัวขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลหญิง

ตั้งครรภ์วัยรุ่น 3) ชุมชนมองปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นเพียงเรื่องของส่วนตัว ไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยว

3. การพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมืองขอนแก่นจังหวัดขอนแก่น

จากการสะท้อนผลและถอดบทเรียนสังเคราะห์บทเรียนจากการวิจัย ได้แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย 1) การพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของวัยรุ่นเพื่อป้องกันตนเองเมื่ออยู่ในสถานการณ์ ที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะนำไปสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม กรณีตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและครอบครัว 2) ครอบครัวและชุมชน ให้ความรักให้เวลา 3) สอนการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี 4) สอนทักษะชีวิต ป้องกันการตั้งครรภ์ โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง โดยภาคีเครือข่ายร่วมกันเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage health literacy approach) ประกอบด้วย ดังนี้

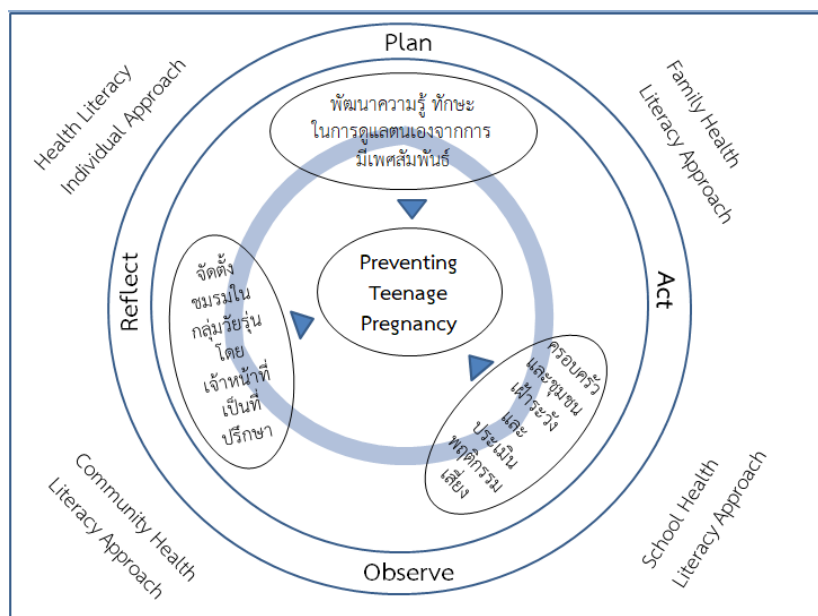
1. Family health literacy approach ครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ 1) ครอบครัว ต้องให้เวลาให้ความรัก เอาใจใส่ และต่อเนื่อง 2) เป็นตัวอย่างที่ดี เป็นที่ปรึกษาในทุกเรื่อง 3) มีทักษะการถ่ายทอดสิ่งที่ดีให้เด็ก และ 4) สอนทักษะชีวิตเด็ก สร้างภูมิคุ้มกันชีวิต

2. School health literacy approach โรงเรียนมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างทักษะชีวิต ดังนั้นบทบาทของโรงเรียนในการป้องกันการ

ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ 1) เสริมทักษะการให้คำปรึกษา การเป็นตัวอย่างที่ดี 2) ฝึกระวังและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เช่นเด็กห้องท้าย มีการจัดตั้งชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน 3) สอนเน้นกลุ่มเสี่ยง นอกเหนือจากแทรกในหลักสูตร 4) อบรมดูแลเอาใจใส่ ให้ความรักให้เวลา 5) สอนการสร้างภูมิคุ้มกันชีวิต ทักษะชีวิต 6) ดูแลสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียน สื่อในโรงเรียนที่เอื้อต่อการเรียนรู้ 7) การจัดเวลาว่าง นันทนาการ 8) ไม่ให้เด็กว่างมาก จัดกิจกรรมนักเรียน 9) นโยบายการจัดการปัญหาเด็กที่ชัดเจน และ 10) สร้างความร่วมมือกับพยาบาลในการค้นหาและป้องกัน

3. Community health literacy approach ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ 1) ชุมชนต้องมีส่วนร่วมในการเอาใจใส่กวดขัน 2) เป็นตัวอย่างที่ดี 3) อบรมดูแลเอาใจใส่ 4) ในส่วนของผู้ประกอบการควรดูแลกฎระเบียบของหอพัก 5) ดูแลกฎระเบียบสังคมตามบทบาทหน้าที่ของตน เช่น ตำรวจ ผู้ประกอบการ 6) สร้างความร่วมมือกัน 7) สอนทักษะชีวิตเด็ก และ 8) มีทัศนคติกับเรื่องเด็กที่ดี ไม่รังเกียจเด็กที่ผิดพลาดไปแล้ว

4. Health literacy individual approach ความรอบรู้ด้านสุขภาพของตัววัยรุ่นมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งบทบาทของวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ 1) สร้างภูมิคุ้มกัน มีทักษะชีวิต ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ 2) สร้างทัศนคติ เปลี่ยนแปลงมุมมองชีวิต ค่านิยม 3) สร้างความตระหนัก รักตนเอง รู้คุณค่าในตนเอง 4) การไม่เปิดโอกาส การไม่ทำตามเพื่อน 5) Protection mind 6) มีความรู้การคุมกำเนิด 7) ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และ 8) ตั้งใจเรียนจนจบการศึกษาภาคบังคับ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

4. ประเมินผลการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

การประเมินผลการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ครั้งนี้ ประเมินผลจากกลุ่มตัวอย่างหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์หลังตั้งครรภ์ในประเด็น 1) ความรู้ เกี่ยวกับเพศศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2) ทักษะเกี่ยวกับเพศศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ 3) พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า

4.1 ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เท่ากับ 6.42 คะแนน (S.D.= 1.91) และ

หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เท่ากับ 9.07 คะแนน (S.D.=1.59) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนและหลังพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการพัฒนา มีคะแนนเพิ่มขึ้น 2.65 คะแนน (95%CI = 2.02 - 3.27, p-value = 0.001)

4.2 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับเพศศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ เท่ากับ 33.93 คะแนน (S.D.=2.43) และหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ เท่ากับ 42.07 คะแนน (S.D.= 4.68) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ ก่อนและหลังพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการพัฒนา

มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 8.14 คะแนน (95%CI =5.80 - 10.47, p-value< 0.001)

4.3 พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันฯ เท่ากับ 32.71 คะแนน (S.D.= 2.89) และหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันฯ เท่ากับ

41.93 คะแนน (S.D.=2.58) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันฯ ก่อนและหลังพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 9.22 คะแนน (95%CI =6.60-11.83, p-value< 0.001) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะเกี่ยวกับเพศศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ก่อนและหลังการพัฒนา (n=30)

ประเด็นการประเมินผล	ก่อนการพัฒนา $\bar{X}$ (S.D.)	หลังการพัฒนา $\bar{X}$ (S.D.)	ผลต่างค่าเฉลี่ย Mean difference (95%CI)	t	p-value
1. ด้านความรู้	6.42(1.91)	9.07(1.59)	2.65 (2.02 - 3.27)	8.59	0.001
2. ด้านทัศนคติ	33.93(2.43)	42.07(4.68)	8.14 (5.80 - 10.47)	7.12	<0.001
3. ด้านพฤติกรรมการป้องกัน	32.71(2.89)	41.93(2.58)	9.22 (6.60-11.83)	7.22	<0.001

การอภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จากข้อมูลพื้นฐานของประชาชน ปี 2564 เขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง ตำบลศิลา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด จำนวน 58 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 29.31 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด สำหรับพื้นที่ตำบลโนนท่อน หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด จำนวน 45 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 28.89 พบว่าอายุของหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์จะมีอายุอยู่ในช่วง 15 ปี ถึง 19 ปี โดยที่อายุของหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ มากที่สุดคือ 19 ปี ร้อยละ 28.57 และอายุของหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ น้อยที่สุดคืออายุ 15 ปี ร้อยละ 7.14 ส่วนใหญ่หญิงวัยรุ่นหลัง

การตั้งครรภ์ มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6/ปวช.) ร้อยละ 92.85 ส่วนใหญ่หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ อาศัยอยู่กับ ปู่ย่า/ตายาย ร้อยละ 57.14 สถานภาพสมรสของบิดาและมารดาของหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันร้อยละ 92.85 ซึ่งส่วนใหญ่ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครองหลัก อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6/ปวช.) ร้อยละ 57.15 หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ได้รับเงินจากผู้ปกครองเฉลี่ยต่อวันระหว่าง 100 - 250 บาท ร้อยละ 64.28 โดยได้รับเงินจากผู้ปกครองเฉลี่ยต่อวันน้อยที่สุด คือ 100 บาทต่อวัน และได้รับเงินจากผู้ปกครองเฉลี่ยต่อวันมากที่สุด คือ 350 บาทต่อวัน เมื่อหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์มีปัญหาหรือไม่เข้าใจเรื่องเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ส่วนใหญ่เลือกที่จะ

ปรึกษาเพื่อนร้อยละ 64.29 สถานการณ์ที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ คือ การที่อยู่กับเพศตรงข้ามสองต่อสองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์การกอด/จูบและการดูสื่อลามก เช่น คลิปโป๊ ร้อยละ 100 ได้รับข้อมูลข่าวสาร เรื่องเพศศึกษาและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียน ส่วนใหญ่จากการอ่านหนังสือ การอ่านสิ่งพิมพ์การเล่นอินเตอร์เน็ต และปรึกษาเพื่อนร้อยละ 100 ปัจจุบันหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีแฟนแล้ว ร้อยละ 100

การดำเนินงานด้านการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยความร่วมมือของภาคีเครือข่ายสุขที่ได้จากการประชุมระดมสมองของภาคีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง กับการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ในพื้นที่ 1)โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง ตำบลศิลา และ 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น พบว่า รูปแบบที่ได้จะเป็น รูปแบบที่ต้องเกิดจากความร่วมมือของครอบครัว โรงเรียนและชุมชน ซึ่งรูปแบบนี้ ควรเป็นการป้องกันผ่านระบบการศึกษาที่เรียกว่า Teenage health literacy approach ซึ่งต้องทำงานเป็นทีม มีความจริงใจในการแก้ปัญหา และเกิดการร่วมแรงร่วมใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ยังเป็นพื้นที่ที่มีสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทุกฝ่าย เพื่อให้สามารถลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับเพศศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของกลุ่มแกนนำเด็กและเยาวชนดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการที่จะป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ควรพิจารณาข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้ง 2 ส่วน คือ ปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และขาดทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์

ซึ่งสาเหตุนั้นมาจากตัวเด็กครอบครัว โรงเรียน สื่อ และสภาพแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวดี ป๋องสา และคณะ¹¹ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชนของเทศบาลตำบลวังชัย อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในชุมชน ผู้ปกครองมีการปรับทัศนะเรื่องเพศคิดเชิงบวก มีการสื่อสาร และเข้าใจ วัยรุ่นมากกว่าเดิมก่อนที่จะไม่มีโครงการ เนื่องจากมีความเข้าใจถึงความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการเรียนรู้ในเรื่องเพศและไม่คิดว่าเป็นการชี้พร่งให้กระรอก และได้ขยายผลไปสู่ครอบครัวอื่นด้วย รวมทั้งปรับให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในงานบุญประเพณี มีวัยรุ่นทำหน้าที่จัดรายการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และเสียงเพลง ทางเสียงตามสาย มีศูนย์การเรียนรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น และมีคณะทำงานในชุมชน ส่วนในโรงเรียน มีชมรมทำกิจกรรมหลังเลิกเรียน มีการจัดตั้งคณะทำงานแกนนำนักเรียน มีห้องให้คำปรึกษาเพื่อนช่วยเพื่อน โดยมีครูคอยให้การช่วยเหลือ มีการประยุกต์และบูรณาการสอนเพศศึกษาร่วมกับวิชาอื่นที่นอกเหนือจากวิชาสุขศึกษา พลานามัย และเชื่อมโยงการดูแลวัยรุ่นด้วยการให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนของทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเรียงทั้งเชิงรุกและรับ ภาคีร่วมกันขับเคลื่อนทำงานไปพร้อมๆ กัน ส่งผลกระทบกับวัยรุ่นในทิศทางบวก มีการติดตามประเมินผลปรับแผนการทำงานเป็นระยะๆและทำงานร่วมกับเครือข่ายโรงเรียน ต้องเป็นตัวอย่างที่ดีช่วยเสริมทักษะ การให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดที่ดีจะช่วยลดปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา ผ่องสมบูรณ์¹² ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดพิจิตร พบว่าสาเหตุและปัจจัยของปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์และอุปสรรคในการดำเนินงานการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ของจังหวัด เกิดจากผลกระทบทางลบของสภาพ

ครอบครัว สื่อสังคมแวดล้อม การควบคุมของสถานศึกษา และตัวของวัยรุ่นเอง รูปแบบการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ของจังหวัดพิจิตรเกิดจากความร่วมมือของครอบครัว โรงเรียนและชุมชนซึ่งรูปแบบนี้เป็นการป้องกันผ่านระบบการศึกษาที่เรียกว่า Teenage focused : Health and education approach โดยต้องทำงานเป็นทีมมีความจริงใจในการแก้ปัญหาและเกิดการร่วมแรงร่วมใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1. Family based เป็นการทำหน้าที่ของครอบครัวให้สมบูรณ์ โดยครอบครัวต้องใช้เวลาให้ความรัก เอาใจใส่และต่อเนื่องเป็นตัวอย่างที่ดีเป็นที่ปรึกษาในทุกเรื่อง มีทักษะในการถ่ายทอดสิ่งที่ดีให้เด็ก สอนทักษะชีวิตเด็ก สร้างภูมิคุ้มกันชีวิต 2. School based เป็นการทำหน้าที่ในส่วนโรงเรียนโดยเป็นตัวอย่างที่ดีเสริมทักษะการให้คำปรึกษา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงสอนเน้นกลุ่มเสี่ยงนอกเหนือจากในหลักสูตรอบรมดูแลเอาใจใส่ให้ความรักใช้เวลาสอนการสร้างภูมิคุ้มกันชีวิต ทักษะชีวิต ดูแลสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียน สื่อในโรงเรียน การจัดเวลาว่าง นันทนาการไม่ให้ เด็กว่างมากจัดกิจกรรมนักเรียนมีโยบายการจัดการปัญหาเด็กที่ชัดเจน สร้างความร่วมมือกับพยาบาลในการ ค้นหาและป้องกัน 3. Community based เป็นการทำหน้าที่ในส่วนชุมชนที่เกี่ยวข้องโดยชุมชนต้องมีส่วนในการเอาใจใส่สอดส่อง เป็นตัวอย่างที่ดี อบรมดูแลเอาใจใส่ดูแลภาวะเปื้อนหอบหืด ภาวะเปื้อนสังคมตามบทบาทหน้าที่ของตน โดยมีลักษณะที่คล้าย ๆ กันการสร้างกลุ่มองค์กรภายในท้องถิ่นคอยดูแลเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ การให้ความรู้เรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดปัญหาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้เป็นอย่างดี และผลจากการนำรูปแบบการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไปใช้กับและเยาวชนในพื้นที่รับผิดชอบ พบว่า ทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของเด็กและเยาวชน หลังการอบรมตามโปรแกรมที่กำหนดยังไม่มี ความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นถึงว่า

การอบรมให้ความรู้ที่ถูกต้องเพียงอย่างเดียวยังไม่สามารถทำให้การรับรู้และทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น สามารถปรับเปลี่ยนไปในทิศทางที่เหมาะสม ดังนั้นหากได้รับการดูแลจากผู้ที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวไปแล้ว ไม่ว่าจะเป็นครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่ด้านต่างๆ ตลอดจนชุมชนที่พวกเขาอาศัยอยู่ ในขณะที่ความรู้เรื่องเพศศึกษาและทัศนคติทางเพศ ในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของเด็กและเยาวชนก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง ตำบลศิลา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากความรู้และทัศนคติเหล่านี้มีมาแต่เดิม และปรับเปลี่ยนค่อนข้างยาก ต้องใช้ระยะเวลาในการทบทวนแนวความคิดเดิมที่ตนเองเชื่อและถือปฏิบัติ หรือแนวการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาที่ตรงตามที่เด็กและเยาวชนต้องการ การรับฟังอย่างตั้งใจ และการสนทนากลุ่มต่อเนื่องหลังการอบรม เปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชนได้แลกเปลี่ยนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องผ่านการสนทนากลุ่มอย่างลึกซึ้งและการรับฟังความคิดเห็น สร้างความไว้วางใจและหาแนวทางที่เหมาะสมร่วมกัน จึงทำให้หลังพัฒนารูปแบบ ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ในวัยรุ่นของเด็กและเยาวชนในพื้นที่ ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่สร้างขึ้น อาจจะไม่สามารถวัดประสิทธิภาพ หรือเห็นผลการเปลี่ยนแปลงได้ในทันทีที่สิ้นสุดกิจกรรม ด้วยวัยรุ่นต้องมีเวลาในการได้ไตร่ตรองหรือได้ทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับจากรูปแบบหรือโปรแกรมที่กำหนดขึ้น เพื่อให้เกิดแนวทางในการปฏิบัติ หรือการเปลี่ยนทัศนคติในทิศทางที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชิรากร บุญลี¹³ ได้ทำการศึกษาการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

วัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า 1) เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยังไม่เพียงพอ 2) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้และพฤติกรรมการ ดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมขณะตั้งครรภ์ ไม่มีการ เตรียมพร้อมในการคลอดและการเลี้ยงดูบุตร ขาด การมีส่วนร่วมของครอบครัว 3) แกนนำอาสาสมัคร ในชุมชนไม่มีการรวมกลุ่มและขาดความรู้ในการ ดูแลส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จึงได้ร่วมนำเสนอแนวทางการพัฒนาและร่วมกันพัฒนาใน ประเด็น 1) พัฒนาความรู้ ทักษะเจ้าหน้าที่ และ แนวทางการให้บริการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่น 2) พัฒนาการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริม สุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว 3) พัฒนาแกนนำชุมชนให้มีความรู้ใน การดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่งเสริมชมรมสายใย รักแห่งครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นใน ชุมชน จากผลการศึกษา แสดงว่ากระบวนการวิจัย เชิงปฏิบัติการและสุนทรียสนทนานี้ช่วยให้หญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่น ครอบครัว และชุมชนมีโอกาสร่วม คิดและหาแนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริม สุขภาพตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ ชุมชนอย่างเหมาะสม มีการพัฒนาบริการคลินิก คือ การทำงานอาสาสมัคร การสนับสนุนทาง การศึกษา การซักซ้อมเตรียมการ การดูแลสุขภาพ การเล่นกีฬาและทำกิจกรรมทางศิลปะ และการให้ ความรู้ในโรงเรียน ผลของการใช้รูปแบบยังพบว่า พฤติกรรมที่เคยปฏิบัติของเด็กและเยาวชน ใน พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านโนนม่วง ตำบลศิลา และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน ที่พบการปฏิบัติเพิ่ม จากก่อนการพัฒนาแบบ ได้แก่ การอ่านหนังสือ กระตุ้นความรู้สึทางเพศ พฤติกรรมของนักเรียน ที่พบการปฏิบัติเพิ่มจากก่อนการพัฒนาแบบ ได้แก่ มีคูรัก (แฟน) การอ่านหนังสือกระตุ้น ความรู้สึทางเพศการถูกเนื้อต้องตัวกับเพศตรง ข้ามในเชิงซู้สาว จูบกับคูรัก และเคยมีเพศสัมพันธ์

กับเพศตรงข้าม แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ทาง เพศศึกษา ส่งผลทั้งทางบวกและทางลบเสมอ ด้วยวัยรุ่นเป็นวัยที่ยากรู้อยากลองและเป็นวัยที่มี ความต้องการทางเพศสูงจากระบบฮอร์โมน ในร่างกาย การดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่ กำหนดขึ้น และการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา จึงทำให้วัยรุ่นจำนวนหนึ่งต้องการทดลองทำ กิจกรรมเหล่านี้ ทำให้พบผลการปฏิบัติเพิ่มขึ้น

สรุป

จากการพัฒนาแนวทางการป้องกัน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายสุขภาพ เห็นว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่าแนวทางการ ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายสุขภาพนี้ สามารถช่วยแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ โดยอาศัยการพัฒนา องค์ความรู้ในกลุ่มวัยรุ่น หรือระบบความรู้รอบรู้ ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage health literacy approach รวมไปถึงการดำเนิน กิจกรรมประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้อง กับสภาพบริบทของพื้นที่ ที่มีการเปลี่ยนแปลงและ กระตุ้นให้เกิดความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อย่างต่อเนื่องและสืบต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำแนวทางการพัฒนาการป้องกัน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายสุขภาพไปใช้ ควรมีการชี้แจงและทำความเข้าใจในทีมผู้ให้บริการสุขภาพก่อน เพื่อความ เข้าใจตรงกันในการปฏิบัติตามแนวทางการ สอบถามข้อมูล ดังนั้น ควรมีขั้นตอนในการพัฒนา ที่ชัดเจนเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. ชุมชน โดยเฉพาะครอบครัวของหญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังนั้นควรให้

ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการกำหนดแนวทางการป้องกันในชุมชน เพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

3. ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ควรสนับสนุนให้มีการอบรมเผยแพร่ความรู้ให้กับครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมร่วมกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

1. ชีรากร บุญลี. การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2557.
2. ศศิธร จารยคุณ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลคูเมือง อำเภอกูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558; 24(1), 14-23.
3. ชีรากร บุญลี . การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2557.
4. พัสनिया พุ่มจันทร์. เปรียบเทียบทุนชีวิตระหว่างวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และไม่เคยตั้งครรภ์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562; 27(4), 10-20.
5. ปัทมา ผ่องสมบุรณ์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดพิจิตร. วารสารสาธารณสุขล้านนา.2562; 10(3), 260-267.
6. ปัทมา ผ่องสมบุรณ์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดพิจิตร. วารสารสาธารณสุขล้านนา.2562; 10(3), 260-267.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ระหว่าง 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ.2564]. เข้าถึงได้จาก https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/formatg.php&cat_id
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ระหว่าง 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ.2564]. เข้าถึงได้จาก https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/formatg.php&cat_id
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ระหว่าง 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ.2564]. เข้าถึงได้จาก https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/formatg.php&cat_id
10. Kemmis,S.,& Mc Taggart, R. The action research planner (3rd ed). Geelong, Australia: Deakin University Press. 1988.

11. สุภาวดี ป้องสา. การมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชนของเทศบาลตำบลวังชัย อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. [อินเทอร์เน็ต]. 2558
สืบค้นจาก
<http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2560002601.pdf>.
12. ปัทมา ผ่องสมบุรณ์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดพิจิตร. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2562; 10(3), 260-267.
13. ชีรากร บุญลี. การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.

การพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ประจักษ์ จันทะราช¹, ธนวรรณ ลำคำปิง², ฐิติมา ชายพระอินทร์³, อานนทพร มุกตาม่วง⁴

(วันที่รับบทความ: 18 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 24 มิถุนายน 2565 วันที่ตอบรับ: 28 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2) พัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ 3) ประเมินผลการพัฒนา แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ทำการศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง ตำบล ศิลาและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการวิจัย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ตามแนวคิดของ Kemmis & McTaggart ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นการวางแผน (Plan) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Act) ขั้นสังเกตการณ์ (Observe) และขั้นสะท้อนผล (Reflect) และ 3) ประเมินผลการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผู้ร่วมวิจัยประกอบด้วย 1) หญิงวัยรุ่น หลังการตั้งครรภ์ จำนวน 30 คน 2) ครูอนามัยโรงเรียน จำนวน 4 คน 3) ผู้ปกครองและผู้นำชุมชน จำนวน 33 คน และ 4) แกนนำเยาวชน นักเรียน 10 คน ทำการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถาม แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก แนวทางการสนทนากลุ่ม การสังเกต และการประชุมระดมสมอง วิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาและความต้องการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ 1) หญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่นยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม 2) ครอบครัวขาดการมีส่วนร่วมในการดูแล หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 3) ชุมชนมองปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นเพียงเรื่องของส่วนตัว ไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยว สำหรับแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ประกอบด้วย 1) การพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของวัยรุ่น เพื่อป้องกันตนเองเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่จะนำไปสู่ การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะนำไปสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง อย่างเหมาะสมกรณีตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและครอบครัว 2) ครอบครัวและชุมชน เฝ้าระวังและ ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง 3) การจัดชมรมในกลุ่มวัยรุ่น เพื่อให้กลุ่มเพื่อนให้ความรู้ ทักษะชีวิต ป้องกันการ ตั้งครรภ์โดยมีเจ้าหน้าที่ปรึกษา โดยภาคีเครือข่ายร่วมกันเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น (Teenage health literacy approach) ได้แก่ ความรอบรู้ในตัวบุคคล ครอบครัว โรงเรียนและ ชุมชน

ผลจากการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนา หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ความรู้ ทักษะเกี่ยวกับเพศศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และพฤติกรรม การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 โดยด้านความรู้ฯ ก่อนและหลังพัฒนา เท่ากับ 6.42 คะแนน (S.D.=1.91) และ 9.07คะแนน (S.D.=1.59) ตามลำดับ โดยหลังพัฒนามีคะแนนความรู้ฯ เพิ่มขึ้น 2.65 คะแนน (95%CI= 2.02 -3.27, p-value=0.001) ทักษะชีวิตฯ ก่อนและหลังพัฒนา เท่ากับ 33.93 คะแนน (S.D.= 2.43) และ 42.07 คะแนน (S.D.= 4.68) ตามลำดับ

โดยหลังพัฒนามีคะแนนทัศนคติฯ เพิ่มขึ้น 8.14 คะแนน (95%CI= 5.80 -10.47, p-value<0.001) และพฤติกรรมการป้องกันฯ ก่อนและหลังพัฒนา เท่ากับ 32.71 คะแนน (S.D.= 2.89) และ 41.93 คะแนน (S.D.=2.58) ตามลำดับ โดยหลังพัฒนามีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันฯ เพิ่มขึ้น 9.22 คะแนน (95%CI=6.60-11.83, p-value<0.001)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพนี้ สามารถช่วยแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ โดยอาศัยการพัฒนาองค์ความรู้ในกลุ่มวัยรุ่น หรือระบบความรู้ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage health literacy approach รวมไปถึง การดำเนินกิจกรรมประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้องกับสภาพบริบทของพื้นที่ ที่มีการเปลี่ยนแปลง และกระตุ้นให้เกิดความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีอย่างต่อเนื่อง ต่อไป

คำสำคัญ: การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น, การมีส่วนร่วม

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น,
E-mail: prachak9996@gmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น,
E-mail: napat_tsj@hotmail.com

³ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น,
E-mail: poom9@hotmail.com

⁴ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ, สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น,
E-mail: salapao.jing@gmail.com

Corresponding Author: ประจักษ์ จันทะราช, E-mail: prachak9996@gmail.com

Guidelines Development for Preventing Adolescent Pregnancy Through Participation of Healthcare Network Partners in Mueang Khon Kaen District, Khon Kaen Province

Prachak Juntarach¹, Thanavat Samgampang², Thitima Chaiphrair³, Anuntaporn Mukdamuang⁴

(Receive: 18th May 2022; Revised: 24th June 2022; Accepted: 28th June 2022)

Abstract

This participatory action research aimed to: 1) determine the situation of teenage pregnancy; 2) develop guidelines to cope with teenage pregnancy situation; and 3) evaluate the implementation of the developed guidelines for the health care network in Mueang Khon Kaen District, Khon Kaen Province. The study was conducted in the responsible area of Ban Non Muang Sub-district Health Promoting Hospital, Sila Sub-district and the responsible area of Non Thon Health Promoting Hospital, Mueang Khon Kaen District, Khon Kaen Province. This research was divided into three phases as follows: phase I current situation analysis of teenage pregnancy; phase II develop guidelines to cope with teenage pregnancy situation following the concept of Kemmis & McTaggart, which is consisted of steps: plan, do, observe and reflect; and phase III evaluation implementation of the developed guidelines coping with teenage pregnancy situation. Research participants, who were purposively selected included: 1) 30 pregnant teenagers; 2) 4 health teachers; 3) 33 parents and community leaders; and 4) 10 teenage leaders. Data were collected through questionnaires, observation, in-depth interview, group discussion and brain storming sessions. Data were then analyzed for descriptive statistics and paired t-test as well as content analysis.

The results revealed that issues and needs for developmental prevention of teenage pregnancy were as follows: 1) adolescent pregnant women lacking of proper self-care knowledge; 2) family members refraining in taking care of the pregnant adolescence; and 3) community's misbelief considering teenage pregnancy as a private matter and avoiding preventing participation. The guidelines development for healthcare participatory preventing adolescent pregnancy included: 1) developing self-care knowledge and skills among teenagers to prevent pregnancy in situations leading to sexual intercourse as well as proper self-care for adolescent pregnant women and their family members; 2) parents and community leaders' surveillance and evaluation of risk behaviors; and 3) establishing youth clubs for peer teaching regarding knowledge life-skills and pregnant prevention with the supervision of advising staffs and integrated approach of participation of healthcare network partners to promote teenage health literacy approach in different levels: individual, family, school and community.

The evaluation of the implementation of the guideline found that adolescents teenage post-pregnant women had increased average score of knowledge, attitude and behaviors of pregnancy with statistical significance at p-value of 0.05. The knowledge scores of pre-and post-implementation of the guideline were 6.42 (S.D.=1.91) and 9.07 (S.D.=1.59), respectively. The increased knowledge score was 2.65 (95%CI= 2.02 -3.27, p-value=0.001). The attitude scores of pre-and post-implementation of the guideline were 33.93 (S.D.= 2.43) and 42.07 (SD.= 4.68), respectively. The increased attitude score was 8.14 (95%CI= 5.80 - 10.47, p-value<0.001). The behavioral scores of pre-and post-implementation of the guideline were 32.71 (SD.= 2.89) and 41.93 (SD.=2.58), respectively. The increased attitude score was 9.22 (95%CI= 5.80 -10.47, p-value<0.001).

In conclusion, the guideline to prevent teenage pregnancy with healthcare participatory approach could manage teenage pregnancy using adolescent literacy or teenage health literacy approach along with continuous evaluation of implemented activities in respective to varying context condition to foster health literacy and healthy behaviors in continuing basis.

Keyword: Teenage pregnancy, Preventing teenage pregnancy, Participation

¹Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Mueang Khon Kaen District Health Office, Khon kaen Province; E-mail: prachak9996@gmail.com

²Public Health Technical Officer, Professional Level, Ban Nonmuang Health Promoting Hospital, E-mail: napat_tsj@hotmail.com

³Professional nurse , Professional Level, Nonton Health Promoting Hospital, E-mail: poom9@hotmail.com

⁴Public Health Technical Officer, Practitioner Level, Mueang Khon Kaen District Health Office, Khon kaen Province; E-mail: salapao.jing@gmail.com

Corresponding Author: Prachak Juntarach, E-mail: prachak9996@gmail.com

บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ เพราะประชากรวัยรุ่นมีความสำคัญต่อการพัฒนาประเทศ ในด้านของทรัพยากรทั้งในปัจจุบันและอนาคต¹ วัยรุ่นเป็นวัยที่กำลังมีพัฒนาการทางเพศที่เห็นได้อย่างชัดเจน ซึ่งเสี่ยงต่อพฤติกรรมที่มีผลต่อตนเองและสังคมรอบข้าง โดยเฉพาะพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่เร็ววกว่าที่เคยเป็นมา รวมไปถึงการมีครอบครัวที่เร็วไปซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาต่อตัวเด็กเอง ครอบครัวเด็ก และสังคม รวมไปถึงประเทศชาติต่อไป องค์การสหประชาชาติจึงได้กำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่น อายุ 15 – 19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมาย การพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) และเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) โดยกำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่น อายุ 10 – 14 ปี และอายุ 15 – 19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัด ในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพ และส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัยที่นานาชาติต้องการบรรลุให้ได้ภายในปี พ.ศ.2573²

ในประเทศไทย สถานการณ์การคลอดบุตรในวัยรุ่น พบว่า การคลอดบุตรในวัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จากข้อมูลสถิติสาธารณสุขพบว่า วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตรเพิ่มขึ้นจากประมาณ 95,000 คน ในปี พ.ศ.2555 เป็นประมาณ 105,487 คน ในปี 2558³ ในจำนวนนี้เป็นการคลอดบุตรเป็นวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณปีละ 3,000 คน นอกจากนั้นวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี ที่คลอดบุตรซ้ำหรือคลอดเป็นครั้งที่สองขึ้นไปมีมากถึง 12,700 คน หรือเท่ากับร้อยละ 12.2 ของการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปี

ทั้งหมด⁴ การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย พ.ศ. 2555 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า วัยรุ่นอายุ 13 - 19 ปี ที่มีบุตรแล้วเกือบครึ่งหนึ่งเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนในระดับยากจนมาก จบการศึกษาระดับประถมศึกษา และพ่อก่อนเกิดบุตรนอกเขตเทศบาล มีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าพื้นที่ในเขตเทศบาล⁵ จะเห็นได้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้น ไม่เพียงแต่เป็นปัญหาด้านสุขภาพอนามัย แต่ยังเป็นปัญหาด้านประชากรที่ส่งผลต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยอีกด้วย ดังนั้นการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดี ให้กับกลุ่มประชากรเด็กและวัยรุ่นของประเทศ ทั้งยังเป็นการวางรากฐานชีวิตที่สำคัญให้กับเด็กและวัยรุ่น ที่จะเข้าสู่วัยแรงงานในอนาคต ได้อย่างมีคุณภาพ เมื่อวันที่ 4 กุมภาพันธ์ 2559 คณะรัฐมนตรี ได้มีมติเห็นชอบต่อร่างพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 และได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 31 มีนาคม 2559 ให้มีผลบังคับใช้ในวันที่ 29 กรกฎาคม 2559 การดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 มาตรา 17(1) กำหนดให้คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีอำนาจหน้าที่ในการเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณา กรณอนาัย กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะเลขานุการจึงทำหน้าที่ประสานหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการจัดทำยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 – 2569 ซึ่งแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ ยึดวัยรุ่นเป็นศูนย์กลาง (Teenage

centred) โดยมีพ่อแม่ ผู้ปกครอง ชุมชนและทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินการตามแนวทางที่จัดทำขึ้น⁶

เขตสุขภาพที่ 7 โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดขอนแก่น มีอัตราการรู้หนังสือสูงเป็นอันดับที่ 1 โดยพบว่า มีอัตราการรู้หนังสือของมารดาอายุ 10-14 ปี และ 15-19 ปี จำนวน 68 คน และ 1,550 คนตามลำดับ คิดเป็นร้อยละ 1.4 และ 29.9 ตามลำดับต่อประชากร 1,000 คน นอกจากนี้ สถานการณ์การคลอดซ้ำในวัยรุ่นยังคงอยู่ในระดับสูง โดยอัตราการคลอดซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาเท่ากับร้อยละ 11.3, 11.8, 11.9, 12.5 และ 12.8 ในช่วง พ.ศ. 2553-2557 ตามลำดับ ส่วนใน พ.ศ. 2558 อัตราการคลอดซ้ำในหญิงอายุ 15-19 ปี ลดลงเล็กน้อย เท่ากับร้อยละ 12.5 และปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นยังคงเป็นปัญหาสำคัญของพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น⁷

จากสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในเขตพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่า อัตราการเกิดมีชีพ ของเด็กหญิงที่อายุ ระหว่าง 10 - 14 ปี ในปี 2561 - 2563 เท่ากับ 1.01, 1.19, 1.14 ต่อพันประชากรตามลำดับ และอัตราการเกิดมีชีพ เด็กหญิงที่อายุระหว่าง 15 - 19 ปี ในปี 2561 - 2563 เท่ากับ 16.10, 17.09, 18.41 ต่อพันประชากรตามลำดับ⁸ โดยเฉพาะอำเภอเมืองขอนแก่น พบแนวโน้มของหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มาฝากครรภ์สูงขึ้นทุกปี คิดเป็นร้อยละ 20.2, 23.2, 33.0 33.5 ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่า หมู่บ้านในเขตรับผิดชอบ รพ.สต.บ้านโนนม่วง ตำบลศิลา และ รพ.สต.โนนท่อน พบปัญหาดังกล่าวมากเป็นอันดับต้นๆ ของอำเภอเมืองขอนแก่น⁹ ซึ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น พบว่า เกิดจากการได้รับข้อมูลที่ไม่ถูกต้องและไม่มีความรู้ด้านคุมกำเนิด

การอยากรู้ อยากลอง การออกเที่ยวกับเพื่อนต่างเพศ การยินยอมให้ถูกเนื้อต้องตัวกัน และสุดท้ายจึงเกิดการยินยอมให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ทั้งที่ตั้งใจและไม่ได้ตั้งใจ ป้องกันและไม่ได้ป้องกัน ซึ่งส่วนใหญ่ลงเอยด้วยการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ถึงแม้จะมีกิจกรรมรณรงค์ที่โรงเรียนและชุมชนเป็นประจำทุกปี เช่น การให้ความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร การคุมกำเนิดตามเพศ การให้ความรู้ถึงผลเสียในการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร เป็นต้น รวมไปถึงภาคีเครือข่ายในชุมชนยังไม่ตระหนักถึงปัญหาของความสำเร็จ และการทำงานของแต่ละฝ่ายที่ไม่สอดคล้องกัน จึงส่งผลให้ปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรยังคงเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

จากผลการศึกษาดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นนั้น เป็นสิ่งที่สังคมควรให้ความสำคัญ และเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องหาแนวทางแก้ไขพฤติกรรม การตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะวัยรุ่นซึ่งกำลังศึกษาอยู่ เพราะยังขาดความรับผิดชอบในการมีคู่ครอง ขาดความรู้ด้านเพศที่ถูกต้อง รวมไปถึงประสบการณ์ที่จะต้องป้องกันตนเอง ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาทางครอบครัว และสังคมได้ ทางออกที่จะแก้ไขปัญหานี้ได้ ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายองค์กรในชุมชน โดยการจัดรูปแบบการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ซึ่งเป็นวัยรุ่นที่กำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศต่อไป ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพบ้านโนนม่วง ตำบลศิลา และตำบลโนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผ่านกระบวนการเรียนรู้ของคนในชุมชน ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมของชุมชน เพื่อเป็นการสร้าง ความตระหนักต่อปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่การหาแนวทาง

ป้องกันและแก้ไขปัญหาาร่วมกันที่สามารถนำมาใช้
ได้จริงกับบริบทของชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์
ในวัยรุ่น อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการ
ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัด
ขอนแก่น
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนาแนวทางการ
ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วม
ของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น
จังหวัดขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

1) รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัย
เชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory
action research) เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกัน
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่ายสุขภาพในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น
จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือน
มีนาคม 2564 ถึง เดือน มีนาคม 2565

2) พื้นที่วิจัย

ทำการศึกษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง
ตำบลศิลา และเขตพื้นที่รับผิดชอบของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน
อำเภอเมืองขอนแก่นจังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นพื้นที่
มีอัตราการของหญิงที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน
มากเป็นอันดับต้นๆ ของอำเภอเมืองขอนแก่น
จังหวัดขอนแก่นและมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี อีกทั้ง
เป็นพื้นที่ที่ชุมชนและภาคีเครือข่ายด้านสุขภาพให้
ความสำคัญและความสนใจในการแก้ไขปัญหา

3) ผู้ร่วมวิจัย

กลุ่มที่ 1 คือ ครูอนามัยโรงเรียน หรือครู
แนะแนว หรือครูประจำชั้น หรือครูฝ่ายปกครอง
จำนวน 4 คน

กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ปกครองนักเรียน ผู้นำชุมชน
ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 33 คน

กลุ่มที่ 3 คือ แกนนำนักเรียน เยาวชนทั้งใน
และนอกสถานศึกษา ทั้งชายและหญิง จำนวน 10
คน

กลุ่มที่ 4 คือ หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์
จำนวน 30 คน

รวมทั้งหมด 77 คน เพื่อสะท้อนมุมมอง
ของแต่ละกลุ่มต่อปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นใน
พื้นที่ ข้อมูลส่วนแรกจะนำไปเป็นข้อมูลเพื่อกระตุ้น
ให้ชุมชน และภาคีเครือข่ายสุขภาพได้รับทราบและ
เข้าใจปัญหา

4) ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ครั้งนี้
แบ่งเป็น 3 ระยะ ประกอบด้วย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหาการ
ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เก็บรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิง
คุณภาพ ดำเนินการระหว่าง เดือนมีนาคม 2564 –
มิถุนายน 2564

ระยะที่ 2 พัฒนาแนวทางการป้องกันการ
ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคี
เครือข่ายสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน โดยใช้
กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ Kemmis &
McTaggart¹⁰ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ ขั้นการ
วางแผน (Plan) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Act) ขั้น
สังเกตการณ์ (Observe) และขั้นสะท้อนผล
(Reflect) ทำให้ได้แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์
ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย
สุขภาพ จากการประชุมเชิงปฏิบัติการจากการมี
ส่วนร่วมของทีมสุขภาพสหวิชาชีพและชุมชน
(Participatory approach) เพื่อให้เกิดรูปแบบการ
ดำเนินงานด้านการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์
ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย

สุขภาพต่อไป ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564 – ธันวาคม 2564

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ประเมิน ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม 2565 – มีนาคม 2565

5) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ของกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วย 1) แบบสอบถาม ข้อมูลส่วนบุคคลของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น 2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกของหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์ของกลุ่มแกนนำเด็กและเยาวชน ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มแกนนำเด็กและเยาวชน เครื่องมือที่ใช้ในการจำลองสถานการณ์ ประกอบด้วย แผนการจัดการเรียนรู้ 9 เรื่อง เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรมเสวนากลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนในการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ประกอบด้วย แนวทางการสนทนากลุ่ม และการประชุมระดมสมอง สำหรับเครื่องมือในการประเมินผล ได้แก่แบบสอบถาม แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก

การเก็บรวบรวมข้อมูล การศึกษาครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการที่หลากหลาย ดังนี้

1 การสังเกต (Observation) ด้วยการเฝ้าดูสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างเอาใจใส่ และได้การกำหนดไว้อย่างมีระเบียบวิธี เพื่อวิเคราะห์หรือหาความสัมพันธ์ของสิ่งที่เกิดขึ้นนั้นสิ่งอื่นที่ทำให้รู้

พฤติกรรมที่แสดงออกอย่างเป็นธรรมชาติ และเป็นข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริง

2 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นการสนทนา ซักถามผู้ให้ข้อมูลหลักเฉพาะเจาะจงที่ผู้ศึกษาต้องการหรือมีประสบการณ์ต่างจากคนอื่นๆ มีขั้นตอนตั้งแต่การแนะนำตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ดี การเข้าใจวัตถุประสงค์ การจดบันทึก และการสัมภาษณ์ ที่ผู้สัมภาษณ์ต้องฝึกฝนเทคนิคการสังเกต การฟัง การซักถาม การถามซ้ำ และการกล่าวขอบคุณ

3 การสนทนากลุ่ม (Focus-group discussion) เป็นการสนทนาข้อมูลจากกลุ่มที่ทุกคนมีส่วนร่วมแสดงแสดงความคิดเห็นที่มีการเตรียมการ วางแผนและเป็นหัวข้อที่กลุ่มให้ความสนใจ การสนทนากลุ่มแต่ละครั้ง มีผู้ร่วมสนทนาประมาณ 10-15 คน เพื่อให้ได้ข้อมูลเฉพาะด้านมีการแสดงความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ องค์ประกอบของการสนทนาที่ถูกต้องคือ ผู้ดำเนินการสนทนา ผู้จดบันทึก ผู้ช่วยและผู้ร่วมสนทนา แนวทางการสนทนา อุปกรณ์สนามและประเด็นการสนทนากลุ่ม

4 การประชุมระดมสมอง (Brain storming) กลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและครอบครัว เป็นการเปิดโอกาสได้ร่วมแสดงความคิดเห็นในประเด็นการวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาอุปสรรคในการดูแลส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และร่วมกันหาแนวทางส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและอีกกลุ่มหนึ่งประชุมระดมสมองในกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เป็นการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคในการดูแลส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนร่วมได้แสดงความคิดเห็น ร่วมกันระดมสมอง แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์และการวิเคราะห์แนวทางการ

ช่วยเหลือดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชน โดยผู้ศึกษาทำหน้าที่การสนับสนุน และเอื้ออำนวยในการประชุม (Facilitator) เพื่อให้เกิดการดูแลส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

6) สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในการอธิบายลักษณะทางประชากร สถานการณ์ บริบท สภาพปัญหา การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ สถิติ Paired t-test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ความเข้าใจทัศนคติและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์วัยรุ่นก่อนและหลังพัฒนา สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เหมาะสม ด้วยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) และทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการโดยความเคารพสิทธิส่วนบุคคล ศักดิ์ศรี ความปลอดภัยและความเป็นอยู่ที่ดีตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ และได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการ

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=77)

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เลขที่ KEC64042/2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

การศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นข้อมูลกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง ตำบลศิลา และเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน อำเภอเมืองขอนแก่น จำนวน 77 คน พบว่า ส่วนมาก อายุต่ำกว่า 20 ปี ร้อยละ 51.95 รองลงมาอยู่ในระหว่างกลุ่มอายุ 40 ปี ถึง 49 ปี ร้อยละ 20.78 โดยกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีอายุน้อยที่สุด คือ อายุ 14 ปี และกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีอายุมากที่สุด คือ อายุ 68 ปี กลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชนส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.83 ซึ่งบทบาทหน้าที่ส่วนมากกลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพชุมชน หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ร้อยละ 38.96 เป็นผู้นำชุมชน ร้อยละ 22.08 และสมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น /องค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 14.28 (ดังตารางที่ 1)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)
1. เพศ	
ชาย	24(31.17)
หญิง	53(68.83)
2. อายุ	
ต่ำกว่า 20 ปี	40(51.95)
20-39 ปี	7(9.09)
40-49 ปี	16(20.78)
50-59 ปี	12(15.58)
60 ปี ขึ้นไป	2(2.60)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน(ร้อยละ)
4. บทบาทหน้าที่	
แกนนำเด็กและเยาวชน	10(12.99)
ผู้นำชุมชน	17(22.08)
อาสาสมัครสาธารณสุข	5(6.49)
สมาชิก อบต./อบต.	11(14.29)
กลุ่มสถานศึกษา	4(5.19)
หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น	30(38.96)

2.สถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

การสำรวจข้อมูลพื้นฐานของประชาชน ปี 2564 เขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง ตำบลศิลา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบ หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด จำนวน 58 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 29.31 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด สำหรับตำบลโนนท่อน หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด จำนวน 45 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 28.89

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า อายุของหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์จะมีอายุอยู่ในช่วง 15 ปี ถึง 19 ปี โดยที่อายุของหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์มากที่สุดคือ 19 ปี ร้อยละ 28.57 และอายุของหญิงวัยรุ่น หลังการตั้งครรภ์น้อยที่สุดคืออายุ 15 ปี ร้อยละ 7.14 ส่วนใหญ่หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6/ปวช.) ร้อยละ 92.85 ส่วนใหญ่หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์อาศัยอยู่กับปู่ย่า/ตายาย ร้อยละ 57.14 สถานภาพสมรสของบิดาและมารดาของหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน ร้อยละ 92.85 ซึ่งส่วนใหญ่ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครองหลักอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6/ปวช.) ร้อยละ 57.15 หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ได้รับ

เงินจากผู้ปกครองเฉลี่ยต่อวัน ระหว่าง 100 - 250 บาท ร้อยละ 64.28 โดยได้รับเงินจากผู้ปกครองเฉลี่ยต่อวันน้อยที่สุด คือ 100 บาทต่อวัน และได้รับเงินจากผู้ปกครองเฉลี่ยต่อวันมากที่สุด คือ 350 บาทต่อวัน เมื่อหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์มีปัญหาหรือไม่เข้าใจเรื่องเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศส่วนใหญ่เลือกที่จะปรึกษาเพื่อนร้อยละ 64.29 หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่คิดว่าสถานการณ์ที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ คือ การที่อยู่กับเพศตรงข้ามสองต่อสอง การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การกอด/จูบ และการดูสื่อลามก เช่น คลิปโป๊ ร้อยละ 100 หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลข่าวสาร เรื่องเพศศึกษาและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียนส่วนใหญ่จากการอ่านหนังสือ การอ่านสิ่งพิมพ์การเล่นอินเทอร์เน็ต และปรึกษาเพื่อนร้อยละ 100 ปัจจุบันหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีแฟนแล้ว ร้อยละ 100 หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่เคยมีความสัมพันธ์กับเพื่อนต่างเพศ(แฟน) ร้อยละ 100

สถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

พบปัญหาและความต้องการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ที่สำคัญ ได้แก่ 1) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองที่เหมาะสม 2) ครอบครัวขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลหญิง

ตั้งครรภ์วัยรุ่น 3) ชุมชนมองปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นเพียงเรื่องของส่วนตัว ไม่ควรเข้าไปยุ่งเกี่ยว

3. การพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมืองขอนแก่นจังหวัดขอนแก่น

จากการสะท้อนผลและถอดบทเรียนสังเคราะห์บทเรียนจากการวิจัย ได้แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ โดย 1) การพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองของวัยรุ่นเพื่อป้องกันตนเองเมื่ออยู่ในสถานการณ์ ที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งจะนำไปสู่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม กรณีตั้งครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและครอบครัว 2) ครอบครัวและชุมชน ให้ความรักให้เวลา 3) สอนการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี 4) สอนทักษะชีวิต ป้องกันการตั้งครรภ์ โดยมีเจ้าหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง โดยภาคีเครือข่ายร่วมกันเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage health literacy approach) ประกอบด้วย ดังนี้

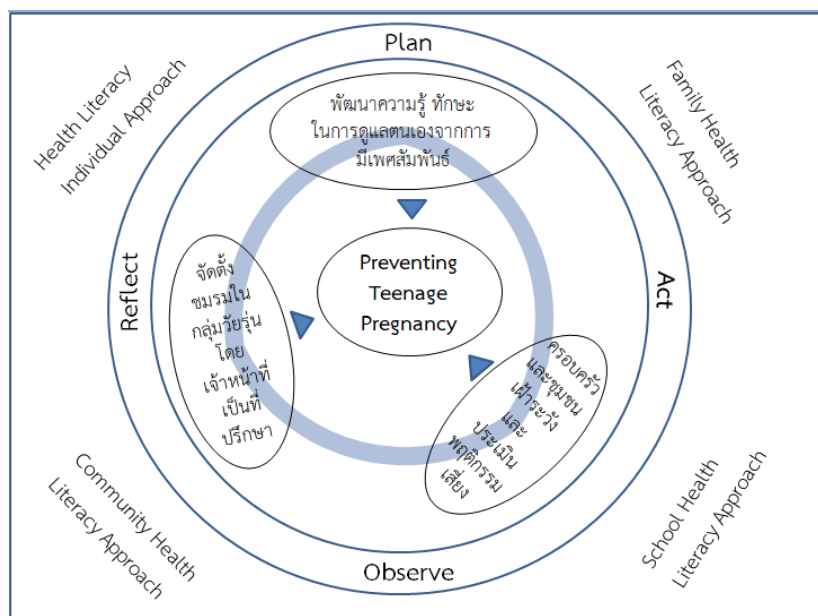
1. Family health literacy approach ครอบครัวมีบทบาทที่สำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ 1) ครอบครัว ต้องให้เวลาให้ความรัก เอาใจใส่ และต่อเนื่อง 2) เป็นตัวอย่างที่ดี เป็นที่ปรึกษาในทุกเรื่อง 3) มีทักษะการถ่ายทอดสิ่งที่ดีให้เด็ก และ 4) สอนทักษะชีวิตเด็ก สร้างภูมิคุ้มกันชีวิต

2. School health literacy approach โรงเรียนมีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างทักษะชีวิต ดังนั้นบทบาทของโรงเรียนในการป้องกันการ

ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ 1) เสริมทักษะการให้คำปรึกษา การเป็นตัวอย่างที่ดี 2) ฝึกระวังและคัดกรองกลุ่มเสี่ยง เช่นเด็กห้องท้าย มีการจัดตั้งชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน 3) สอนเน้นกลุ่มเสี่ยง นอกเหนือจากแทรกในหลักสูตร 4) อบรมดูแลเอาใจใส่ ให้ความรักให้เวลา 5) สอนการสร้างภูมิคุ้มกันชีวิต ทักษะชีวิต 6) ดูแลสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียน สื่อในโรงเรียนที่เอื้อต่อการเรียนรู้ 7) การจัดเวลาว่าง นันทนาการ 8) ไม่ให้เด็กว่างมาก จัดกิจกรรมนักเรียน 9) นโยบายการจัดการปัญหาเด็กที่ชัดเจน และ 10) สร้างความร่วมมือกับพยาบาลในการค้นหาและป้องกัน

3. Community health literacy approach ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ 1) ชุมชนต้องมีส่วนในการเอาใจใส่กวดขัน 2) เป็นตัวอย่างที่ดี 3) อบรมดูแลเอาใจใส่ 4) ในส่วนของผู้ประกอบการควรดูแลกฎระเบียบของหอพัก 5) ดูแลกฎระเบียบสังคมตามบทบาทหน้าที่ของตน เช่น ตำรวจ ผู้ประกอบการ 6) สร้างความร่วมมือกัน 7) สอนทักษะชีวิตเด็ก และ 8) มีทัศนคติกับเรื่องเด็กที่ดี ไม่รังเกียจเด็กที่ผิดพลาดไปแล้ว

4. Health literacy individual approach ความรอบรู้ด้านสุขภาพของตัววัยรุ่นมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งบทบาทของวัยรุ่นในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ได้แก่ 1) สร้างภูมิคุ้มกัน มีทักษะชีวิต ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ 2) สร้างทัศนคติ เปลี่ยนแปลงมุมมองชีวิต ค่านิยม 3) สร้างความตระหนัก รักตนเอง รู้คุณค่าในตนเอง 4) การไม่เปิดโอกาส การไม่ทำตามเพื่อน 5) Protection mind 6) มีความรู้การคุมกำเนิด 7) ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ และ 8) ตั้งใจเรียนจนจบการศึกษาภาคบังคับ (ดังภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ
อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

4. ประเมินผลการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

การประเมินผลการพัฒนาแนวทางการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ ครั้งนี้ ประเมินผลจากกลุ่มตัวอย่างหญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์หลังตั้งครรภ์ในประเด็น 1) ความรู้ เกี่ยวกับเพศศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 2) ทักษะเกี่ยวกับเพศศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และ 3) พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า

4.1 ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เท่ากับ 6.42 คะแนน (S.D.= 1.91) และ

หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เท่ากับ 9.07 คะแนน (S.D.=1.59) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนและหลังพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการพัฒนา มีคะแนนเพิ่มขึ้น 2.65 คะแนน (95%CI = 2.02 - 3.27, p-value = 0.001)

4.2 ด้านทัศนคติเกี่ยวกับเพศศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ เท่ากับ 33.93 คะแนน (S.D.=2.43) และหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ เท่ากับ 42.07 คะแนน (S.D.= 4.68) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ ก่อนและหลังพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนทัศนคติ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการพัฒนา

มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 8.14 คะแนน (95%CI =5.80 - 10.47, p-value< 0.001)

4.3 พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันฯ เท่ากับ 32.71 คะแนน (S.D.= 2.89) และหลังการพัฒนา มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมกรรมการป้องกันฯ เท่ากับ

41.93 คะแนน (S.D.=2.58) และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันฯ ก่อนและหลังพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันฯ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยหลังการพัฒนา มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 9.22 คะแนน (95%CI =6.60-11.83, p-value< 0.001) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้ ทักษะเกี่ยวกับเพศศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ก่อนและหลังการพัฒนา (n=30)

ประเด็นการประเมินผล	ก่อนการพัฒนา $\bar{X}$ (S.D.)	หลังการพัฒนา $\bar{X}$ (S.D.)	ผลต่างค่าเฉลี่ย Mean difference (95%CI)	t	p-value
1. ด้านความรู้ฯ	6.42(1.91)	9.07(1.59)	2.65 (2.02 - 3.27)	8.59	0.001
2. ด้านทัศนคติฯ	33.93(2.43)	42.07(4.68)	8.14 (5.80 - 10.47)	7.12	<0.001
3. ด้านพฤติกรรมกรรมการป้องกันฯ	32.71(2.89)	41.93(2.58)	9.22 (6.60-11.83)	7.22	<0.001

การอภิปรายผล

สถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จากข้อมูลพื้นฐานของประชาชน ปี 2564 เขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง ตำบลศิลา อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด จำนวน 58 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 29.31 ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด สำหรับพื้นที่ตำบลโนนท่อน หญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด จำนวน 45 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 28.89 พบว่าอายุของหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์จะมีอายุอยู่ในช่วง 15 ปี ถึง 19 ปี โดยที่อายุของหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ มากที่สุดคือ 19 ปี ร้อยละ 28.57 และอายุของหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ น้อยที่สุดคืออายุ 15 ปี ร้อยละ 7.14 ส่วนใหญ่หญิงวัยรุ่นหลัง

การตั้งครรภ์ มีระดับการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6/ปวช.) ร้อยละ 92.85 ส่วนใหญ่หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ อาศัยอยู่กับ ปู่ย่า/ตายาย ร้อยละ 57.14 สถานภาพสมรสของบิดาและมารดาของหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่อยู่ด้วยกันร้อยละ 92.85 ซึ่งส่วนใหญ่ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ปกครองหลัก อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-ม.6/ปวช.) ร้อยละ 57.15 หญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ได้รับเงินจากผู้ปกครองเฉลี่ยต่อวันระหว่าง 100 - 250 บาท ร้อยละ 64.28 โดยได้รับเงินจากผู้ปกครองเฉลี่ยต่อวันน้อยที่สุด คือ 100 บาทต่อวัน และได้รับเงินจากผู้ปกครองเฉลี่ยต่อวันมากที่สุด คือ 350 บาทต่อวัน เมื่อหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์มีปัญหาหรือไม่เข้าใจเรื่องเพศ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ส่วนใหญ่เลือกที่จะ

ปรึกษาเพื่อนร้อยละ 64.29 สถานการณ์ที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ คือ การที่อยู่กับเพศตรงข้ามสองต่อสองการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์การกอด/จูบและการดูสื่อลามก เช่น คลิปโป๊ ร้อยละ 100 ได้รับข้อมูลข่าวสาร เรื่องเพศศึกษาและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยเรียน ส่วนใหญ่จากการอ่านหนังสือ การอ่านสิ่งพิมพ์การเล่นอินเตอร์เน็ต และปรึกษาเพื่อนร้อยละ 100 ปัจจุบันหญิงวัยรุ่นหลังการตั้งครรภ์ ส่วนใหญ่มีแฟนแล้ว ร้อยละ 100

การดำเนินงานด้านการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุข ที่ได้จากการประชุมระดมสมองของภาคีผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง กับการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ในพื้นที่ 1)โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง ตำบลศิลา และ 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองขอนแก่น พบว่า รูปแบบที่ได้จะเป็น รูปแบบที่ต้องเกิดจากความร่วมมือของครอบครัว โรงเรียนและชุมชน ซึ่งรูปแบบนี้ ควรเป็นการป้องกันผ่านระบบการศึกษาที่เรียกว่า Teenage health literacy approach ซึ่งต้องทำงานเป็นทีม มีความจริงใจในการแก้ปัญหา และเกิดการร่วมแรงร่วมใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ยังเป็นพื้นที่ที่มีสังคมกึ่งเมืองกึ่งชนบท จึงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทุกฝ่าย เพื่อให้สามารถลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้จากการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมปฏิบัติเกี่ยวกับเพศศึกษา พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของกลุ่มแกนนำเด็กและเยาวชนดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นการที่จะป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น ควรพิจารณาข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้ง 2 ส่วน คือ ปัญหาที่เกิดขึ้นเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และขาดทักษะการป้องกันการตั้งครรภ์

ซึ่งสาเหตุนั้นมาจากตัวเด็กครอบครัว โรงเรียน สื่อ และสภาพแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวดี ป๋องสา และคณะ¹¹ ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชนของเทศบาลตำบลวังชัย อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในชุมชน ผู้ปกครองมีการปรับทัศนะเรื่องเพศคิดเชิงบวก มีการสื่อสาร และเข้าใจ วัยรุ่นมากกว่าเดิมก่อนที่จะไม่มีโครงการ เนื่องจากมีความเข้าใจถึงความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการเรียนรู้ในเรื่องเพศและไม่คิดว่าเป็นการชี้พร่งให้กระรอก และได้ขยายผลไปสู่ครอบครัวอื่นด้วย รวมทั้งปรับให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในงานบุญประเพณี มีวัยรุ่นทำหน้าที่จัดรายการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และเสียงเพลง ทางเสียงตามสาย มีศูนย์การเรียนรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น และมีคณะทำงานในชุมชน ส่วนในโรงเรียน มีชมรมทำกิจกรรมหลังเลิกเรียน มีการจัดตั้งคณะทำงานแกนนำนักเรียน มีห้องให้คำปรึกษาเพื่อนช่วยเพื่อน โดยมีครูคอยให้การช่วยเหลือ มีการประยุกต์และบูรณาการสอนเพศศึกษาร่วมกับวิชาอื่นที่นอกเหนือจากวิชาสุขศึกษา พลานามัย และเชื่อมโยงการดูแลวัยรุ่นด้วยการให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนของทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาเรียงทั้งเชิงรุกและรับ ภาคีร่วมกันขับเคลื่อนทำงานไปพร้อมๆ กัน ส่งผลกระทบกับวัยรุ่นในทิศทางบวก มีการติดตามประเมินผลปรับแผนการทำงานเป็นระยะๆและทำงานร่วมกับเครือข่ายโรงเรียน ต้องเป็นตัวอย่างที่ดีช่วยเสริมทักษะ การให้คำปรึกษาเรื่องเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดที่ดีจะช่วยลดปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัทมา ผ่องสมบูรณ์¹² ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดพิจิตร พบว่าสาเหตุและปัจจัยของปัญหาวัยรุ่นตั้งครรภ์และอุปสรรคในการดำเนินงานการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ของจังหวัด เกิดจากผลกระทบทางลบของสภาพ

ครอบครัว สื่อสังคมแวดล้อม การควบคุมของสถานศึกษา และตัวของวัยรุ่นเอง รูปแบบการดำเนินการป้องกันการตั้งครรภ์ของจังหวัดพิจิตรเกิดจากความร่วมมือของครอบครัว โรงเรียนและชุมชนซึ่งรูปแบบนี้เป็นการป้องกันผ่านระบบการศึกษาที่เรียกว่า Teenage focused : Health and education approach โดยต้องทำงานเป็นทีมมีความจริงใจในการแก้ปัญหาและเกิดการร่วมแรงร่วมใจของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ 1. Family based เป็นการทำหน้าที่ของครอบครัวให้สมบูรณ์ โดยครอบครัวต้องใช้เวลาให้ความรัก เอาใจใส่และต่อเนื่องเป็นตัวอย่างที่ดีเป็นที่ปรึกษาในทุกเรื่อง มีทักษะในการถ่ายทอดสิ่งที่ดีให้เด็ก สอนทักษะชีวิตเด็ก สร้างภูมิคุ้มกันชีวิต 2. School based เป็นการทำหน้าที่ในส่วนโรงเรียนโดยเป็นตัวอย่างที่ดีเสริมทักษะการให้คำปรึกษา คัดกรองกลุ่มเสี่ยงสอนเน้นกลุ่มเสี่ยงนอกเหนือจากในหลักสูตรอบรมดูแลเอาใจใส่ให้ความรักใช้เวลาสอนการสร้างภูมิคุ้มกันชีวิต ทักษะชีวิต ดูแลสิ่งแวดล้อมภายในโรงเรียน สื่อในโรงเรียน การจัดเวลาว่าง นันทนาการไม่ให้ เด็กว่างมากจัดกิจกรรมนักเรียนมีโยบายการจัดการปัญหาเด็กที่ชัดเจน สร้างความร่วมมือกับพยาบาลในการ ค้นหาและป้องกัน 3. Community based เป็นการทำหน้าที่ในส่วนชุมชนที่เกี่ยวข้องโดยชุมชนต้องมีส่วนในการเอาใจใส่สอดส่อง เป็นตัวอย่างที่ดี อบรมดูแลเอาใจใส่ดูแลภาวะเปื้อนบอพัก ภาวะเปื้อนสังคมตามบทบาทหน้าที่ของตน โดยมีลักษณะที่คล้าย ๆ กันการสร้างกลุ่มองค์กรภายในท้องถิ่นคอยดูแลเฉพาะเกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ การให้ความรู้เรื่องการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดปัญหาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้เป็นอย่างดี และผลจากการนำรูปแบบการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นไปใช้กับและเยาวชนในพื้นที่รับผิดชอบ พบว่า ทักษะในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของเด็กและเยาวชน หลังการอบรมตามโปรแกรมที่กำหนดยังไม่มี ความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นถึงว่า

การอบรมให้ความรู้ที่ถูกต้องเพียงอย่างเดียวยังไม่สามารถทำให้การรับรู้และทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น สามารถปรับเปลี่ยนไปในทิศทางที่เหมาะสม ดังนั้นหากได้รับการดูแลจากผู้ที่เกี่ยวข้องดังที่กล่าวไปแล้ว ไม่ว่าจะเป็นครู ผู้ปกครอง เจ้าหน้าที่ด้านต่างๆ ตลอดจนชุมชนที่พวกเขาอาศัยอยู่ ในขณะที่ความรู้เรื่องเพศศึกษาและทัศนคติทางเพศ ในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของเด็กและเยาวชนก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโนนม่วง ตำบลศิลา และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากความรู้และทัศนคติเหล่านี้มีมาแต่เดิม และปรับเปลี่ยนค่อนข้างยาก ต้องใช้ระยะเวลาในการทบทวนแนวความคิดเดิมที่ตนเองเชื่อและถือปฏิบัติ หรือแนวการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาที่ตรงตามที่เด็กและเยาวชนต้องการ การรับฟังอย่างตั้งใจ และการสนทนากลุ่มต่อเนื่องหลังการอบรม เปิดโอกาสให้เด็กและเยาวชนได้แลกเปลี่ยนความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติที่ถูกต้องผ่านการสนทนากลุ่มอย่างลึกซึ้งและการรับฟังความคิดเห็น สร้างความไว้วางใจและหาแนวทางที่เหมาะสมร่วมกัน จึงทำให้หลังพัฒนารูปแบบ ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติเพื่อป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ ในวัยรุ่นของเด็กและเยาวชนในพื้นที่ ก่อนและหลังการพัฒนา รูปแบบการป้องกันวัยรุ่นตั้งครรภ์ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่สร้างขึ้น อาจจะไม่สามารถวัดประสิทธิภาพ หรือเห็นผลการเปลี่ยนแปลงได้ในทันทีที่สิ้นสุดกิจกรรม ด้วยวัยรุ่นต้องมีเวลาในการได้ไตร่ตรองหรือได้ทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับจากรูปแบบหรือโปรแกรมที่กำหนดขึ้น เพื่อให้เกิดแนวทางในการปฏิบัติ หรือการเปลี่ยนทัศนคติในทิศทางที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชิรากร บุญลี¹³ ได้ทำการศึกษาการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์

วัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน พบว่า 1) เจ้าหน้าที่มีความรู้และทักษะในการดูแล ส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นยังไม่เพียงพอ 2) หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีความรู้และพฤติกรรมการ ดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมขณะตั้งครรภ์ ไม่มีการ เตรียมพร้อมในการคลอดและการเลี้ยงดูบุตร ขาด การมีส่วนร่วมของครอบครัว 3) แกนนำอาสาสมัคร ในชุมชนไม่มีการรวมกลุ่มและขาดความรู้ในการ ดูแลส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น จึงได้ร่วมนำเสนอแนวทางการพัฒนาและร่วมกันพัฒนาใน ประเด็น 1) พัฒนาความรู้ ทักษะเจ้าหน้าที่ และ แนวทางการให้บริการส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่น 2) พัฒนาการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริม สุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของ ครอบครัว 3) พัฒนาแกนนำชุมชนให้มีความรู้ใน การดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ส่งเสริมชมรมสายใย รักแห่งครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นใน ชุมชน จากผลการศึกษา แสดงว่ากระบวนการวิจัย เชิงปฏิบัติการและสุนทรียสนทนานี้ช่วยให้หญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่น ครอบครัว และชุมชนมีโอกาสร่วม คิดและหาแนวทางการจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริม สุขภาพตนเองโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและ ชุมชนอย่างเหมาะสม มีการพัฒนาบริการคลินิก คือ การทำงานอาสาสมัคร การสนับสนุนทาง การศึกษา การซักซ้อมเตรียมการ การดูแลสุขภาพ การเล่นกีฬาและทำกิจกรรมทางศิลปะ และการให้ ความรู้ในโรงเรียน ผลของการใช้รูปแบบยังพบว่า พฤติกรรมที่เคยปฏิบัติของเด็กและเยาวชน ใน พื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านโนนม่วง ตำบลศิลา และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนท่อน ที่พบการปฏิบัติเพิ่ม จากก่อนการพัฒนาแบบ ได้แก่ การอ่านหนังสือ กระตุ้นความรู้สึทางเพศ พฤติกรรมของนักเรียน ที่พบการปฏิบัติเพิ่มจากก่อนการพัฒนาแบบ ได้แก่ มีคูรัก (แฟน) การอ่านหนังสือกระตุ้น ความรู้สึทางเพศการถูกเนื้อต้องตัวกับเพศตรง ข้ามในเชิงซู้สาว จูบกับคูรัก และเคยมีเพศสัมพันธ์

กับเพศตรงข้าม แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ทาง เพศศึกษา ส่งผลทั้งทางบวกและทางลบเสมอ ด้วยวัยรุ่นเป็นวัยที่อยากรู้อยากลองและเป็นวัยที่มี ความต้องการทางเพศสูงจากระบบฮอร์โมน ในร่างกาย การดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบที่ กำหนดขึ้น และการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา จึงทำให้วัยรุ่นจำนวนหนึ่งต้องการทดลองทำ กิจกรรมเหล่านี้ ทำให้พบผลการปฏิบัติเพิ่มขึ้น

สรุป

จากการพัฒนาแนวทางการป้องกัน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายสุขภาพ เห็นว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงสรุปได้ว่าแนวทางการ ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วม ของภาคีเครือข่ายสุขภาพนี้ สามารถช่วยแก้ไข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ โดยอาศัยการพัฒนา องค์ความรู้ในกลุ่มวัยรุ่น หรือระบบความรู้รอบรู้ ด้านการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น (Teenage health literacy approach รวมไปถึงการดำเนิน กิจกรรมประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สอดคล้อง กับสภาพบริบทของพื้นที่ ที่มีการเปลี่ยนแปลงและ กระตุ้นให้เกิดความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดี อย่างต่อเนื่องและสืบต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ในการนำแนวทางการพัฒนาการป้องกัน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายสุขภาพไปใช้ ควรมีการชี้แจงและทำความเข้าใจในทีมผู้ให้บริการสุขภาพก่อน เพื่อความ เข้าใจตรงกันในการปฏิบัติตามแนวทางการ สอบถามข้อมูล ดังนั้น ควรมีขั้นตอนในการพัฒนา ที่ชัดเจนเน้นการมีส่วนร่วมของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
2. ชุมชน โดยเฉพาะครอบครัวของหญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่น เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญต่อหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ดังนั้นควรให้

ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการกำหนดแนวทางการป้องกันในชุมชน เพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

3. ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ควรสนับสนุนให้มีการอบรมเผยแพร่ความรู้ให้กับครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมร่วมกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น

เอกสารอ้างอิง

1. ชีรากร บุญลี. การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2557.
2. ศศิธร จารยคุณ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายตำบลคูเมือง อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558; 24(1), 14-23.
3. ชีรากร บุญลี . การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2557.
4. พัสनिया พุ่มจันทร์. เปรียบเทียบทุนชีวิตระหว่างวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์และไม่เคยตั้งครรภ์. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562; 27(4), 10-20.
5. ปัทมา ผ่องสมบุรณ์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดพิจิตร. วารสารสาธารณสุขล้านนา.2562; 10(3), 260-267.
6. ปัทมา ผ่องสมบุรณ์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดพิจิตร. วารสารสาธารณสุขล้านนา.2562; 10(3), 260-267.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ระหว่าง 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ.2564]. เข้าถึงได้จาก https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/formatg.php&cat_id
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ระหว่าง 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ.2564]. เข้าถึงได้จาก https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/formatg.php&cat_id
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. การเฝ้าระวังอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ ระหว่าง 15-19 ปี เขตสุขภาพที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ปีงบประมาณ2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 20 ก.พ.2564]. เข้าถึงได้จาก https://kkn.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/formatg.php&cat_id
10. Kemmis,S.,& Mc Taggart, R. The action research planner (3rd ed). Geelong, Australia: Deakin University Press. 1988.

11. สุภาวดี ป้องสา. การมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชนของเทศบาลตำบลวังชัย อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. [อินเทอร์เน็ต]. 2558
สืบค้นจาก
<http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2560002601.pdf>.
12. ปัทมา ผ่องสมบุรณ์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จังหวัดพิจิตร. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2562; 10(3), 260-267.
13. ชีรากร บุญลี. การจัดการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

อนันต์ พวงคำ¹, วิราสิริ วสีวีร์²

(วันที่รับบทความ: 14 ธันวาคม 2564; วันที่แก้ไข: 27 เมษายน 2565 วันที่ตอบรับ: 18 มิถุนายน 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคหัวใจที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 185 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระหว่างวันที่ 21 เดือนตุลาคม 2564 ถึง วันที่ 30 พฤศจิกายน 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า การจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ในระดับมากร้อยละ 71.4 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 25.4 ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน ($r=0.217$) ระยะเวลาการเจ็บป่วย ($r=-0.342$) แรงจูงใจต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($r=0.655$) และแรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.541$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ เสนอแนะให้คลินิกโรคหัวใจ ควรมีนโยบายการส่งเสริมการจัดการตนเอง รวมทั้งทีมสุขภาพนำองค์ความรู้แนะนำให้กับผู้รับบริการในการจัดการตนเองและการสร้างแรงจูงใจ การสร้างแรงสนับสนุนให้กับผู้รับบริการเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ : การจัดการตนเอง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม

¹นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (ส.ม.) สาขาวิชาการบริหารงานสาธารณสุข มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น,

Email: anan-anesth@hotmail.com

²ผู้ช่วยศาสตราจารย์, มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น, Email: wirasiri_wasee@hotmail.com

Corresponding author: วิราสิริ วสีวีร์, E-mail: wirasiri_wasee@hotmail.com

Factors Related to Self-Management in Preventing Complications of Congestive Heart Failure Patients at Surin Hospital in Surin Province

Anan Puangkam¹, Wirasiri Waseeweerasi²

(Receive: 14th December 2021; Revised: 27th April 2022; Accepted: 18th June 2022)

Abstract

The purpose of this cross-sectional survey research was to investigate the factors related to self-management in preventing complications of congestive heart failure patients at Surin Hospital in Surin Province. The sample group was 185 patients with heart disease diagnosed with congestive heart failure by physicians. The questionnaires were used for data collection during the 21st of October – the 30th of November 2021. The data were then analyzed for frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-square statistic, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient statistic. The results of the study revealed that the self-management in preventing complications of congestive heart failure patients was shown at a high level, accounting for 71.4%, followed by a moderate level, accounting for 25.4%, respectively. In addition, the factors that were related to self-management in preventing complications of congestive heart failure patients with statistical significance (p -value < 0.05) included education level, monthly income ($r = 0.271$), duration of illness ($r = -0.342$), motivation for the prevention of complications ($r = 0.655$), and social support ($r = 0.541$).

The results of this study suggested that cardiology clinics should have a policy to promote self-management as well as a health team to bring knowledge and give advice to service recipients regarding self-management and motivation including being supportive for a better quality of life of service recipients.

Keywords: Self-management, Congestive heart failure patients, Motivation, Social support

¹Master Degree in Public Health (M.P.H.) Major Field in Public Health Administration Western University
Email: anan-anesth@hotmail.com

²Asst. Prof., Western University, Email: wirasiri_wasee@hotmail.com

Corresponding Author: Wirasiri Waseeweerasi, E-mail: wirasiri_wasee@hotmail.com

บทนำ

ประเทศทั่วโลกประสบปัญหาสาธารณสุขจากภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว (Congestive heart failure: CHF) เป็นโรคระยะสุดท้ายของการดำเนินโรคที่รุนแรงในกลุ่มผู้ป่วยหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากปัจจุบันเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพเป็นสาเหตุการตายในอันดับต้น ๆ ทั่วโลก พบว่ามีผู้เสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 12.2 ของสาเหตุการตายทั้งหมดและมีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2573 การเสียชีวิตจากโรคนี้จะเพิ่มขึ้นเป็น 23.6 ล้านคนทั่วโลก¹ อัตราความชุกของโรคหัวใจล้มเหลวมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และสถิติขององค์การอนามัยโลก² ในปี 2563 พบว่ากลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุการตายอันดับ 1 ของคนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตจากกลุ่มโรคนี้ประมาณ 17.9 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2563 สถานการณ์ความรุนแรงของโรคหัวใจและหลอดเลือดทั่วโลกจะเพิ่มความรุนแรงสูงขึ้นเป็น 25 ล้านคน โดยผู้เสียชีวิตจะอยู่ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาจำนวน 6 ล้านคนและกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาจำนวน 19 ล้านคน³ อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยในอยู่ที่ร้อยละ 5.5 โดยจำนวนวันนอนโรงพยาบาลเฉลี่ยที่ 7.5 วัน โดยทั่วไปอัตราการเสียชีวิตของภาวะหัวใจล้มเหลวอยู่ที่ร้อยละ 10 ต่อปี และร้อยละ 50 ของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเสียชีวิตภายใน 5 ปีหลังได้รับการวินิจฉัย⁴

ภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของระบบบริการสุขภาพ และปัญหาที่สำคัญของการดูแลตนเองของผู้ป่วย มีความยุ่งยากซับซ้อนในการจัดการตนเอง⁵ เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนในหลายด้านที่ส่งผลกระทบต่อสภาพชีวิตความเป็นอยู่ ผลกระทบด้านร่างกายความสามารถในการทำหน้าที่ของหัวใจ การหายใจลำบาก เหนื่อยหอบ การบวมน้ำ การบวมของเท้าทำให้เกิดข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน⁶ ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพการณ์ที่ยากลำบากไม่สามารถจัดการตนเองเกี่ยวกับโรค ส่งผลกระทบด้านจิตใจ

ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่น เกิดความเครียด ผลกระทบด้านสังคมจากการที่รู้สึกคุณค่าตนเองลดลง จากการลดบทบาทในสังคม และผลกระทบด้านเศรษฐกิจของครอบครัว เกิดจากการสูญเสียรายได้ร่วมกับมีค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มมากขึ้น ความรุนแรงของโรคและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง เป็นโรคที่ไม่ติดต่อที่มีความสำคัญและเป็นปัญหาสาธารณสุขของทุกประเทศทั่วโลก

โรงพยาบาลสุรินทร์ มีบทบาทหน้าที่ให้บริการตามภารกิจกระทรวงสาธารณสุข โดยให้บริการผสมผสานในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและเป็นศูนย์การรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้ทรัพยากรระดับสูง มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน พร้อมทีมสหสาขาวิชาชีพในการร่วมดูแลผู้ป่วยภาวะวิกฤตที่ยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลรักษา กลุ่มภาวะหัวใจล้มเหลวมีจำนวนอัตราตาย 41 ต่อแสนประชากร เป็นลำดับที่ 9 ใน 10 อันดับโรคการเสียชีวิตของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้มารับบริการที่คลินิกโรคหัวใจด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 689 คน เป็นลำดับที่ 7 ใน 10 อันดับโรคของผู้ป่วยในคลินิกโรคหัวใจ⁷ พบอาการบ่อยที่สุดคือ ภาวะคั่งน้ำและเกลือ อาการบวมร้อยละ 5 สาเหตุรองลงมาคืออาการหายใจเหนื่อยและหรืออ่อนเพลียร้อยละ 3 ส่วนใหญ่ไม่มาพบแพทย์ตามนัดร้อยละ 3 เป็นผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ทำให้การรักษาเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนไม่ต่อเนื่อง จึงเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตามมาจากสาเหตุจากความผิดปกติของการทำงานของหัวใจ มีอุบัติการณ์และความชุกของโรคเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยแต่ละรายมีอาการ อาการแสดง การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกันในการพิจารณาการรักษา เพื่อความปลอดภัยในการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลดอาการกำเริบ หลีกเลียงปัจจัยเสี่ยงร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งหากไม่มีการจัดการตนเองที่ดีในการดูแลตนเองที่เหมาะสม และป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน

ที่ตามมา จะเกิดปัญหาไม่มีการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ดี ทำให้ไม่เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้โดยมีคุณภาพชีวิตตามสมควร ไม่มีแรงจูงใจในการจัดการตนเอง ไม่มีความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยมีความสามารถพอที่จะตอบสนองให้เหมาะสมเพื่อไม่ให้เกิดการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วยที่อาจเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ผู้ป่วยจึงต้องปรับตัวและเริ่มต้นใช้ชีวิตอยู่กับการเจ็บป่วยด้วยการพยายามจำกัดกิจกรรมต่าง ๆ⁶ สืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของหัวใจที่ไม่สามารถกลับคืนสภาวะปกติได้ พร้อมทั้งครอบครัวไม่ได้ให้การสนับสนุน ซึ่งเป็นข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองได้ความรัก เอาใจใส่ มีความผูกพันและไว้วางใจ ไม่ได้รับการยอมรับหรือตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกครอบครัว หรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีส่วนร่วมซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า ไม่ได้รับขวัญ กำลังใจที่ดีในการจัดการตนเองตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จากข้อมูลข้างต้นภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงต้องพึ่งพาครอบครัวผู้ดูแล ดังนั้นจึงต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคมและแรงจูงใจในการจัดการตนเองเพื่อเกิดการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากความเจ็บป่วย

จากความสำคัญที่กล่าวมาแล้วในข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้เห็นถึงความสำคัญของการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้แนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์⁸ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย จะช่วยให้เกิดความเข้าใจผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวถึงแนวคิดการจัดการตนเองเพื่อช่วยในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจัดการตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษาการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัวอื่น ๆ กับ การจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนกับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการเป็นการวิจัยเชิงสำรวจ เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลครั้งเดียวแบบภาคตัดขวาง) ประชากรคือ ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ที่มารับบริการในช่วงเดือน ตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 จำนวน 689 คน⁷ กลุ่มตัวอย่าง Inclusion criteria คือผู้ที่เป็นผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และผู้ป่วยต้องมีอาการคงที่นานกว่า 6 สัปดาห์ ทั้งเพศหญิง และเพศชาย มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลว 6 เดือนขึ้นไป สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยได้รับการบอกข้อมูลโครงการวิจัยอย่างครบถ้วน Exclusion criteria คือไม่สมัครใจตอบแบบสอบถาม ขอดอนตัวในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล มีอาการเจ็บป่วยในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูลจนไม่สามารถตอบ

แบบสอบถามได้ กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรในการคำนวณของ Daniel⁹

$$n = \frac{NZ^2\alpha/2P(1-P)}{Z\alpha/2P(1-P) + (N-1)d^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \times 689 (0.40)^2}{(1.96)^2 (0.40)^2 + (689 - 1) (0.05)^2}$$

$$n = 181.39$$

จากการคำนวณจะได้กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว จำนวน 181 คน เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการเก็บข้อมูลและการวิเคราะห์สถิติ ผู้วิจัยจึงทำการเก็บข้อมูลตัวอย่างเพิ่มร้อยละ 5 เท่ากับ 9.07 คน ปัดเป็นจำนวน 9 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 190 คน วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย จับฉลากตัวเลขของการมารับบริการคลินิกโรคหัวใจไปจนครบจำนวน 190 คน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ได้ทำการเก็บข้อมูล ไม่เข้าเกณฑ์ในการคัดตัวอย่างเข้าร่วมโครงการจำนวน 5 คน จึงคัดออกจากโครงการรวมกลุ่มตัวอย่าง 185 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน มี IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 นำแบบสอบถามไปทดสอบความเที่ยงตรง พบว่าคำถามทุกข้อได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.86 และนำไปทดลองใช้ทดสอบความเชื่อมั่นมีค่าโดยแบบสอบถามทั้งฉบับ มีค่าความเชื่อมั่น 0.939 ได้แก่ แบบสอบถามแรงจูงใจต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เท่ากับ 0.711 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ 0.712 และแบบสอบถามการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว เท่ากับ 0.875 ตามลำดับ

เครื่องมือในการวิจัยประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย และโรคประจำตัวอื่น ๆ มีทั้งหมด 5 ข้อ มีลักษณะแบบเลือกตอบและแบบเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแรงจูงใจต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ระดับความคิดเห็นมากได้ 3 คะแนน ระดับความคิดเห็นปานกลางได้ 2 คะแนน ระดับความคิดเห็นน้อยได้ 1 คะแนน จำนวน 15 ข้อ การแปลผล¹⁰ ระดับมากร้อยละ 80 ขึ้นไป (36 คะแนน) ระดับปานกลางร้อยละ 60-79 (27-35 คะแนน) ระดับน้อยน้อยกว่าร้อยละ 60 (15-26 คะแนน)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ระดับความคิดเห็นมากได้รับการสนับสนุนทางสังคม สัปดาห์ละ 3 ครั้งหรือมากกว่านั้นได้ 3 คะแนน ระดับความคิดเห็นปานกลางได้รับการสนับสนุนทางสังคมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ได้ 2 คะแนน ระดับความคิดเห็นน้อยได้รับการสนับสนุนทางสังคมสัปดาห์ละครั้งหรือไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมเลย ได้ 1 คะแนน จำนวน 15 ข้อ การแปลผล¹⁰ ระดับมากร้อยละ 80 ขึ้นไป (36 คะแนน) ระดับปานกลางร้อยละ 60-79 (27-35 คะแนน) ระดับน้อยน้อยกว่าร้อยละ 60 (15-26 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการจัดการตนเองประกอบด้วย 6 ด้าน 1) การตั้งเป้าหมาย 2) การเก็บรวบรวมข้อมูล 3) การประมวลและประเมินข้อมูล 4) การตัดสินใจ 5) การลงมือปฏิบัติ และ 6) การสะท้อนตนเอง ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ ระดับการจัดการตนเองปฏิบัติเป็นประจำปฏิบัติสัปดาห์ละ 3 ครั้งหรือมากกว่านั้นได้ 3 คะแนน ระดับการจัดการตนเองปฏิบัติเป็นบางครั้งปฏิบัติสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งได้ 2 คะแนน ระดับการจัดการตนเองไม่เคยปฏิบัติเลยปฏิบัติสัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือไม่เคยปฏิบัติเลยได้ 1 คะแนน การแปลผล¹⁰ ระดับมากร้อยละ 80 ขึ้นไป (43-54 คะแนน) ระดับปานกลางร้อยละ 60-79 (32-42 คะแนน) ระดับน้อยน้อยกว่าร้อยละ 60 (18-31 คะแนน)

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนาโดยการหาค่าความถี่ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของตัวแปร โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson product-moment correlation coefficient) และสถิติไคสแควร์ (Chi-Square)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น วันที่ 29 ตุลาคม 2564 รหัสโครงการ HE-WTU 542979 เอกสารรับรองเลขที่ WTU 2563-0065 และองค์กรแพทย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ วันที่ 18 ตุลาคม 2564 เลขที่รับรอง 73/2564

ผลการวิจัย พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 73.0 เป็นเพศหญิงร้อยละ 27.0 มีอายุ 50-59 ปี มากที่สุดร้อยละ 39.5 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 52.2 ปี สถานภาพสมรสมากที่สุดร้อยละ 71.9 รายได้ต่อเดือน 1,200-10,000 บาท ร้อยละ 63.8 รายได้เฉลี่ยเท่ากับ 12,122.1 บาทต่อเดือน ระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 52.4 มากที่สุด ระยะเวลาการเจ็บป่วย 1-3 ปี ร้อยละ 68.6 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ยเท่ากับ 3.1 ปี โดยมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร้อยละ 55.1 ไม่มีโรคประจำตัวอื่น ๆ ร้อยละ 44.9 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ ระดับการศึกษา ระยะเวลาการเจ็บป่วย โรคประจำตัวอื่น ๆ (n= 185)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	135	73.0
หญิง	50	27.0
อายุ		
30-39 ปี	10	5.4
40-49 ปี	57	30.8
50-59 ปี	73	39.5
60-69 ปี	45	24.3
$\bar{X}$ = 52.2, SD = 8.6, Min = 31, Max = 68		
สถานภาพ		
โสด	17	9.2
สมรส	133	71.9
หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่	35	18.9
รายได้ต่อเดือน		
1,200 - 10,000 บาท	118	63.8
10,001 - 20,000 บาท	32	17.3
20,001 - 30,000 บาท	23	12.4
30,001 - 40,000 บาท	12	6.5
$\bar{X}$ = 12,182.1, SD = 10,734.8, Min = 1,200, Max = 40,000		

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ระดับประถมศึกษา	97	52.4
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น	12	6.5
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า	18	9.8
ระดับอนุปริญญา(ปวส.)	16	8.6
ระดับปริญญาตรี	40	21.6
ระดับสูงกว่าปริญญาตรี	2	1.1
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
1 – 3 ปี	127	68.6
4 – 6 ปี	55	29.7
7 - 10 ปี	3	1.6
$\bar{X} = 3.1$, $SD = 1.8$, $Min = 1$, $Max = 10$		
โรคประจำตัวอื่น ๆ		
ไม่มี	83	44.9
มี	102	55.1

แรงจูงใจต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

แรงจูงใจต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่าง มีอยู่ 2 ระดับ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 78.9 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 21.1 ตามลำดับ และไม่พบระดับน้อย

แรงสนับสนุนทางสังคม

ระดับความคิดเห็นแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 79.5 รองลงมาคือระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 20.0 และระดับน้อยคิดเป็นร้อยละ 0.5

การจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

การจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวของกลุ่มตัวอย่างในภาพรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 71.4 รองลงมาคือระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 25.4 และระดับน้อยร้อยละ 3.2 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว และเพศ สถานภาพ สมรส โรคประจำตัวอื่น ๆ ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และโรคประจำตัวอื่น ๆ กับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ด้วยค่าไคสแควร์ (n = 185)

ตัวแปร	การจัดการตนเอง		p-value
	น้อย+ปานกลาง	มาก	
เพศ			0.216
หญิง	11(22.0)	39(78.0)	
ชาย	42(31.1)	93(68.9)	
สถานภาพสมรส			0.839
โสด	4(23.5)	13(76.5)	
สมรส	38(28.6)	95(71.4)	
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	11(31.4)	24(68.6)	
ระดับการศึกษา			
ระดับประถมศึกษา	37(38.1)	60(61.9)	0.011
ระดับมัธยมศึกษา	5(16.7)	25(83.3)	
ระดับอุดมศึกษา	11(19.0)	47(81.0)	
โรคประจำตัวอื่น ๆ			0.216
ไม่มี	27(32.5)	56(67.5)	
มี	26(25.5)	76(74.5)	

* ค่า p-value <0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้และระยะเวลาการเจ็บป่วย กับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านรายได้ต่อเดือน (r=0.217) และด้านระยะเวลาการเจ็บป่วย

(r=-0.342) มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านอายุ (r=0.044) ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ รายได้และระยะเวลาการเจ็บป่วย กับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ด้วยสถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (n=185)

ตัวแปร	การจัดการตนเอง	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล		
อายุ	0.044	0.555
รายได้ต่อเดือน	0.217	0.003*
ระยะเวลาการเจ็บป่วย	-0.342	<0.001*

* ค่า p-value <0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนกับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า แรงจูงใจต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($r=0.655$) มีความสัมพันธ์กับการ

จัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว แรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.541$) มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน และแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว วิเคราะห์ด้วยสถิติ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ($n=185$)

ตัวแปร	การจัดการตนเอง	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
แรงจูงใจ	0.655	< 0.001*
แรงสนับสนุนทางสังคม	0.541	< 0.001*

* ค่า p-value <0.05

การอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่าการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากร้อยละ 71.4 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 25.4 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยผู้ป่วยมีการลงมือปฏิบัติ เช่น เมื่อมีอาการเหนื่อยหอบขณะออกกำลังกาย ได้พักและหยุดกิจกรรมทันที หากอาการไม่ดีขึ้น รีบพบแพทย์ก่อนวันนัด มีการประเมินผลตนเอง เผื่อระวัง แปลผลอาการจากคู่มือ เอกสารสำคัญโรค ทบทวนศึกษาซ้ำร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ หากไม่เป็นไปตามเป้าหมายจะปรับพฤติกรรมทันทีเพื่อบรรลุผลสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับ ประภัศร พิมพาสาร, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และนารินทร์ จิตมนตร์¹¹ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวยู่ในระดับสูง

รายได้ต่อเดือน ($r=0.217$) มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวมีรายได้สูง

รายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 12,182.1 รายได้ต่อเดือนสูงสุด 40,000 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่มีรายได้ต่ำ ซึ่งสภาพทางเศรษฐกิจดีเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสที่ดีกว่าในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง และมีรายได้เอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเองให้ได้รับตามความต้องการที่เพียงพอ ตลอดจนเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งจัดหาของใช้ที่จำเป็นเพื่ออำนวยความสะดวก และส่งเสริมการดูแลตนเองในการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับ ภัทรพรรณ อุณาภาค และขวัญชัย รัตนมณี¹² พบว่าปัจจัยด้านประชากรคือ รายได้ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อชะลอไตเสื่อมของผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีระดับการศึกษาสูง เช่น ระดับปริญญาตรีร้อยละ 21.6

ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ สามารถบริหารจัดการภาวะในการดูแลจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพตามแนวคิดการจัดการตนเองของเครียร์⁸ ทำให้มั่นใจว่าจะสามารถดูแลตนเองได้ ซึ่งสอดคล้องกับ นิติยา ศรีสุข, จิราพร วัฒนศรีสิน และธวัชชัย ทีปะปาล¹³ พบว่าปัจจัยด้านผู้ดูแลได้แก่ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับคุณภาพชีวิตด้านกายภาพของผู้ดูแล สอดคล้องกับ ภัสราวลัย ศีตีสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และจารุวรรณ ใจลังกา¹⁴ พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

ระยะเวลาการเจ็บป่วย ($r=-0.342$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมอาการและความรุนแรงของโรคได้ เมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพหรือสามารถควบคุมโรคได้ มีอาการแสดงที่ไม่ดี ควบคุมโรคไม่ได้หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น มักหันมาใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากขึ้นควบคุมโรคได้ อาจทำให้ความใส่ใจในการดูแลตนเองลดลง จะกลับมาดูแลสุขภาพตนเองอีกครั้งเมื่อควบคุมโรคไม่ได้ เริ่มมีอาการแสดงไม่ดีหรือมีภาวะแทรกซ้อนขึ้น มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวตามทฤษฎีการจัดการตนเองที่ว่าวิธีการจัดการตนเองที่สำคัญนั้นขึ้นอยู่กับความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อการจัดการพฤติกรรมสุขภาพของตนเองด้วย สอดคล้องกับ นัญพงษ์ ยาวะโนภาส, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และกาญจนา พิบุลย์¹⁵ พบว่าระยะเวลาการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน

แรงจูงใจต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

($r=0.655$) มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแรงจูงใจต่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนมีความสัมพันธ์ทางบวกเป็นปัจจัยที่ทำให้การจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวได้รับความสำเร็จในการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงจากการได้รับอันตรายต่อสุขภาพ การรับรู้ในความรุนแรงของอันตรายที่เกิดขึ้นแก่สุขภาพ การรับรู้ต่อผลที่คาดว่าจะได้จากการปฏิบัติเพื่อป้องกัน หรือลดอันตรายต่อสุขภาพ ความคาดหวังในความสามารถแห่งตน โดยเลิกสูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีผลทำให้ร่างกายสุขภาพแข็งแรง หากไม่รับประทานยาสม่ำเสมอ จะทำให้เกิดอาการกำเริบหรือแย่ลงได้ ซึ่งสอดคล้อง อาริส พลอยทรัพย์, วันเพ็ญ แก้วปาน, ปาหนัน พิษณุภิญโญ และจุฑาธิป ศีลบุตร¹⁶ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ได้แก่ แรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความคาดหวังประสิทธิภาพของพฤติกรรมป้องกันโรค และการรับรู้ความสามารถของตนเอง

แรงสนับสนุนทางสังคม ($r=0.541$) มีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสนับสนุน ความช่วยเหลือต่าง ๆ จากสังคม ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลข่าวสาร วัตถุสิ่งของ ทรัพยากรต่าง ๆ ได้รับความไว้วางใจจากคนในครอบครัวว่ามีความสามารถในการดูแลตนเองที่เจ็บป่วยด้วยโรคภาวะหัวใจล้มเหลว เมื่อครอบครัวมีปัญหาได้รับข่าวสารความรู้หรือคำแนะนำ เช่น การสูบบุหรี่ ออกกำลังกาย อาหารรสจัด จากทีมสุขภาพ สอดคล้องกับ พัทธวรรณ ศรีคง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ¹⁷ พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย จากผลการศึกษานี้ คลินิกโรคหัวใจ 1) ควรมีนโยบายการส่งเสริมการจัดการตนเอง รวมทั้งทีมสุขภาพนำองค์ความรู้แนะนำให้กับผู้รับบริการในการจัดการตนเองและการสร้างแรงจูงใจ การสร้างแรงสนับสนุนให้กับผู้รับบริการมีความรู้เรื่องการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นให้มีพฤติกรรมจัดการตนเองได้ดีขึ้น เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น 2) สามารถวางแผนกำหนดแนวทางผู้ปฏิบัติงาน วางแผนกำหนดแนวทางการจัดการตนเอง เพื่อให้ผู้รับบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ 1) ใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรจัดทำโครงการสร้างแรงจูงใจต่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 2) ใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรในโรงพยาบาลให้การสนับสนุนแนะนำเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว 3) ใช้เป็นแนวทางในการจัดโครงการส่งเสริมพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ประจำหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ผู้เชี่ยวชาญที่ให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ ตรวจสอบเนื้อหาและความถูกต้องของการศึกษาครั้งนี้ และขอบคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs). [online]. 2017 [cited 2019 July 10]; Available from http://www.who.int/cardiovascular_diseases/about_cvd/en/.
2. WHO. Cardiovascular diseases (CVDs). [online]. 2020 [cited 2021 June 11];

Available from

<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-cvds>

3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2563 . [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2564]. เข้าถึงได้จาก http://35.190.29.12/dncd/journal_detail.php?publish=11158&deptcode=dncd.
4. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ.2562. กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนจำกัดเนคสตปดีเซ็น. 2562.
5. Jaarsma, T., Halfens, R., Tan, F., Abu-Saad, H. H., Dracup, K., & Diederiks, J. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: The effect of a supportive educational intervention. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 2000; 29: 319-330.
6. Oliveira, T. C. T. D., Correia, D. M. D. S., & Cavalcanti, A. C. D. The impact of the heart failure on daily: Patient perception of follow-up ambulatory. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2013; 2(6): 4497-4504.
7. สถิติทะเบียนโรงพยาบาลสุรินทร์. สถิติทะเบียนโรงพยาบาลสุรินทร์ 2559. เอกสารอัดสำเนา; 2559.
8. Creer, L. T. Self-management of chronic illness. In M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self-regulation* (pp. 601-629). California: Academic press. 2000.

9. Daniel, W.W. Biostatistics: a foundation for analysis in the health sciences. 9th ed. NJ: John Wiley & Sons. 2010.
10. Bloom, B.S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York : McGraw-Hill. 1971.
11. ประภัศสร พิมพาสาร, วิจารณ์รัตน์ และนารินทร์ จิตรมนตรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารสภาการพยาบาล. 2561; 33(1) : 103-115.
12. ภัทรพรรณ อุณาภาค และ ขวัญชัย รัตนมณี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ของโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า จังหวัดสมุทรสงคราม. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2558; 10(2) : 44-54.
13. นิตยา ศรีสุข, จิราพร วัฒนศรีสิน และธวัชชัย ทีปะปาล. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวในจังหวัดตรัง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2560; 4(1): 317-331.
14. ภัสราวลีย์ ศีตีสาร, อรุณวรรณ สุวรรณรัตน์ และ จารุวรรณ ใจลังกา. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้ โรงพยาบาลดอกคำใต้ อำเภอดอกคำใต้ จังหวัดพะเยา. วารสารสาธารณสุขล้านนา. 2556; 9(2) : 120-136.
15. นัฏพงษ์ ยาวะโนภาส, ไพบุลย์ พงษ์แสงพันธ์ และกาญจนา พิบุลย์ . ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561; 6(3) : 331-352.
16. อาริส พลอยทรัพย์, วันเพ็ญ แก้วปาน, ปาหนัน พิษณุภิญโญ, และจุฑาธิป ศีลบุตร. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2561; 12(2): 49-58.
17. พัชรวรรณ ศรีคง และนรลักษณ์ เอื้อกิจ. ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการจัดการตนเองในการควบคุมอาหารของผู้ป่วยภาวะหัวใจวาย ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.

STOP COVID - 19



วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

90/1 ถ.อนามัย อ.เมือง จ.ขอนแก่น

โทรศัพท์ : 0-4322-2741, 0-4322-3898, 0-4322-1770

โทรสาร : 0-4322-3898, 0-4322-1770 ต่อ 102

Email : jhscph@scphkk.ac.th

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