



Journal of Health Science and Community Public Health: JHSCPH

วารสาร

วิทยาศาสตร์สุขภาพ

และการสาธารณสุขชุมชน ปีที่ 6 ฉบับที่ 1

มกราคม - มิถุนายน พ.ศ. 2566

ISSN : 2651-1193

Time to
Vaccinate
Stop COVID-19



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 ศรชานี

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 พรหมสัถยพรต	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 ขุนลึก	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 โพธิ์อ่ำ	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
ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: phitthaya12@gmail.com	โทร:092-904-1874
ดร.สุทิน ขนบุญ	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 แววงาม	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 อุพลเถียร	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: suddipong.su@gmail.com	โทร:089-842-9616
นายวิน จุลสวัสดิ์	วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น	อีเมล: rawin@scphkk.ac.th	โทร:064-850-5306

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก ปีที่ 6 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม-มิถุนายน 2566 ฉบับนี้มีบทความวิจัยที่น่าสนใจหลายเรื่อง เช่น การนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม จังหวัดเพชรบูรณ์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการระบาดของโรคโควิด - 19 ในจังหวัดชัยภูมิ ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ และความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสนามสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เป็นต้น ซึ่งทุกผลงานผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer review) จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้พิจารณาบทความ แบบ Double blinded สามารถนำไปเป็นแนวทางการปฏิบัติและพัฒนางานได้เป็นอย่างดี คณะทำงานมีความมุ่งมั่นพัฒนาวารสารให้มีคุณภาพอย่างต่อเนื่องและทันสมัย โดยนำบทความเข้าสู่เว็บไซต์ระบบการจัดการวารสารออนไลน์ (Thai Journals Online: ThaiJO) ผู้สนใจสามารถเข้าเว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org> จากนั้นพิมพ์ชื่อ “วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน” คลิก Register เพื่อลงทะเบียนสมาชิก หรือคลิกที่ Online submissions เพื่อส่งบทความได้อย่างสะดวก คณะทำงานขอขอบพระคุณเจ้าของผลงานที่กรุณานำผลงานวิจัยมาตีพิมพ์เผยแพร่และขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ทางวิชาการ เพื่อต่อยอดและพัฒนางานด้านสุขภาพ ต่อไป

ดร.ธีรศักดิ์ พาจันท์

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 เป็นบทความที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสุขภาพ 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 วิจัยให้เกิดความกระจ่างมากในประเด็นนั้นๆ มากยิ่งขึ้น

1.3 กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับและส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 ท่านเป็นผู้พิจารณาบทความ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจะไม่ทราบชื่อหรือข้อมูลของผู้เขียนบทความ และผู้เขียนบทความจะไม่ทราบชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่พิจารณาบทความ (Double blinded)

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 ของผู้พิมพ์ประสานงาน (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.

- จริญญา เลิศอรรถมณี, เอมอร รักษาณิ, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒจิพรรณ วรรณกิจโกศาทร, 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 สหสกุล. 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 และการ

เฉลิมพระชนมพรรษา; 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 3,000 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 พงษ์จันทร์ โทร 0-98102-8159, ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง โทร 0-92904-1874

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติ แบบมีส่วนร่วม จังหวัดเพชรบูรณ์ Policy Implementation to Encourage the Accessibility Vaccine for Coronavirus 2019 Prevention by Participatory Practicing, Phetchabun Province เพชร มาเทียน	1
การพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ Model Development of Performance Agreement Appraisal for Organization of Amnatcharoen Provincial Health Office วุฒิพงษ์ สิ้นทรัพย์, กิตติ ประจันตเสน	19
กระบวนการมีส่วนร่วม ของพระภิกษุ สามเณร และผู้ที่เกี่ยวข้องใน การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด เขตตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย Participation Process of Monks, Novices and Related Persons in the Management of the Environment within the Temple Chom Sri Subdistrict, Chiang Khan District, Loei Province นพชัย พิมพ์หล่อ, ฤทธิรงค์ จังโกฏี, ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม, สุทิน ชนะบุญ	32
การจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยของประชาชนในช่วงที่มีการระบาดของโรคติด เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านชมภูพานเหนือ ตำบลสร้างค้อ อำเภอภูพาน จังหวัดสกลนคร The Management of Infectious Waste in the People's Face Mask Category During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in the Responsible Area of Ban Chom Phu Phan Nuea Sub-District Health Promoting, Sakon Nakhon Province ทิพวรรณ แสงเกตุ, ฤทธิรงค์ จังโกฏี, ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม, สุทิน ชนะบุญ	46
ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ Factors Affecting Preventive Behaviors of Coronavirus Disease-2019 of Village Health Volunteers at Namnao District in Phetchabun Province ปิยะพงศ์ แก้วคง, สุทิน ชนะบุญ, ลำพึง วอนอก	56

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสนามสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช Prevalence and Factors Related to Stress of Corona Virus 2019 Disease Patient Somdejphrajaotaksinmaharaj Field Hospital กฤษฎาภพ เรื่องสุวรรณ, ฤทธิชัย สามะหาตไทย, ลลิตภัทร ธีรฉันทบุรณ์	67
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี Factors Related to Nutrition Status of High School Students in Nong Saeng District, Udon thani Province ศุภรัตน์ เทียนแก้ว, สุพัฒน์ จำปาหวาย, อุทัยวรรณ นุกาศ, นงนุช บุญแจ้ง, กิ่งแก้ว แจ่มสวัสดิ์	80
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการระบาดของโรคโควิด - 19 ในจังหวัดชัยภูมิ Factors Associated with Quality of Life during COVID-19 Pandemic among Village Health Volunteers in Chaiyaphum Province ฝนทิวา โคตรนาลา, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, ปรัชญ์ อินทศักดิ์สิทธิ์, วิชุดา แสงเพชร	94
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน จากการระบาดของโรคโควิด-19 ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย Factors Related to Quality of Work Life in COVID-19 Outbreak of Personnel in Health Promoting Hospitals, Nongkhai Province เอกพล นิลเกตุ, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์, สุพัฒน์ อาสนะ, คนธ์พงษ์ คนรู้ชินพงศ์	108
พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทัพร้าง อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา Self-Care Behavior of the Diabetes Mellitus Patients in Thap Rang Tambon Health Promoting Hospital Phrathong Kham District, Nakhon Ratchasima Province มัตนา ภูมิโคกรักษ์, ขวัญชนก สุวรรณ, พรทิพย์ แก้วชิน	121

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
ความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต สถาบันพระบรมราชชนก Readiness to Provide Care for COVID-19 Patients According Thai Traditional Medicine Principles among the 4th Year Thai Traditional Medicine Students of Praboromarajchanok Institute มณีชนก ปัญจวรี, อาทิตยา ชัยกันทา, ดารุ่ง คำวงศ์, นิพนธ์ แก้วต่าย	134
การพัฒนารูปแบบการลดความเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 โดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์ Developing Stress Model During COVID-19 Pandemic Situation by Applying Mental Health Literacy and Self - Efficacy Theory for Village Health Volunteers, Phetchabun Province ภัทรพล บุญยวง, ลำพึง วอนอก, สุทิน ชนะบุญ	146

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Reviewer) ประจำฉบับ

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1. รศ.ดร.อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา |
| 2. ดร.สาโรจน์ นาคนู | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยรามคำแหง |
| 3. ดร.อมรรัตน์ ลื่อนาม | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ |
| 4. ดร.กิตติพงษ์ สอนล้อม | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 5. ดร.พรพิมล ชูพานิช | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น |
| 6. ดร.เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์ | คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม |
| 7. ดร.นฤปวรรต พรหมมาวัย | คณะวิทยาศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี |
| 8. นพ.ดร.ชาตรี เจริญชีวะกุล | หน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายบริการสุขภาพ
จังหวัดนครราชสีมา |
| 9. ดร.กรรณิการ์ ตฤณวุฒิพงษ์ | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น |
| 10. ดร.วรรณณา สระทองหน | สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 8 จังหวัดอุดรธานี |
| 11. ดร.มิ่งขวัญ ภูหงษ์ทอง | สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น |
| 12. ดร.อมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ | สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร |
| 13. ดร.เตือนใจ ภูสระแก้ว | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 14. ทพญ.ดร.อรรณ นามมนตรี | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 15. ดร.สุพัฒน์ อาสนะ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 16. ดร.ประทีป กาลเขว้า | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 17. ดร.วรวิทย์ ชมภูพาน | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 18. ดร.ลำพึง วอนอก | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 19. ดร.สุทิน ชนะบุญ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 20. ดร.เจตนิพัทธ์ สมมาตย์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 21. ดร.กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 22. ดร.สายันต์ แก้วบุญเรือง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 23. ผศ.ดร.พิทยา ศรีเมือง | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 24. ดร.สุพัฒน์ จำปาหวาย | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 25. ดร.ภกญ.ศันสนีย์ จันทสุข | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| 26. ดร.บัณฑิต นิตยคำหาญ | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |

การนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม จังหวัดเพชรบูรณ์

พชร มาเทียน¹

(วันที่รับบทความ: 21 มกราคม 2566 ; วันที่แก้ไข: 20 กุมภาพันธ์ 2566; วันที่ตอบรับ: 26 กุมภาพันธ์ 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานเพื่อพัฒนารูปแบบการนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม จังหวัดเพชรบูรณ์ ภายใต้แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ 1) การศึกษากระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจัดหมวดหมู่ตามแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา 2) การสร้างรูปแบบการนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติ 3) ประเมินประสิทธิผล โดยนำรูปแบบมาทดลองใช้กับบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 30 คน เก็บข้อมูลจากแบบสอบถาม เพื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Paired t-test ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) การบริหารและการจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) เวชภัณฑ์ วัคซีน ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ 5) การเงินการคลังด้านสุขภาพ 6) ระบบบริการเมื่อพิจารณาจากระบบสุขภาพ 6 Building blocks หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ($p\text{-value}<0.001$) สำหรับการนำนโยบายไปปฏิบัติของบุคลากรสาธารณสุข หลังการทดลองมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้น ($p\text{-value}<0.001$) ข้อเสนอแนะ ควรกำหนดบทบาทในการให้บริการฉีดวัคซีนของบุคลากรให้ชัดเจน เพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน

คำสำคัญ: ไวรัสโคโรนา 2019, การนำนโยบายไปปฏิบัติ, วัคซีน, 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ

¹ นิตกรชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์, Email: ppmatian@gmail.com

Corresponding Author: พชร มาเทียน, Email: ppmatian@gmail.com

Policy Implementation to Encourage the Accessibility Vaccine for Coronavirus 2019 Prevention by Participatory Practicing, Phetchabun Province

Pachara Matian¹

(Received: 21st January 2023 ; Revised: 20th February 2023; Accepted: 26th February 2023)

Abstract

This mixed methods research aimed to develop a model for the policy implementation to encourage the accessibility of vaccine for Coronavirus 2019 prevention by participatory practicing based on the conceptual of 6 building blocks. Methodology consisted of 3 phrases: phrase 1—to determine the process of policy implementation by an in-depth interview and focus group discussion of key informants as well as, qualitative data analysis based on 6 building blocks using descriptive statistic and content analysis; phrase 2—to develop the model for policy implementation to encourage the accessibility of vaccine for Coronavirus 2019 prevention; phrase 3—to quasi-experiment-mediated evaluate the developed model that was implemented to 30 health workers who worked in Tambon health promoting hospital. The data were collected through questionnaires. Paired t-test statistic was used to compare pre- and post-results. The results revealed that the model for the policy implementation to encourage the accessibility of vaccine for Coronavirus 2019 prevention included: 1) administration and management with governance; 2) health workforce; 3) accessibility to medical supply, vaccine, medicine and technological advancement; 4) health information system; 5) finance and stock system; and 6) service delivery. Considering the conceptual of 6 building blocks, the post-experiment mean score was increased ($p\text{-value} < 0.001$). Similarly, considering the policy implementation to encourage the accessibility of vaccine for Coronavirus 2019 prevention, the post-experiment mean score was increased ($p\text{-value} < 0.001$). This study suggested that, service roles of all vaccine provider should be precisely assigned to encourage participatory operation.

Keywords: Coronavirus 2019, Policy implementation, Vaccine, 6 building block

¹ Law officer, Senior Professional Level, Phetchabun Provincial Public Health Office.

Email: ppmatian@gmail.com

Corresponding Author: Pachara Matian, E-mail address: ppmatian@gmail.com

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019: COVID-19) เป็นโรคติดต่ออันตรายได้แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก มีผลกระทบต่อผู้ที่ติดเชื้อมีโอกาสที่จะป่วยอย่างรุนแรงและเสียชีวิต¹ โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public health emergency of international concern) ผู้ติดเชื้อจะมีลักษณะอาการของโรคไม่รุนแรง ได้แก่ มีไข้ อ่อนเพลีย ไอแห้ง ปวดกล้ามเนื้อ คัดจมูก มีน้ำมูก เจ็บคอ หรืออาจจะมีถ่ายเหลวได้ หากมีอาการรุนแรงจะมีการของโรค ได้แก่ หายใจหอบเหนื่อย หรือหายใจลำบาก และหากถึงขั้นวิกฤติ ได้แก่ ภาวะหายใจล้มเหลว ภาวะช็อกจากติดเชื้อในกระแสเลือดหรืออวัยวะล้มเหลว²

ประเทศไทยได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยเช่นกัน ไวรัสโคโรนา 2019 ได้เริ่มแพร่เข้ามาตั้งแต่ต้นเดือนมกราคม พ.ศ.2563 จากรายงานสถานการณ์การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย (ข้อมูล ณ วันที่ 25 กรกฎาคม 2565) พบว่ามีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1,740 ราย โดยมีผู้ป่วยยืนยันสะสม 4,577,593 ราย รักษาหายป่วยแล้ว 4,522,419 ราย เสียชีวิตสะสม 31,189 ราย³ อีกทั้งในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีการกลายพันธุ์จากเชื้ออัลฟาเพิ่มขึ้นเป็นเชื้อเบต้า เชื้อเดลต้าและเชื้อโอไมครอน กระทรวงสาธารณสุขได้ออก

ประกาศเรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2563 ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ลำดับที่ 14⁴ ในปัจจุบันแม้ว่าจะใช้มาตรการป้องกันควบคุมโรคหลายประการ เช่น การคัดกรองและเฝ้าระวังโรค การกักกันหรือการกักตัวผู้ที่สัมผัสหรือมีความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดของโรค การเว้นระยะห่างระหว่างบุคคล สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้า จัดกิจกรรมที่รวมกลุ่มคนจำนวนมาก การทำความสะอาดสถานที่และพื้นผิวสัมผัสร่วม ซึ่งจากการดำเนินการตามมาตรการดังกล่าว ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อวิถีชีวิตความเป็นอยู่และระบบเศรษฐกิจ ไม่สามารถป้องกันการแพร่ระบาดได้อย่างสมบูรณ์ นายกรัฐมนตรีได้ประกาศออกข้อกำหนดออกตามความในมาตรา 9 แห่งพระราชกำหนดการบริหารราชการฉุกเฉิน พ.ศ.2548 (ฉบับที่ 23) กำหนดมาตรการเร่งรัดการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค เพื่อบริหารจัดการสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่กำหนดให้ศูนย์ปฏิบัติการศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศปก.ศบค.) ปฏิบัติการและช่วยเหลือสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการเร่งรัด การปฏิบัติงานเพื่อขับเคลื่อนภารกิจในการกระจายและแจกจ่ายวัคซีน การลงทะเบียนรับวัคซีน การฉีดวัคซีนให้เป็นไปอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ เพื่อสร้าง

ความเชื่อมั่นแก่ประชาชนให้เข้ารับการฉีดวัคซีนเพื่อมุ่งลดจำนวนผู้ป่วยและให้เกิดภูมิคุ้มกันหมู่ในประเทศต่อไป และโดยศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) และมีประกาศแนวทางการบริหารจัดการวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 โดยกำหนดให้มีการจัดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ที่มีคุณภาพและมีจำนวนเพียงพอแก่ประชาชนโดยอย่างน้อยให้ครอบคลุม ร้อยละ 70 ของจำนวนประชากร³

จากรายงานข้อมูลความครอบคลุมการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโควิด-19 ของประเทศไทยพบว่า ตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2564 จำนวนผู้ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 จำนวน 57,104,531 ราย (ร้อยละ 82.1) เข็มที่ 2 จำนวน 53,439,256 ราย (ร้อยละ 76.8) และเข็มที่ 3 ขึ้นไป จำนวน 30,680,993 ราย (ร้อยละ 44.1) ตามลำดับ⁴ จากรายงานผลการดำเนินการให้บริการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโควิด-19 ของจังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า จำนวนผู้ได้รับวัคซีนเข็มที่ 1 จำนวน 651,093 ราย (ร้อยละ 75.39) เข็มที่ 2 จำนวน 614,459 ราย (ร้อยละ 71.15) และเข็มที่ 3 ขึ้นไป จำนวน 284,221 ราย (ร้อยละ 32.91)⁵ ผู้วิจัยในฐานะบุคลากรสาธารณสุขของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนการจัดบริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้แก่ประชาชนเขตจังหวัดเพชรบูรณ์ และมีหน้าที่ในการสนับสนุนให้บุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิได้ปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษากระบวนการ พัฒนารูปแบบ และประเมินประสิทธิผลการนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยแบบผสม (Mixed methods) ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพตามด้วยวิจัยเชิงปริมาณ โดยผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เลขที่ PREC 025-2565 ระยะเวลาการวิจัย ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565-มกราคม 2566 แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. การวิจัยระยะที่ 1 การศึกษากระบวนการนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติของจังหวัดเพชรบูรณ์ ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviewed) ควบคู่กับการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) เพื่อศึกษากระบวนการนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะการนำนโยบายไปปฏิบัติ

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 บุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่รับผิดชอบการบริหารจัดการให้แก่สถานบริการสาธารณสุขและสนับสนุนการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุขระดับจังหวัด หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลทั่วไป หัวหน้ากลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคโรงพยาบาลชุมชน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน สาธารณสุขอำเภอและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 39 คน

กลุ่มที่ 2 บุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นผู้มีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินงานการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ผู้ว่าราชการจังหวัด รองผู้ว่าราชการจังหวัด นายอำเภอ นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด ปลัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด ผู้อำนวยการกองสาธารณสุข นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล ศึกษาธิการจังหวัดป้องกัน

และบรรเทาสาธารณภัยจังหวัด ท้องถิ่นจังหวัด จำนวน 30 คน

กลุ่มที่ 3 เครือข่ายภาคประชาชน เป็นผู้มีบทบาทในการเข้าร่วมกิจกรรมสนับสนุนการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้แก่ ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับจังหวัด ประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขระดับอำเภอ ประธานหอการค้าจังหวัด ประธานสภาอุตสาหกรรมจังหวัด จำนวน 3 คน

1.2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

1. 2. 1 แบบ สัม ภา ษ ณ์ กึ่ง โครงสร้าง (Semi-structured interview form) กำหนดประเด็นสัมภาษณ์ ประกอบด้วย การกำหนดวัตถุประสงค์และภารกิจที่ชัดเจน การมอบหมายงาน การกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงานการประเมินผลการปฏิบัติงาน ระบบการให้ผลตอบแทน การจัดโครงสร้างการปฏิบัติงานของหน่วยงาน การพัฒนาความรู้ความสามารถของบุคลากร การสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร วัสดุอุปกรณ์ เครื่องมืองบประมาณและสถานที่ การสร้างความผูกพันและการยอมรับ การสร้างแรงจูงใจ ภาวะผู้นำที่เหมาะสม การสร้างทีมงาน การแสวงหาความสนับสนุน การโฆษณาและการประชาสัมพันธ์ กระบวนการในการสื่อสารข้อความ ความร่วมมือสนับสนุนของผู้ปฏิบัติ การมีส่วนร่วม

1.2.2 การสนทนากลุ่ม (Focus group) เพื่อใช้ประกอบการพูดคุย การสอบถาม การสังเกต ประเด็นการสนทนากลุ่ม ได้แก่ การใช้งานระบบ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะในการนำนโยบายไปปฏิบัติ

1.3 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ สร้างดัชนี จำแนกหมวดหมู่ เชื่อมโยงข้อมูลและตีความเพื่อหาความสัมพันธ์ของเรื่องราวและหาข้อสรุป โดยการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Credibility) ด้วยการคืนผลการวิเคราะห์ข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นผู้ตรวจสอบ (Member checking) เพื่อโต้แย้งหรือยืนยันข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้

2. การวิจัยระยะที่ 2 การพัฒนา

รูปแบบการนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยผู้วิจัยได้ทำการสร้างรูปแบบ Model โดยประยุกต์ใช้แนวคิดตัวแบบ (Model) ในการออกแบบรูปแบบการนำนโยบายไปปฏิบัติ⁶ ประกอบด้วย ตัวแบบที่ยึดหลักเหตุผล (Rational model) ตัวแบบทางด้านการจัดการ (Management model) ตัวแบบทางด้านการพัฒนาองค์กร (Organization development model) ตัวแบบทางกระบวนการของระบบราชการ (Bureaucratic process model) ตัวแบบทางการเมือง (Political model) และตัวแบบ

ทั่วไป (General model) หลังจากนั้นได้นำรูปแบบที่สร้างขึ้นให้ผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความเป็นไปได้ มีขั้นตอนดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การประชุมบุคลากรสาธารณสุขในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข บุคลากรนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เครือข่ายภาคประชาชน จำนวน 15 คน เพื่อวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก มีการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ทิศทาง นโยบายของการส่งเสริมการเข้าถึงการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 2) จัดประชุมเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนให้บริการฉีดวัคซีนร่วมกับทีมสุขภาพ

กิจกรรมที่ 2 กระบวนการในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในรูปแบบโครงการ/กิจกรรมการปฏิบัติ มีการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ 1) บุคลากรสาธารณสุขร่วมกำหนดภารกิจในการดำเนินงานให้มีความชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน โดยผู้เข้าร่วมทีมสุขภาพกำหนดเป้าหมายในการให้บริการฉีดวัคซีนแก่กลุ่มเป้าหมาย ในการให้บริการแต่ละครั้ง ให้ได้มากกว่า ร้อยละ 70 2) วางระบบการเชื่อมโยงข้อมูลทาง Internet 3) กำหนดสมรรถนะสำหรับบุคลากรสาธารณสุขที่เข้าร่วมทีมสุขภาพการให้บริการฉีดวัคซีน

กิจกรรมที่ 3 การสร้างความร่วมมือปฏิบัติงานกับเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ 1) กำหนดตารางการจัดบริการฉีดวัคซีน โดยทีมสุขภาพประกอบด้วยบุคลากรหลากหลายวิชาชีพที่เข้ามาร่วมให้บริการฉีดวัคซีน ทำหน้าที่เป็นแกนนำหลักในการให้บริการ 2) วิเคราะห์ข้อมูลและคืนข้อมูลให้กับทีมสุขภาพนำไปใช้ในการวางแผนจัดบริการ

กิจกรรมที่ 4 จัดกิจกรรมรณรงค์และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการเข้าถึงวัคซีน โดยมีการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ 1) กำหนดบทบาทหน้าที่ให้สมาชิกของทีมสุขภาพ ว่าใครทำหน้าที่อะไร 2) จัดทำระบบให้คำปรึกษา แนะนำในการเข้าถึงวัคซีน ในรูปแบบ Line

กิจกรรมที่ 5 การควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล โดยมีการดำเนินกิจกรรม ได้แก่

1) การจัดทำทะเบียนคุมการรับ-จ่ายวัคซีน ที่ได้รับในแต่ละครั้ง และจำนวนวัคซีนที่ให้บริการแก่ประชาชน 2) การควบคุมระบบ Cold chain ให้มีอุณหภูมิที่เหมาะสมสำหรับเก็บรักษาวัคซีน 3) จัดทำระบบฐานข้อมูลสุขภาพ ประกอบด้วย จำนวนกลุ่มเป้าหมายในการรับวัคซีน จำนวนวัคซีนและอุปกรณ์การฉีดและ 4) จัดทำทะเบียนเพื่อควบคุมกำกับการใช้จ่าย

งบประมาณในการให้บริการฉีดวัคซีนในแต่ละกิจกรรม

5) มีการประชุมติดตามงบประมาณ ทบทวนกฎระเบียบทางพัสดุทุกเดือน สำรวจและจัดทำบัญชีวัคซีนที่นำมาให้บริการในแต่ละครั้ง

กิจกรรมที่ 6 การสรุปและถอดบทเรียนตัวแบบการนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติ โดยมีการดำเนินกิจกรรม ได้แก่ 1) ร่วมกำหนดแนวทางการดำเนินงาน ให้บริการฉีดวัคซีน เพื่อใช้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งจังหวัด

3. การวิจัยระยะที่ 3 การศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยการนำรูปแบบการนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การประชุมเพื่อวิเคราะห์สภาพแวดล้อมภายในและภายนอก วิเคราะห์สภาพปัญหาของการดำเนินงานการส่งเสริมการเข้ารับบริการฉีดวัคซีน กิจกรรมที่ 2 กระบวนการในการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในรูปแบบโครงการ/กิจกรรมการปฏิบัติ กิจกรรมที่ 3 การสร้างความร่วมมือปฏิบัติงานกับเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกกระทรวงสาธารณสุข กิจกรรมที่ 4 จัดกิจกรรมรณรงค์

และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการเข้าถึงวัคซีน กิจกรรมที่ 5 การควบคุม กำกับ ติดตามและประเมินผล กิจกรรมที่ 6 การสรุป และถอดบทเรียนตัวแบบการดำเนินงาน ส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัส โควิด 2019 ไปปฏิบัติ

3.1 ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุข ที่ทำหน้าที่ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัส โควิด 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลเขตอำเภอหนองไผ่ จังหวัดเพชรบูรณ์ ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 30 คน⁵ โดยเลือก แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive random sampling) ตามเกณฑ์คัดเลือก ประกอบด้วย บุคลากรสาธารณสุขที่เป็นทีมสุขภาพในการ ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโควิด 2019 มีระยะเวลาการปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 1 ปี สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกกิจกรรม

3.2 เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

3.2.1 แบบสอบถามวิจัย

ประกอบด้วย 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ตำแหน่ง ปัจจุบัน ระยะเวลาการปฏิบัติงาน การได้รับ ข้อมูลข่าวสารโรคไวรัสโควิด 2019

ส่วนที่ 2 ระบบสุขภาพ โดยใช้กรอบ แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ แบบ 6 Building block⁷ ได้แก่ การนำและการอภิบาล ระบบ กำลังคนด้านสุขภาพ เวชภัณฑ์ วัคซีน

ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ และ สาธารณสุข ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ การเงินการคลังด้านสุขภาพ ระบบบริการ สุขภาพ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่ แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วม ได้แก่ การวางแผน การดำเนินกิจกรรม การตรวจสอบ การมีส่วนร่วมในการแก้ไข เป็นมาตราส่วน ประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 การนำนโยบายส่งเสริมการ เข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ไปปฏิบัติ ได้แก่ การเตรียมทีมฉีดวัคซีน จัดทำทะเบียนรายชื่อกลุ่มเป้าหมาย การเตรียม สถานที่ให้บริการ การประชาสัมพันธ์ การสรุปผล และรายงานผล เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ดังนี้ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพของ แบบสอบถามผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงของ เนื้อหา นำแบบสอบถามไปทดลองใช้คำนวณ ค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค⁸ เท่ากับ 0.867

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการ เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนและ หลังการดำเนินการโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test โดยพิจารณาค่า p-value < 0.05

ผลการวิจัย

ผลวิจัยระยะที่ 1 กระบวนการนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติของจังหวัดเพชรบูรณ์ ดังนี้

1.1 การบริหารและการจัดการอย่างมีธรรมาภิบาล เป็นการบริหารจัดการโดยยึดตามวัตถุประสงค์ของบทบาทหน้าที่เป็นหลักและกำหนดภารกิจให้มีความชัดเจน มีการดำเนินงานซึ่งมีพฤติกรรมที่เน้นวัตถุประสงค์เป็นแนวทางเพื่อให้องค์กรนั้นๆ สามารถสร้างผลงานให้ได้ใกล้เคียงกับเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์หลักมากที่สุด ดังนี้

“การนำนโยบายการส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการระบาดของโรคติดต่อ ซึ่งสอดคล้องกับภารกิจหลักและบทบาทหน้าที่ของสาธารณสุขคือ การควบคุมและป้องกันโรคติดต่อ”

“แต่งตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษาแนวปฏิบัติจากนโยบายจากส่วนกลางเพื่อกำหนดแนวทางและการบริหารจัดการภายใต้บริบทของเครือข่าย”

“รับฟังความคิดเห็นและสนับสนุนให้เครือข่ายมีส่วนร่วมในการออกแบบ ปรับปรุงการบริหารจัดการให้เหมาะสมกับสถานการณ์”

1.2 กำลังคนด้านสุขภาพ

ความสำเร็จของการนำนโยบายไปปฏิบัติย่อมขึ้นอยู่กับสมรรถนะขององค์กรว่ามีขีดความสามารถที่จะปฏิบัติงานให้ประสบ

ความสำเร็จได้ จึงจำเป็นที่จะต้องอาศัยโครงสร้างขององค์กรที่เหมาะสม บุคลากรที่อยู่ในองค์กรจะต้องมีความรู้ความสามารถทั้งทางด้านการบริหารและเทคนิคอย่างเพียงพอ ดังนี้

“สมรรถนะขององค์กร เกิดจากศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุข โดยจะต้องเข้ารับการฝึกอบรมและพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ เพื่อให้ทราบถึงสภาพการเกิดโรค การแพร่ระบาดของโรคที่ต้องมีความทันสมัย ทันต่อเหตุการณ์”

“การเสริมสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน”

1.3 เวชภัณฑ์ วัคซีน ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข องค์กรยังจะต้องมีการวางแผนเตรียมการหรือมีความพร้อมเป็นอย่างดีทั้งทางด้านวัสดุอุปกรณ์ สถานที่ เครื่องมือเครื่องใช้และงบประมาณ ดังนี้

“การสนับสนุนวัสดุการแพทย์จะต้องมีความพร้อมใช้งานตลอดเวลา เช่น วัคซีนป้องกันโรคโควิดมาแล้ว แต่อุปกรณ์การฉีดไม่มาพร้อมกับวัคซีน ทั้งระยะเวลานานกว่าจะทำให้การให้บริการฉีดวัคซีนต้องชะงักลง”

1.4 ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ ระบบข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ ได้แก่ ฐานข้อมูลที่ใช้ในการขับเคลื่อนระบบบริการสุขภาพ ปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ผลผลิต-ผลลัพธ์ของระบบสุขภาพ ข้อมูลการไม่ได้รับความเป็นธรรมจากการรับบริการในด้านขอบเขตการคุ้มครอง ผลลัพธ์การรักษา ต้นทุน

การดำเนินงานและการให้บริการของแต่ละกลุ่มโรค สามารถนำไปใช้เป็นฐานในการตัดสินใจ ดังนี้

“การติดตามผลการปฏิบัติงานและความก้าวหน้าในการดำเนินงานผ่าน ศูนย์อำนวยการของระดับจังหวัด อำเภอและตำบล และจากฐานข้อมูลของ สสจ.”

“การสื่อสารข้อมูลต่างๆ เช่น สถานการณ์การระบาดของโรค ความครอบคลุมการได้รับวัคซีน จะต้องมีการมีระบบข้อมูลที่สามารถค้นหาได้อย่างทันเวลาและต่อเนื่อง”

1.5 การเงินการคลังด้านสุขภาพ

เป็นเงินที่ใช้ในการดำเนินระบบสุขภาพ ซึ่งทำให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการประชาชน รวมทั้งค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

“งบประมาณที่ใช้ในการสนับสนุนการปฏิบัติเชิงรุกในพื้นที่ไม่เพียงพอ ซึ่งต่างจากการให้บริการเชิงรับในโรงพยาบาล”

1.6 ระบบบริการ เป็นปัจจัยพื้นฐาน

ที่นำไปสู่สภาวะที่ดีของประชาชน โดยเน้น “คน” เป็นศูนย์กลางในการให้บริการที่ต้องเข้ากับ “บริบท” ในพื้นที่ซึ่งการออกแบบโครงการเพื่อสนองต่อความต้องการของผู้ปฏิบัติ ซึ่งอาจจะเป็นข้าราชการ หรือประชาชนที่เข้ามามีส่วนร่วมจำเป็นที่จะต้องพัฒนามาจากเบื้องล่างและการพัฒนาในลักษณะดังกล่าวที่จะเกิดขึ้นได้อย่างสมบูรณ์จำเป็นจะต้องผ่านกระบวนการของการเรียนรู้ (Learning process) เพื่อให้เข้าใจสภาพความเป็นจริงและพฤติกรรม การปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจริง ๆ อย่างแจ่มชัด

“เน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนทั้งบุคลากรในสังกัดสาธารณสุข บุคลากรนอกสังกัด เช่น เทศบาล อบต. เครือข่ายภาคประชาชน กลุ่มผู้นำในชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล”

“การประชาสัมพันธ์ที่มีความหลากหลายรูปแบบเพื่อให้ถึงกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้ารับการฉีดวัคซีนโควิด เช่น Website ของหน่วยงาน facebook line ถ้าเป็นในหมู่บ้านจะใช้วิทยุชุมชน หอกระจายข่าว รถกระจายเสียง หรือโทรศัพท์ เพื่อสื่อสารผ่านตัวบุคคล เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อสม. และเครือข่ายในชุมชน”

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ของการนำ

นโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) วัตถุประสงค์ของนโยบายมีความชัดเจน เข้าใจง่าย 2) ผู้บริหารสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ เพียงพอและมีความทันเวลา 3) ผู้บริหารสนับสนุนการรณรงค์เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน 4) บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ในบทบาทการดำเนินงาน ชัดเจน 5) มีการสื่อสาร วางแผน ดำเนินงาน และประเมินผล ร่วมกันกับภาคีเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ 6) ประชาชนมีความรู้และเข้าใจในความรุนแรงและให้ความร่วมมือในการฉีดวัคซีนป้องกันโรคโควิด 2019

ผลวิจัยระยะที่ 2 การสร้างรูปแบบ

โดยใช้แนวคิดตัวแบบ (Model) ของการนำนโยบายไปปฏิบัติมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบรูปแบบการนำนโยบายส่งเสริมการ

เข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา

2019 ไปปฏิบัติ เป็น 6 กิจกรรม ดังนี้

(ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สรุปรูปแบบการดำเนินงานนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
ไปปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม จังหวัดเพชรบูรณ์

องค์ประกอบ 6 Building block	รูปแบบเดิม	การพัฒนารูปแบบในการศึกษารั้งนี้
1. การนำและ การอภิบาล ระบบ	1) นโยบายยกร่าง ลงสู่การปฏิบัติ โดย ไม่ได้ปรับหรือเพิ่มเติม ให้เข้ากับบริบท จังหวัด/พื้นที่ 2) ไม่มีการทบทวนการ ดำเนินงาน มีเพียง การสรุปผลการ ดำเนินงานเป็นรายปี	1) แต่งตั้งคณะกรรมการ ได้แก่ - คณะกรรมการบริหารโรคโควิด 2019 มีหน้าที่ กำหนดนโยบาย สนับสนุนทรัพยากรบริหาร - คณะกรรมการเครือข่ายควบคุมโรคโควิด 2019 มีหน้าที่จัดทำแนวทางการดำเนินงาน พัฒนาคน พัฒนาระบบข้อมูล จัดหาวัสดุอุปกรณ์ 2) จัดประชุมเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขในระดับ ปฐมภูมิ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน ให้บริการฉีดวัคซีน ร่วมกับทีมสุขภาพ 3) การติดตามประเมินผล ประจำเดือน
2. กำลังคนด้าน สุขภาพ	1) ทีมสหวิชาชีพเข้าร่วม การดำเนินงาน แต่ไม่ ครบทุกวิชาชีพ	1) กำหนดบทบาทหน้าที่ให้สมาชิกของทีมสุขภาพ ว่าใครทำหน้าที่อะไร
3. เวชภัณฑ์ วัคซีน ยา และเทคโนโลยี ทางการแพทย์	1) ไม่มีการกำหนดแนว ทางการบริการฉีดวัคซีน ป้องกันการติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019	1) การจัดทำทะเบียนคุมการรับ-จ่ายวัคซีน ที่ได้รับ ในแต่ละครั้ง และจำนวนวัคซีนที่ให้บริการแก่ ประชาชน 2) การควบคุมระบบ Cold Chain ให้มีอุณหภูมิ ที่เหมาะสมสำหรับเก็บรักษาวัคซีน
4. ระบบข้อมูล สารสนเทศ ด้านสุขภาพ	1) การจัดทำฐานข้อมูล ประชาชนที่ได้รับการฉีด วัคซีนขั้นพื้นฐาน แต่ยังไม่มี ฐานข้อมูลประชาชนที่ได้รับ	1) จัดทำระบบให้คำปรึกษา แนะนำในการเข้าถึงวัคซีน ในรูปแบบ Line consult 2) วางระบบการเชื่อมโยงข้อมูลทาง Internet

องค์ประกอบ	รูปแบบเดิม	การพัฒนารูปแบบในการศึกษาคั้งนี้
6 Building block		
5. การเงินการคลัง	การฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	
ด้านสุขภาพ	1) ไม่ได้วิเคราะห์ต้นทุนหรือความครอบคลุมการจัดกิจกรรม	1) จัดทำทะเบียนเพื่อควบคุมกำกับการใช้ง่ายงบประมาณในการให้บริการฉีดวัคซีนในแต่ละกิจกรรม
	2) ไม่มีการจัดลำดับความสำคัญในการจัดหาวัสดุในการให้บริการฉีดวัคซีน	2) มีการประชุมติดตามงบประมาณ ทบทวนกฎระเบียบทางพัสดุทุกเดือน 2) สำรวจและจัดทำบัญชีวัคซีนที่นำมาให้บริการในแต่ละครั้ง
		3) จัดทำทะเบียนเพื่อควบคุมกำกับการใช้ง่ายงบประมาณในการให้บริการฉีดวัคซีนในแต่ละกิจกรรม
		4) มีการประชุมติดตามงบประมาณ ทบทวนกฎระเบียบทางพัสดุทุกเดือน
		5) สำรวจและจัดทำบัญชีวัคซีนที่นำมาให้บริการในแต่ละครั้ง
6. ระบบบริการ	1) เริ่มต้นการให้บริการแบบตั้งรับในพื้นที่ของโรงพยาบาลในการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	1) บุคลากรสาธารณสุขร่วมกำหนดภารกิจในการดำเนินงานให้มีความชัดเจนเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน โดยผู้เข้าร่วมทีมสุขภาพกำหนดเป้าหมายในการให้บริการฉีดวัคซีนแก่กลุ่มเป้าหมาย ในการให้บริการแต่ละครั้ง ให้ได้มากกว่า ร้อยละ 70

ผลวิจัยระยะที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบการนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติผลการวิเคราะห์คุณลักษณะส่วนบุคคลของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำเภอหนองไผ่ จังหวัด

เพชรบูรณ์ พบว่า บุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตจังหวัดเพชรบูรณ์ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.25) ช่วงอายุอยู่ระหว่าง 30-49 ปี (ร้อยละ 59.09) ($\bar{X}$ =7.73,

S.D.=9.965, Max=59, Min=22) มีสถานภาพสมรส/คู่และอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 54.96) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 79.45) สำหรับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,000-39,999 บาท (ร้อยละ 57.85) ($\bar{X}$ =28,736.77, S.D.=13,456.01, Min=9,000, Max= 66,860) ดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข (ร้อยละ 28.53) สำหรับระยะเวลาในการปฏิบัติงานในตำแหน่งปัจจุบันอยู่ระหว่าง 5-19 ปี (ร้อยละ 43.56) ($\bar{X}$ =13.43, S.D.=10.181, Max=39, Min=1) ตามลำดับ การนํานโยบายไปปฏิบัติของ

บุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย นโยบายมีความชัดเจน การสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร และการเข้าถึงบริการสุขภาพ หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) เมื่อพิจารณาระบบสุขภาพ 6 Building blocks หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) สำหรับการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุข หลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value<0.001) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 การนํานโยบายไปปฏิบัติและการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขเปรียบเทียบรายด้าน ก่อนและหลังทดลอง (n=30)

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean difference	95% CI	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
ระบบสุขภาพ 6 Building blocks	3.16	0.391	4.41	0.355	1.25	1.10-1.40	<0.001
- การนำและการอภิบาลระบบ	2.96	0.394	4.22	0.533	1.26	1.01-1.50	<0.001
- กำลังคนด้านสุขภาพ	3.24	0.347	4.38	0.567	1.14	1.38-1.89	<0.001
- เวชภัณฑ์ วัคซีน ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์	3.04	0.361	4.57	0.508	1.53	1.30-1.76	<0.001
- ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ	3.05	0.396	4.50	0.435	1.45	1.23-1.66	<0.001
- การเงินการคลังด้านสุขภาพ	3.37	0.432	4.30	0.682	0.92	1.22-1.63	<0.001

ตัวแปร	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Mean difference	95% CI	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.			
- ระบบบริการสุขภาพ	3.28	0.309	4.52	0.488	1.23	1.02-1.44	<0.001
การนำนโยบายไปปฏิบัติ	2.95	0.383	4.45	0.350	1.50	1.31-1.69	<0.001
- นโยบายมีความชัดเจน	3.32	0.356	4.53	0.380	1.20	1.01-1.39	<0.001
- การสนับสนุนทรัพยากร	2.70	0.799	4.24	0.624	1.54	1.17-1.91	<0.001
การบริหาร							
- การเข้าถึงบริการ	2.55	0.851	4.60	0.535	2.04	1.73-2.35	<0.001
การมีส่วนร่วม	2.97	0.261	4.52	0.282	1.55	1.41-1.69	<0.001
- การวางแผน	2.86	0.411	4.49	0.460	1.62	1.40-1.85	<0.001
- การดำเนินกิจกรรม	2.97	0.552	4.46	0.403	1.48	1.23-1.73	<0.001
- การตรวจสอบ	3.11	0.363	4.55	0.397	1.44	1.24-1.63	<0.001
- การมีส่วนร่วมในการ	3.01	0.669	4.64	0.408	1.62	1.33-1.91	<0.001
แก้ไข							

การอภิปรายผล

การนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมของจังหวัดเพชรบูรณ์ เปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินการ พบว่า หลังดำเนินการภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) เนื่องจากการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นความสามารถขององค์กร ไม่ว่าจะเป็นการกระทำโดยรัฐบาลและเอกชนในการรวบรวมทรัพยากรทางการบริหารในองค์กรให้ปฏิบัติงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ขององค์กรที่กำหนดไว้ล่วงหน้าเพราะขั้นตอนการนำนโยบายไปปฏิบัติถือว่าเป็นขั้นตอนที่มี

ความสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการนโยบาย ทั้งนี้เพราะการที่นโยบายจะสัมฤทธิ์ผลตามเจตนารมณ์แล้วนั้น ขั้นตอนนี้ถือว่าเป็นจุดแตกหักที่สำคัญถึงแม้ว่านโยบายที่ถูกกำหนดมาจะดีเลิศเพียงใด แต่หากนำไปปฏิบัติแล้วเกิดความล้มเหลวนอกจากจะก่อให้เกิดความเสียหายต่อประชาชนและต่อทรัพยากรของประเทศชาติ⁹ ดังนั้นการนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติก็จะมีผลการแปลงนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้เป็นโครงการและกิจกรรมและมีกระบวนการถ่ายทอดกิจกรรมไปยังหน่วยปฏิบัติในระดับพื้นที่ เพื่อให้วางแผนดำเนินการ

ต่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทและสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่

จากผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบของการนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติประกอบด้วย 1) นโยบายมีความชัดเจนถือเป็นรากฐานสำคัญของความมุ่งหมายของนโยบายทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ทั้งวัตถุประสงค์และมาตรการในการปฏิบัติ ซึ่งความชัดเจนของวัตถุประสงค์และมาตรการจะขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ การระบุสภาพปัญหา นโยบายอย่างครอบคลุมและครบถ้วน การกำหนดผู้เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาย่างชัดเจน กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับผลกระทบ การประเมินทรัพยากรที่ต้องใช้ในการดำเนินการสิ่งเหล่านี้ ต่างมีบทบาทสำคัญเพื่อส่งเสริมการนำนโยบายไปปฏิบัติให้บรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ¹⁰ 2) การสนับสนุนทรัพยากรการบริหาร เมื่อนโยบายถูกกำหนดแล้วจะถูกนำไปปฏิบัติได้อย่างไรหรือจะได้รับการนำไปปฏิบัติจริงหรือไม่ ขึ้นอยู่กับการได้รับการสนับสนุนนโยบายจากผู้ปฏิบัติและผู้ที่ได้รับผลจากการปฏิบัติตามนโยบาย ทั้งกลุ่มในรัฐบาล ได้แก่ นักการเมืองที่เกี่ยวข้อง องค์การราชการที่รับผิดชอบในการนำนโยบายไปปฏิบัติ หรือผู้มีอำนาจในการจัดสรรงบประมาณหรือกลุ่มนอกรัฐบาล ได้แก่ สมาชิกในเขตเลือกตั้งที่เกี่ยวข้องกับปัญหา กลุ่มอิทธิพลและกลุ่มผลประโยชน์ ตลอดจนคนผู้ได้รับผลกระทบ

จากปัญหา หรือประชาชนทั่วไป¹⁰ และ 3) การเข้าถึงบริการ ถือว่าเป็นด้านศักยภาพและความสามารถขององค์กรที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ศักยภาพและความสามารถขององค์กรหรือหน่วยงานที่นำนโยบายไปปฏิบัติ พิจารณาที่ลักษณะที่สำคัญขององค์ประกอบต่าง ๆ ขององค์กร เช่น การมีโครงสร้างองค์กรเอื้อต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ ความรู้ความสามารถและทักษะของทีมงาน ความสามารถและประสบการณ์ของผู้นำองค์กร ระบบการไหลเวียนของข้อมูลข่าวสารภายในและระหว่างองค์กร การมีและใช้เทคโนโลยีการบริหารอย่างเหมาะสม ความเพียงพอของทรัพยากรทางการเงินและอุปกรณ์เครื่องมือต่าง ๆ มาใช้ได้ทันเวลาและสถานการณ์ ความสำคัญของปัจจัยด้านนี้ คือ หากปราศจากองค์กรรองรับนโยบาย การนำนโยบายไปปฏิบัติจะไม่มีโอกาสเกิดขึ้น หากองค์กรรองรับนโยบายขาดความสามารถและความพร้อม ความเป็นไปได้ที่นโยบายจะล้มเหลวก็มีมาก แต่ถ้านโยบายใดมีองค์กรเข้มแข็งรองรับ โอกาสที่นโยบายนั้นจะประสบความสำเร็จจะมีสูง เพราะองค์กรหรือหน่วยงานที่รองรับนโยบายคือกลไกสำคัญในการนำเสนอนโยบายให้ถึงกลุ่มเป้าหมายตามเจตจำนงของนโยบาย⁶

ระบบสุขภาพ 6 Building blocks เป็นกรอบแนวคิดของระบบสุขภาพขององค์การอนามัยโลก เพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศต่าง ๆ⁷ จาก

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลองใช้รูปแบบการนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ประกอบด้วย 1) การนำและการอภิบาลระบบ (Leadership and governance) พบว่าการแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารและคณะกรรมการเครือข่ายควบคุมโรค เป็นการกำหนดกลยุทธ์และการกิจของหน่วยงานและทีมสุขภาพอย่างชัดเจน รวมทั้งทำให้บุคลากรสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิได้เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนให้บริการฉีดวัคซีนร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนและเกิดประสิทธิภาพ¹¹ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ การพัฒนาความรู้ ทักษะของบุคลากรจะมีผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรสาธารณสุขจะเกิดความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น¹² 3) เวชภัณฑ์ วัคซีน ยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ ถือว่าเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ เพราะเป็นวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการสนับสนุนการให้บริการฉีดวัคซีน ถ้าหากมีปริมาณที่เพียงพอจะทำให้การให้บริการฉีดวัคซีนบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนด 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ เป็นการเชื่อมโยงระบบฐานข้อมูลของประชากรเป้าหมาย และผลการให้บริการฉีดวัคซีน รวมทั้งการจัดรูปแบบระบบให้คำปรึกษา แนะนำในการเข้าถึงวัคซีนให้แก่ทีม

สุขภาพ 5) การเงินการคลังด้านสุขภาพ กลไกด้านการเงินจะเป็นกลไกที่ช่วยควบคุมกำกับงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินงาน เพื่อช่วยในการลดต้นทุนวัสดุ ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ ต้นทุนการให้บริการฉีดวัคซีนที่เกิดขึ้น 6) ระบบบริการ การส่งเสริมให้บุคลากรสาธารณสุขมีความรู้ ความเข้าใจรูปแบบการจัดบริการที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรสาธารณสุขจะสามารถกำหนดภารกิจในการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

รูปแบบการนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม จังหวัดเพชรบูรณ์ เป็นการประยุกต์ใช้กรอบแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบดังกล่าว ซึ่งยังพบปัญหาที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติคือ กำลังคนด้านสุขภาพที่เข้าร่วมทีมสุขภาพในการให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ยังไม่ทราบบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนว่าจะต้องปฏิบัติภารกิจอะไรบ้าง ส่งผลให้การให้บริการยังเกิดความล่าช้า และไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น ในการนำนโยบายส่งเสริมการเข้าถึงวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ไปปฏิบัติ ควรดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ละฝ่าย

ขึ้นมา เพื่อกำหนดบทบาทหน้าที่ และภารกิจ
ของทีมสุขภาพให้มีความชัดเจนเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ
ที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย
ผู้บริหารทุกระดับของหน่วยงานในจังหวัด
เพชรบูรณ์ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่เสียสละ
เวลาในการให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะที่มีคุณค่า
และขอขอบคุนบุคลากรสาธารณสุขทุกท่าน
ที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและให้ความร่วมมือเข้าร่วม
กิจกรรมต่าง ๆ จนบรรลุผลสำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
คู่มือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในการตอบ
โต้ภาวะฉุกเฉิน กรณีการระบาดโรคติดต่อ
เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศ
ไทย. นนทบุรี: บริษัท ทีเอส
อินเตอร์พรีนท์ จำกัด; 2563.
2. Public Health Ministry. COVID-19.
[Internet]. 2020 [cited 2022 June 20].
Available from:
<https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/>
3. ศูนย์บริหารสถานการณ์โควิด-19.
สถานการณ์โรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา
2019 ประจำวันที่ 25 กรกฎาคม
2565. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรม
ควบคุมโรค, กระทรวงสาธารณสุข;

2565. [เข้าถึงเมื่อ 25 ก.ค. 2565].

เข้าถึงได้จาก

https://media.thaigov.go.th/uploads/public_img/source/250765.

4. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 138 ตอน
พิเศษ 104 ง หน้า 27 วันที่ 15
พฤษภาคม 2564
5. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์. รายงาน
สถานการณ์โควิด-19 ประจำวันที่ 23
กรกฎาคม 2565. เพชรบูรณ์; 2565.
6. วรเดช จันทรรต. ทฤษฎีการนำ
นโยบายสาธารณะไปปฏิบัติ.
กรุงเทพมหานคร : สหยาบปลือกและ
การพิมพ์; 2548.
7. World Health Organization.
Monitoring the Building Blocks of
Health System: A Handbook of
Indicators and Their Measurement
Strategies. Geneva: WHO Document
Production Service; 2010.
8. Cronbach. Essentials of
Psychological Testing. New york:
Harper and Row; 1997.
9. Walter Williams, et al. Studying
Implementation: Methodological
and Administrative Issues.
Chatham, New Jersey : Chatham
House Oublishers, Inc.; 1982.

10. วนิตา สมภูงา, มะลิ สุปัตติ. ประสิทธิภาพ
การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการ
โรคเบาหวานด้วยหลักการ 6 building
blocks จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัย
และพัฒนาระบบสุขภาพ. 2555;
15(1): 142-155.
11. มัณฑริกา แพงบุตติ, วิลาวัณย์ ชมนิ
รัตน์. การพัฒนาแนวทางการดูแล
ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเพื่อป้องกันโรค
ไตเรื้อรังในชุมชนตำบลหนองแดง
อำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น.
วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.
2564; 14(3): 179-191.
12. มะลิวัลย์ อังคณิตย์, เรวดี สมทรัพย์,
บุษบา วงศ์พิมล. การพัฒนารูปแบบ
คุณภาพระบบบริหารการพยาบาลโดย
กระบวนการมีส่วนร่วมของ กลุ่ม
งานวิจัยและสภาพการพยาบาล
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด. วารสารการ
พยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2563;
38(1): 107-116.

การพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

วุฒิพงษ์ สิ้นทรัพย์¹, กิตติ ประจันตเสน²

(วันที่รับบทความ: 21 กรกฎาคม 2565 ; วันที่แก้ไข: 19 ธันวาคม 2565 ; วันที่ตอบรับ 12 มกราคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบและประเมินผลการใช้รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ในส่วนการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน คือ สถิติ Paired t-test

รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ มีทั้งสิ้น 8 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์องค์การและกลยุทธ์องค์กร 2) กำหนดแผนและเป้าหมายคำรับรองการปฏิบัติราชการ 3) การจัดทำ KPI Template 4) การจัดทำบันทึกข้อตกลงคำรับรองการปฏิบัติราชการและการถ่ายทอดตัวชี้วัด 5) การประเมิน Ranking 6) การรายงานผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ 7) การทบทวน/ปรับปรุงผลการปฏิบัติงาน และ 8) การให้รางวัลและการสร้างแรงจูงใจ ผลการประเมินการใช้รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานที่พัฒนาขึ้น พบว่า ระดับผลการประเมินในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.82$, S.D.=0.61) โดยผลการประเมินทั้งด้านความเหมาะสม ความถูกต้อง การใช้ประโยชน์ และความเป็นไปได้อยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน และพบว่า หน่วยงานมีผลการปฏิบัติงานสูงขึ้น ($p\text{-value}=0.019$; 95%CI 0.38-9.34) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพ การกำหนดมาตรฐานและออกแบบตัวชี้วัดความสำเร็จของหน่วยงานที่มีความสอดคล้องตามเป้าประสงค์ขององค์กร สามารถนำไปสู่การพัฒนาและยกระดับผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานให้บรรลุตามเป้าประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน, การปฏิบัติงาน, คำรับรองการปฏิบัติราชการ

¹ นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ,

E-mail: Wutmeesri@gmail.com

² นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ,

E-mail: kitti3846@gmail.com

Corresponding Author: กิตติ ประจันตเสน, E-mail: kitti3846@gmail.com

Model Development of Performance Agreement Appraisal for Organization of Amnatcharoen Provincial Health Office

Wuttipong Sinthup¹, Kitti Prachuntasen²

(Received: 21st July 2022; Revised: 19th December 2022; Accepted: 12nd January 2023)

Abstract

The purpose of this research was to develop a model of organizational performance agreement appraisal of Amnatcharoen provincial health office. Qualitative data were collected by using the in-depth interviews and focus group discussions method, for the quantitative data were collected by using the performance appraisal model assessment questionnaire. Qualitative data were analyzed by content analysis. While, quantitative data were used descriptive and paired t-test statistics.

The model of performance agreement appraisal for organization of Amnatcharoen provincial health office consisted of 8 steps as follows: 1) Organizational analysis and organizational strategy., 2) Planning and performance agreement goals setting., 3) KPIs Template making., 4) Preparation of the memorandums on performance agreement and KPIs Cascading., 5) Ranking assessment., 6) Reporting and information feedback., 7) Performance review and improvement, and 8) Reward and motivation. The results of model development of performance agreement appraisal found that the overall assessment was at a high level ($\bar{X}$ =3.82, S.D.=0.61) considering each aspect. It was found that the assessment results in terms of propriety, accuracy, utility and the feasibility was at the same high level, and found that the Amnatcharoen Provincial Public Health Office had higher performance (p-value=0.019; 95%CI 0.38-9.34) with a statistically significant that Level 0.05 effective performance appraisal model Setting standards and designing operational success indicators at both the departmental and individual level in accordance with the organization's goals. It can lead to the development of work and to enhance the performance of the department and personnel to achieve the goals of the organization effectively.

Keywords: Performance appraisal model, Performance, Performance agreement

¹ Plan and Policy Analyst (Senior Professional level), Amnatcharoen Provincial Health Office.

E-mail: Wutmeesri@gmail.com

² Public Health Technical Officer (Professional level), Amnatcharoen Provincial Health Office.

E-mail: kitti3846@gmail.com

Corresponding Author: Kitti Prachuntasen, E-mail: kitti3846@gmail.co

บทนำ

การประเมินผลการปฏิบัติงานในองค์กรภาครัฐ เป็นองค์ประกอบหนึ่งในการบริหารผลการปฏิบัติราชการซึ่งเป็นกระบวนการที่มีกลไกการขับเคลื่อนอย่างเป็นระบบ เพื่อผลักดันให้ผลการปฏิบัติราชการของส่วนราชการให้บรรลุเป้าหมายเป็นกระบวนการเปรียบเทียบผลสำเร็จของงานกับเป้าหมายในการปฏิบัติงานของบุคคลและองค์กรในระยะเวลาที่กำหนด¹ นอกจากนี้การประเมินผลการปฏิบัติงานยังเป็นขั้นตอนสำคัญในการบริหารทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งผลการประเมินสามารถสะท้อนให้เห็นถึงการบรรลุเป้าหมายขององค์กรความสามารถในการบริหารจัดการองค์กรและสมรรถนะของบุคลากร รวมถึงการใช้ผลที่ได้จากการประเมินเป็นเครื่องมือในการสร้างแรงจูงใจ การตอบสนองและการควบคุมพฤติกรรม การปฏิบัติงานของบุคลากรในองค์กร² อุปสรรคและสภาพปัญหาของระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานภาครัฐ สามารถจำแนกได้ 4 ประการ ประกอบด้วย 1) โครงสร้างองค์กรและนโยบายองค์กร โดยผู้บริหารส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความสำคัญและยอมรับผลที่มาจากการประเมินไม่มีการบังคับใช้หรือสะท้อนผลการปฏิบัติงานจากข้อมูลที่ได้จากการประเมินอย่างจริงจัง เป็นการดำเนินการตามหลักเกณฑ์โดยขาดความเข้าใจในระบบ³⁻⁴ 2) ระบบประเมินผลการปฏิบัติงาน ที่มีสาเหตุจากความล้มเหลวของการวิเคราะห์งานเพื่อพัฒนาตัววัดงานที่ได้มาตรฐานผลการประเมินสูงหรือต่ำกว่าผลการปฏิบัติงานที่แท้จริง^{4,5} 3) องค์ประกอบของการประเมินผลการปฏิบัติงาน ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาระงานและหลักเกณฑ์ในการประเมินผลงานของผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน ความชัดเจนและมาตรฐานของเครื่องมือการวัด และ 4) ผลลัพธ์ที่ได้จากการประเมินผลการปฏิบัติงานไม่ได้รับการยอมรับและไม่ถูกนำมาใช้ในการพัฒนางานรวมถึงการให้รางวัลจูงใจแก่บุคลากรที่มีผลการปฏิบัติงานดี³⁻⁴

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญมีการกำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จในการดำเนินงานเป็นเครื่องมือวัดผลสัมฤทธิ์ในการดำเนินงานของหน่วยงานเช่นเดียวกับหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ แต่กลับพบว่า การกำหนดประเด็นตัวชี้วัดและเกณฑ์ที่จะนำมาประเมินผลสัมฤทธิ์ของการปฏิบัติงานของหน่วยงานและบุคลากรในสังกัดยังขาดความชัดเจน การวัดประเมินผลงานใช้หลักดุลยพินิจของผู้บังคับบัญชาของหน่วยงานเป็นสำคัญ ทำให้ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบความแตกต่างของประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของหน่วยงานและบุคลากรได้ แม้ว่าจะมีขอบเขตและลักษณะงานเดียวกันหรือคล้ายคลึงกัน บุคลากรจะให้ความสำคัญต่อผลคะแนนที่ประเมินได้และผลการพิจารณาเลื่อนเงินเดือนที่ตนได้รับมากกว่าผลสัมฤทธิ์ของงานหรือการปฏิบัติงานเป็นไปตามเป้าหมายของหน่วยงานที่กำหนดไว้ ส่วนผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญนั้นจะทำการประเมินผลภาพรวมในระดับหน่วยงานเพื่อให้ทราบว่าการบรรลุตามเป้าประสงค์ที่วางไว้หรือไม่เท่านั้น

จากสภาพปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษามีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบและประเมินผลการใช้รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานรวมถึงเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการที่พัฒนาขึ้น โดยมุ่งเน้นที่ลดปัจจัยที่เป็นสาเหตุหรืออุปสรรคสำคัญที่เกิดจากองค์ประกอบของระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานไม่ว่าจะเป็นรูปแบบกระบวนการประเมินผล เครื่องมือและหลักเกณฑ์ที่ใช้ ผู้ประเมินและผู้รับการประเมินรวมถึงการนำผลการประเมินไปใช้ เพื่อให้กระบวนการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานมีความชัดเจนเป็นรูปธรรมเป็นไปตามมาตรฐานที่สำนักงานคณะกรรมการ

ข้าราชการพลเรือนกำหนด ผลการประเมินมีความสอดคล้องตามผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง รวมถึงการนำผลการประเมินมาใช้ในการสร้างแรงจูงใจและการพัฒนางานให้เกิดการบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามวัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์ของหน่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพและปัญหาเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา ประชากรและกลุ่มตัวอย่างการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2564 ถึง 30 ธันวาคม 2565 โดยมีขั้นตอนดำเนินการวิจัย 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1) การศึกษาสภาพปัจจุบัน ผลการดำเนินงานองค์ประกอบ รูปแบบการประเมินผล ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญโดยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group discussion) จากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้บริหารและตัวแทนบุคลากรจำนวน 20 คน 2) การออกแบบและพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ โดยการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและรวบรวมข้อมูลจาก

ขั้นตอนที่ 1 รวมถึงความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 3) การทดลองใช้รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ และ 4) การประเมินรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จากกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในหน่วยงานสังกัดสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรในหน่วยงานสังกัดสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ จำนวนจำนวน 1,476 คน⁶ กลุ่มตัวอย่างการศึกษาเชิงคุณภาพทำการเลือกอย่างเจาะจง (Purposive) เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกและทำการสนทนากลุ่มเกี่ยวกับสภาพปัจจุบัน ผลการดำเนินงานองค์ประกอบ รูปแบบการประเมินผล ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงานประกอบด้วย ตัวแทนผู้บริหารหน่วยงาน หัวหน้ากลุ่มงาน ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดในสำนักงานสาธารณสุขอำนาจเจริญ หัวหน้างานยุทธศาสตร์ โรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ จำนวน 20 คน กลุ่มตัวอย่างการศึกษาเชิงปริมาณคำนวณโดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่าง⁷ ดังนี้

$$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}\sigma^2}{e^2(N-1) + Z^2_{\alpha/2}\sigma^2}$$

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นคว้านี้ เท่ากับ 296 คน และทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) โดยคำนึงถึงสัดส่วนขนาดตัวอย่าง (Probability proportional to Size : PPS) ตามประเภทหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำนาจเจริญ เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ 1) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ 2) สมครใจและยินยอมให้ข้อมูล เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) บุคลากรที่มีระยะเวลาในการปฏิบัติงานไม่ครบ 2 ปี 2) บุคลากรที่มีลักษณะการจ้างงานในรูปแบบการจ้างรายวัน รายคาบ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์ สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถามสำหรับการสนทนากลุ่ม ในขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสภาพปัจจุบัน ผลการดำเนินงาน องค์ประกอบ รูปแบบการประเมินผล ปัญหา อุปสรรคเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองปฏิบัติราชการของหน่วยงาน เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปออกแบบและยกร่างรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน และใช้แบบสอบถามปลายเปิดสำหรับการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน ในขั้นตอนที่ 4 การประเมินการประเมินรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบสอบถามด้านการประเมินมาตรฐานรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย การประเมินการใช้ประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้อง จำนวน 30 ข้อ มีมาตราการวัดแบบมาตราส่วน (Likert Scale) 5 ระดับ ในการแปรผลจะใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับการหาช่วงกว้างของอันตรภาคชั้นตามแนวความคิดของ Best⁸ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 3.68 – 5.00 หมายถึง ความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 2.34 – 3.67 หมายถึง ความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง ความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย และใช้แบบบันทึกผลการปฏิบัติงานตามตัวชี้วัดคำรับรองปฏิบัติราชการ ในการรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคำรับรองปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเพื่อหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน ตรวจสอบความเที่ยง

(Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับบุคลากรสาธารณสุขในจังหวัดยโสธร จำนวน 30 คน ค่า Cronbach's alpha coefficient ของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.92

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้วิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) สถิติเชิงพรรณนาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป คุณลักษณะด้านประชากรและผลการประเมินรูปแบบการประเมินผล ได้แก่ จำนวน ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด สำหรับกรณีสถิติเชิงอนุมาน ใช้ในการวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลการดำเนินงานก่อนและหลังใช้การรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 7/2564 วันที่ 17 สิงหาคม พ.ศ. 2564

ผลการวิจัย

สภาพปัจจุบัน รูปแบบการประเมินผล ปัญหา อุปสรรคเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญกระบวนการประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ อาศัยการขับเคลื่อนกระบวนการในรูปของคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ทำหน้าที่ตรวจสอบการปฏิบัติราชการของหน่วยงานในระดับอำเภอ และ คปสอ. จะทำการสรุปผลการปฏิบัติราชการรอบครึ่งปีงบประมาณ และสิ้นปีงบประมาณ (เดือนมีนาคมและเดือนกันยายน) ซึ่งเป็นการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุข/กรม/กอง และเขตสุขภาพกำหนดในแต่ละปีงบประมาณ

โดยไม่คัดเลือกตัวชี้วัดที่จะมาประเมินผล เป็นการประเมินผลการปฏิบัติราชการในภาพรวม โดยจะสรุปผลดำเนินงานว่าบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัดหรือไม่ มีปัญหาอุปสรรคหรือไม่ และจะมีแนวทางการแก้ไขอย่างไร แล้วจะนำแนวทางการแก้ไขปัญหามาวางแผนแก้ไขในปีงบประมาณต่อไป

การพัฒนารูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์องค์กรและกลยุทธ์องค์กร เป็นกระบวนการทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมาและกลยุทธ์ที่ใช้ในการขับเคลื่อนงานตามภารกิจหลักของหน่วยงาน ซึ่งดำเนินการในช่วงไตรมาสแรกของปีงบประมาณ โดยคณะกรรมการวางแผนและประเมินผลยุทธศาสตร์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้วยเทคนิค SWOT Analysis เพื่อวิเคราะห์ระดับความสำเร็จและผลสัมฤทธิ์ในการปฏิบัติงานในรอบปีที่ผ่านมา ความเหมาะสมสอดคล้องของกลยุทธ์ ปัญหาอุปสรรค ตลอดจนนโยบาย และปัจจัยด้านต่าง ๆ ที่มีผลต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดแผนและเป้าหมาย คำรับรองการปฏิบัติราชการ โดยการนำข้อมูลผลการวิเคราะห์ในขั้นตอนที่ 1 มาใช้ในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายการปฏิบัติงานในคำรับรองการปฏิบัติราชการสำหรับหน่วยงานในสังกัด เพื่อสะท้อนเป้าหมายและทิศทางการปฏิบัติงาน ที่ต้องการบรรลุตามเป้าประสงค์ นโยบายและภารกิจของหน่วยงาน โดยตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงาน (KPI) ที่ได้รับการคัดเลือกและกำหนดให้ใช้วัดผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัด

ขั้นตอนที่ 3 การจัดทำ KPI Template ผู้รับผิดชอบตัวชี้วัดระดับจังหวัดดำเนินการจัดทำ

รายละเอียดตัวชี้วัดแต่ละตัว เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลให้แก่หน่วยงานและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งรายละเอียดในการจัดทำ KPI Template ประกอบด้วย ชื่อและประเภทตัวชี้วัด วัตถุประสงค์ การนิยามศัพท์ เกณฑ์เป้าหมาย กลุ่มเป้าหมาย รายการข้อมูล วิธีการจัดเก็บข้อมูล วิธีการและเกณฑ์การประเมินผล ข้อมูลผู้รับผิดชอบ และประสานข้อมูลตัวชี้วัด

ขั้นตอนที่ 4 การจัดทำบันทึกข้อตกลงคำรับรองการปฏิบัติราชการและการถ่ายทอดตัวชี้วัด เป็นการแสดงความจำนงเกี่ยวกับการพัฒนาการปฏิบัติราชการและผลการปฏิบัติงานที่ต้องการบรรลุผล โดยตัวชี้วัด เป้าหมาย และเกณฑ์การให้คะแนนที่ชัดเจน ระหว่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและสาธารณสุขอำเภอ ด้วยวิธีการทำข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษร และทำการถ่ายทอดและชี้แจงรายละเอียดตัวชี้วัดให้แก่ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ได้รับทราบแนวทางการปฏิบัติงาน เป้าหมาย รูปแบบวิธีการวัดและการประเมินผลตัวชี้วัดแต่ละตัว

ขั้นตอนที่ 5 การประเมิน Ranking เป็นกระบวนการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานและผู้ปฏิบัติงานในระดับอำเภอ ด้วยวิธีการจัดอันดับ (Ranking Method) ในรูปแบบคณะกรรมการประเมินผลระดับจังหวัด โดยทำการประเมินผลการปฏิบัติงานตามรายการตัวชี้วัดที่ระบุไว้ในคำรับรองการปฏิบัติราชการ ทำการสรุปผลการประเมินเป็นค่าคะแนนแล้วนำผลการปฏิบัติงานของแต่ละอำเภอมาจัดอันดับเรียงตามผลคะแนนจากมากไปหาน้อย ซึ่งจะทำให้การประเมินรอบ 6 เดือน เมื่อสิ้นสุดไตรมาสที่ 2 และ 4 ของปีงบประมาณ

ขั้นตอนที่ 6 การรายงานผลและการให้ข้อมูลย้อนกลับ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุขเป็นผู้รวบรวมและจัดทำรายงานผลการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการ

ปฏิบัติราชการของหน่วยงานในสังกัดเสนอผู้บริหาร รวมถึงการจัดเวทีสรุปผลการดำเนินงานประจำปี เพื่อสรุปผลการดำเนินงานและคืนข้อมูลหรือการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้ปฏิบัติงานและผู้เกี่ยวข้องทราบ

ขั้นตอนที่ 7 การทบทวน/ปรับปรุงผลการปฏิบัติงาน เป็นกระบวนการที่ผู้บริหารผู้รับผิดชอบประเด็นการปฏิบัติและผู้ที่เกี่ยวข้องนำผลการประเมิน ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติงานที่ได้จากการประเมินมาร่วมกันทบทวนกลวิธีการทำงาน ผลสัมฤทธิ์ของงานเมื่อเทียบกับเป้าหมายและเป้าประสงค์ของหน่วยงานที่ตั้งไว้ การถอดบทเรียนที่เป็นปัจจัยความสำเร็จและปัญหาในการปฏิบัติงาน เพื่อปรับปรุงพัฒนาระดับผลการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 8 การให้รางวัลและการสร้างแรงจูงใจ โดยนำผลการประเมินที่ได้มาประกอบการพิจารณาการเลื่อนขั้นเงินเดือนของบุคลากรตามระดับผลการประเมิน การมอบรางวัลเชิดชูหน่วยงานที่มีผลการปฏิบัติงานดีเด่นหรือมี

ความเป็นเลิศในแต่ละด้าน เพื่อเป็นการให้รางวัลตอบแทนจากการปฏิบัติงานและเป็นการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรในหน่วยงานเกิดการพัฒนางานให้มีผลสัมฤทธิ์เพิ่มมากขึ้น ดังรูปที่ 1

ผลการทดลองใช้รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ผลการประเมินผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ โดยใช้รูปแบบการประเมินผลที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผลคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 ภาพรวม ร้อยละ 88.74 เมื่อพิจารณารายหมวด พบว่า หมวดที่ 1 Agenda based ร้อยละ 43.89 หมวดที่ 2 Policy Based ร้อยละ 12.53 หมวดที่ 3 Area based ร้อยละ 4.64 และหมวดที่ 4 KPI Monitor ร้อยละ 27.69



รูปที่ 1 รูปแบบการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

เปรียบเทียบผลการประเมินการปฏิบัติงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการเมื่อทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานก่อนการใช้รูปแบบการประเมินผล (ปีงบประมาณ 2564) และหลังการใช้รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ (ปีงบประมาณ 2565 รอบการ

ประเมินครั้งที่ 2) พบว่า หลังการใช้รูปแบบการประเมินผลหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ มีผลคะแนนการปฏิบัติงานเฉลี่ย 88.74 (S.D.=1.02) สูงกว่าก่อนการใช้คะแนนการปฏิบัติงานเฉลี่ย 83.88 (S.D.=1.37) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.019; 95%CI 0.38-9.34) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานก่อนและหลังการใช้รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

ผลการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	t	df	p-value	95 % CI
หลังการใช้	88.74	1.02	2.66	6	0.019*	0.38-9.34
ก่อนการใช้	83.88	1.37				

*ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลประเมินการใช้รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญจากการวิเคราะห์ผลการประเมินการใช้รูปแบบการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในภาพรวมระดับอำเภอทั้ง 7 อำเภอ พบว่า ผลการ

ประเมินในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) เท่ากับ 3.82 (S.D.=0.61) โดยผลการประเมินรูปแบบการปฏิบัติงานด้านความเหมาะสมและด้านความถูกต้องมีค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) เท่ากับ 3.83 (S.D.=0.64 และ S.D.=0.65 ตามลำดับ) รองลงมาคือ ด้านการใช้ประโยชน์ ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) เท่ากับ 3.81 (S.D.=0.61) และด้านที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ ด้านความเป็นไปได้ ค่าคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) เท่ากับ 3.79 (S.D.=0.71) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ระดับการประเมินการใช้รูปแบบการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ
ของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ (n=296)

ประเด็นการประเมินผล	ระดับการคะแนน (จำนวน/ร้อยละ)			Mean	S.D.
	สูง	ปานกลาง	ต่ำ		
ด้านการใช้ประโยชน์	169 (57.09)	122 (41.22)	5 (1.69)	3.81	0.61
ด้านความเป็นไปได้	179 (60.47)	109 (36.82)	8 (2.70)	3.79	0.71
ด้านความเหมาะสม	185 (62.50)	108 (36.49)	3 (1.01)	3.83	0.64
ด้านความถูกต้อง	185 (62.50)	105 (35.47)	6 (2.03)	3.83	0.65
ภาพรวม	182 (61.49)	110 (31.16)	4 (1.35)	3.82	0.61

การอภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบการประเมินผลการ ปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของ หน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อำนาจเจริญ

รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานที่พัฒนาขึ้น จำนวน 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การวิเคราะห์องค์กรและกลยุทธ์องค์กร กำหนดไว้ในขั้นตอนแรกเพื่อการทบทวนผลการดำเนินงานที่ผ่านมาโดยใช้ SWOT Analysis เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกที่มีผลกระทบต่อกระบวนการดำเนินงานและผลสัมฤทธิ์ขององค์กร ซึ่งบุคลากรมีส่วนร่วมในการสะท้อนสถานการณ์ภายในองค์กร ปัญหา อุปสรรค ความท้าทายและปัจจัยแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการดำเนินงานและผลสัมฤทธิ์ของหน่วยงานได้อย่างครอบคลุมรอบด้านรวมถึงการกำหนดกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับองค์กรและสอดคล้องกับเป้าประสงค์ขององค์กร เช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การใช้ SWOT Analysis เป็นกระบวนการต่อเนื่องจาก

วิเคราะห์บริบทและปัจจัยแวดล้อมขององค์กรให้เห็นจุดแข็ง จุดด้อย โอกาสในการพัฒนาและภาวะคุกคามที่สามารถส่งผลกระทบต่อองค์กร นำไปสู่การบูรณาการและเลือกกลยุทธ์ได้อย่างเหมาะสมและทัน่วงที่ รวมถึงการควบคุมกำกับประสิทธิผลขององค์กร^{9,10} 2) กำหนดแผนและเป้าหมายคำรับรองการปฏิบัติราชการ เพื่อสะท้อนเป้าหมายในการปฏิบัติงานที่ต้องการบรรลุตามเป้าประสงค์ โดยกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จในการดำเนินงาน (KPI) เป็นเครื่องมือวัดผลการปฏิบัติงานของหน่วยงานในสังกัดให้ครอบคลุมประเด็นในทุกมิติ การเลือกใช้ตัวชี้วัดเป็นเครื่องบ่งชี้ผลสำเร็จในการดำเนินงานในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากการศึกษาที่ผ่านมาระบุว่า ตัวชี้วัดผลสำเร็จในการดำเนินงานสามารถสะท้อนอัตราส่วนความสำเร็จที่แท้จริงต่อเป้าหมายระดับประสิทธิภาพของหน่วยงานและขีดความสามารถในการปฏิบัติงานของบุคลากรในหน่วยงานได้อย่างชัดเจน¹¹ นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือที่ช่วยในการตัดสินใจและการวางแผนเพื่อขยายผลการดำเนินงาน¹² 3) การจัดทำ KPI

Template เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับรายละเอียดหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลให้แก่หน่วยงานและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ตามข้อกำหนดและหลักเกณฑ์การจัดทำตัวชี้วัดของสำนักงานสำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน¹³ สอดคล้องกับกรอบการวัดและประเมินผลที่พัฒนาขึ้นโดย Chamorro ที่ระบุว่าในขั้นตอนการสร้างตัวชี้วัดจะต้องมีการจัดทำรายละเอียดสิ่งที่ต้องการวัด กลุ่มเป้าหมาย วิธีการ หลักเกณฑ์การประเมิน¹⁴ รวมถึงผลการศึกษาของกนิษฐา ทองเลิศ ที่พบว่า องค์ประกอบของการประเมินผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย หัวข้อการประเมิน วัตถุประสงค์การประเมิน สิ่งที่มีประเมิน ผู้ทำการประเมิน เกณฑ์การประเมินและผู้ใช้สารสนเทศ¹⁵

4) การจัดทำบันทึกข้อตกลงการรับรองการปฏิบัติราชการและการถ่ายทอดตัวชี้วัด เพื่อแสดงความรับผิดชอบต่อผลงาน ด้วยวิธีการทำข้อตกลงเป็นลายลักษณ์อักษร สอดคล้องตามมาตรการกำกับดูแลและควบคุมการปฏิบัติงานของหน่วยงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดของสำนักงานพัฒนาการ (ก.พ.ร.) โดยหน่วยงานราชการจะต้องทำข้อตกลงการปฏิบัติงานต่อหน่วยงานที่เป็นผู้บังคับบัญชาและลงนามร่วมกันเพื่อเป็นข้อผูกมัดว่าจะดำเนินการตามที่ตกลง¹⁶ นอกจากนี้ยังพบว่า การจัดทำบันทึกข้อตกลงการรับรองการปฏิบัติราชการส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการปฏิบัติงานของหน่วยงานและบุคลากรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05¹⁷

5) การประเมิน Ranking เป็นกระบวนการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงาน ด้วยวิธีการจัดอันดับ (Ranking Method) ทำการประเมินผลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงานจากระบบรายงานอิเล็กทรอนิกส์ สอดคล้องตามแนวคิดของ Borich ที่ให้ทัศนะไว้ว่า การประเมินผลการปฏิบัติงานควรใช้วิธีการและเครื่องมือในการประเมินที่หลากหลายเพื่อสามารถทำการวัดได้ตรงตามสภาพการปฏิบัติงานจริงมากที่สุด¹⁸

6) การรายงานผลและการ

ให้ข้อมูลย้อนกลับ จะสิ่งที่ช่วยสะท้อนผลการปฏิบัติงานและพฤติกรรมการทำงานของผู้ปฏิบัติงานของบุคลากร ให้ผู้บริหารรวมถึงตัวบุคลากรเองได้รับทราบเพื่อใช้ในการปรับปรุงพฤติกรรมการทำงานและผลการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น โดยการให้ข้อมูลย้อนกลับหลังการประเมินผลควรระบุแนวทางการปรับปรุงแก้ไขการปฏิบัติงาน ประเด็นที่ต้องพัฒนา สาเหตุที่ต้องพัฒนา ปัจจัยสนับสนุน ข้อบ่งชี้และบุคคลที่เกี่ยวข้อง¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า การให้ข้อมูลย้อนกลับมีผลในเชิงบวกต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรในด้านคุณภาพงาน และด้านปฏิบัติงาน รวมทั้งมีส่วนสำคัญต่อองค์กรในแง่การเพิ่มการมีส่วนร่วม การสร้างแรงจูงใจ และความพึงพอใจในงานของบุคลากรอีกด้วย²⁰

7) การทบทวนปรับปรุงผลการปฏิบัติงาน การนำผลที่ได้จากการประเมินมาร่วมกันทบทวนกลวิธีการปฏิบัติงาน ผลสัมฤทธิ์ของงานเมื่อเทียบกับเป้าหมายและเป้าประสงค์ของหน่วยงานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับแนวคิดการทบทวนปรับปรุงผลการปฏิบัติงาน ซึ่งการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และถอดบทเรียนเมื่อเสร็จสิ้นการปฏิบัติงานตามภารกิจเพื่อปรับปรุงกระบวนการ ผลการปฏิบัติงานและสภาพปัญหาที่พบ เพื่อร่วมกันทบทวนและพัฒนาการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น²¹⁻²²

8) การให้รางวัลและการสร้างแรงจูงใจ กำหนดไว้เป็นขั้นตอนสุดท้ายในการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ เนื่องจากการนำผลที่ได้จากการประเมินผลการปฏิบัติงานมาใช้ประกอบการพิจารณาการให้รางวัลตอบแทนแก่บุคลากร สามารถสร้างแรงจูงใจและกระตุ้นให้บุคลากรกระตือรือร้นที่จะปรับปรุงกระบวนการปฏิบัติงาน เพื่อยกระดับผลสัมฤทธิ์และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่หน่วยงานกำหนดได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การให้รางวัลตอบแทนและการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานทั้งแรงจูงใจภายในและแรงจูงใจ

ภายนอกมีผลในเชิงบวกต่อผลการปฏิบัติงานของบุคลากรและการเพิ่มผลผลิตขององค์กรได้อย่างมีประสิทธิภาพ²³

2. ผลการประเมินรูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

ผลการประเมินรูปแบบการปฏิบัติงานที่พัฒนาขึ้นในภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีคะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) เท่ากับ 3.82 (S.D.=0.61) หากพิจารณาในด้านซึ่งประกอบด้วยด้านความเหมาะสม ด้านความถูกต้อง ด้านการใช้ประโยชน์ และด้านความเป็นไปได้แล้วมีผลการประเมินอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน ทั้งนี้เนื่องจากรูปแบบการประเมินผลที่พัฒนาขึ้นมีขั้นตอนกระบวนการประเมินผลที่ชัดเจน มีการสื่อสารความเข้าใจระหว่างผู้ทำการประเมินและผู้รับการประเมินถึงวัตถุประสงค์ในการประเมิน รูปแบบวิธีการ แหล่งข้อมูลที่ใช้ประกอบการประเมินรวมถึงการนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ การคืนข้อมูลเพื่อให้เกิดการพัฒนาบุคลากรยอมรับในผลการประเมินร่วมกัน สอดคล้องกับ Nigel Hunt ที่มีมุมมองเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการประเมินผลการปฏิบัติงานว่าควรเป็นสิ่งที่ต้องถูกกำหนดให้ชัดเจน ซึ่งผู้ทำการประเมินผลการปฏิบัติงานและผู้ปฏิบัติงานต้องรับรู้ มีความเข้าใจให้ตรงกัน ผู้กำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินผลการปฏิบัติงานต้องสื่อสารให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าใจวัตถุประสงค์ของการประเมินให้ชัดเจน เพราะความเข้าใจวัตถุประสงค์ของการประเมินที่ถูกต้องตรงกันจะส่งผลต่อการยอมรับผลการประเมินผลการปฏิบัติงานในตอนสุดท้าย²⁴

3. เปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญก่อนและหลังใช้รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติราชการตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ

จากการเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ พบว่า หลังการใช้รูปแบบ

ประเมินผลการปฏิบัติงานที่พัฒนาขึ้นหน่วยงานสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญมีระดับผลการปฏิบัติงานเพิ่มสูงขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผลการปฏิบัติงานก่อนใช้รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($\bar{X}$ =83.88, S.D.=1.37, p-value=0.019; 95%CI 0.38-9.34) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากความชัดเจนของรูปแบบที่ใช้ในการประเมินผล การเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงานด้วยการจัดอันดับ (Ranking) ทำให้เกิดการแข่งขันเชิงเปรียบเทียบระหว่างหน่วยงานในสังกัด รวมถึงมีการให้รางวัลและการสร้างขวัญกำลังใจตามผลการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริง ทำให้บุคลากรเกิดแรงจูงใจที่จะพัฒนาและยกระดับผลการปฏิบัติงานของตนและหน่วยงานให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานมีความสำคัญต่อผลการปฏิบัติงานขององค์กร เป็นเครื่องกำหนดความสำเร็จหรือความล้มเหลวขององค์กร ส่งผลต่อความพึงพอใจในงาน ความยึดมั่นผูกพันต่อองค์กร การมีส่วนร่วมและพฤติกรรมการทำงานของบุคลากรในองค์กร²⁵ การใช้กลยุทธ์และรูปแบบการประเมินผลที่มีคุณภาพช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินการขององค์กรในภาพรวมได้²⁶

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความรู้ณาอย่างดียิ่งจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ที่ให้การสนับสนุน เสนอแนะ เพื่อปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์ คณะผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ที่ทำให้เครื่องมือในการวิจัยมีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น รวมทั้งบุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ให้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการ: ภาพรวมระบบบริหารผลงานและการประเมินผลการปฏิบัติราชการ. นนทบุรี: บริษัท พี.เอ.อีฟวิง จำกัด; 2552.
2. ปิยะวัฒน์ จารุณรัตน์กุล และอุทัย สอนกุล. เทคนิคการประเมินผลการปฏิบัติงาน สมัยใหม่ KPI&PMS. กรุงเทพฯ: สอนอักษรพรินต์ติ้ง; 2559.
3. ฐานิตา แจ่มชัด. หันมองการประเมินผลการปฏิบัติงานที่ผ่านมา. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2563]. เข้าถึงจาก: http://hq.prd.go.th/personnel/ewt_dl_link.php?nid=555.
4. William R. S., Schultz E. Managing Employee Performance. London: Thompson Learning; 2002.
5. Lin YC., Kellough J. E. Performance appraisal problems in the public sector: Examining supervisors' perceptions. Public Personnel Management. 2019; 48(2): 179-202.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ. รายงานผลการดำเนินงานประจำปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563. อำนาจเจริญ: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ; 2563.
7. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัย ทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2547.
8. Best, John W. Research in education: 3rd ed. Prentice-Hall Englewood Cliffs, Nj; 1977.
9. Dagnino GB, Cinici MC. Research Methods for Strategic Management. New York: Routledge; 2015.
10. Gander J. Strategic Analysis: A Creative and Cultural Industries Perspective. New York: Taylor & Francis London; 2017.
11. Michael G. Dolence., Donald M. Norris. Using Key Performance Indicators to Drive Strategic Decision-Making. New Directions for Institutional Research. 1994; 82: 63-80.
12. Sokar IY., Jamaluddin MY., Abdullah M., Khalifa Z. A. KPIs target adjustment based on trade-off evaluation using fuzzy cognitive maps. Australian Journal of Basic and Applied Sciences. 2011; 5(12): 2048-2053.
13. สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. คู่มือการประเมินผลการปฏิบัติราชการ: แนวทางการกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย. นนทบุรี: บริษัท พี.เอ.อีฟวิง จำกัด; 2552.
14. Del-Rey-Chamorro FM., Roy R., Van Wegen B., Steele A. A framework to create key performance indicators for knowledge management solutions. Journal of Knowledge Management; 2003.
15. กนิษฐา ทองเลิศ, อาทิตย์ อาจหาญ, อรัญ ชูกระเดื่อง. ทำการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการประเมินผลการปฏิบัติงานของ เครือข่ายประกันคุณภาพภายในสำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา. วารสาร สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏ มหาสารคาม. 2563; 7(1): 255-66.
16. สุนีย์ นาคเงิน, ประณต นันทียะกุล. ประสิทธิภาพในการบริหารจัดการทรัพยากร มนุษย์ของสถาบันการพลศึกษาตามแนวคิด การปฏิบัติราชการตามคำรับรองของ หน่วยงาน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีส

- เทิร์นเอเชีย ฉบับสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2560; 7(3): 127-38.
17. Koonmee K. Implementing the Performance Management System in the Thai Public Sector การดำเนินการระบบการบริหารผลการปฏิบัติงานในภาครัฐไทย. NIDA Development Journal. 2011; 51(2): 117-55.
18. Gary D Borich, Kathleen S Fenton. The appraisal of teaching: concepts and process. Massachusetts: Addison-Wesley; 1997.
19. Millman J., Linda D. H. The new handbook of teacher evaluation. London: Sage; 1990.
20. Ashraf Rizvi M, A feedback model for an effective performance appraisal system. Journal for Global Business Advancement. 2017; 10(2): 140-57.
21. Morrison J. E., Meliza L. Foundations of the afteraction review process. INSTITUTE FOR DEFENSE ANALYSES ALEXANDRIA VA.; 1999.
22. Garvin DA, Edmondson AC, Gino F. Is yours a learning organization? Harvard business review. 2008; 86(3):109-16.
23. Güngör, P. The relationship between reward management system and employee performance with the mediating role of motivation: A quantitative study on global banks. Procedia Social and Behavioral Sciences. 2011; 24: 1510-1520.
24. Nigel Hunt. Conducting Staff Appraisal. 6th ed. How to Books Ltd; 2007.
25. Deepa E., Palaniswamy R., Kuppusamy S. Effect of Performance Appraisal System in Organizational Commitment, Job Satisfaction and Productivity. Journal of Contemporary Management Research. 2014; 8(1): 1.
26. Bayo-Moriones A., Galdon-Sanchez JE., Martinez-de-Morentin S. Business strategy, performance appraisal and organizational results. Personnel Review. 2020; 50(2): 515-34

กระบวนการมีส่วนร่วม ของพระภิกษุ สามเณร และผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด เขตตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย

นพชัย พิมพ์หล่อน¹, ฤทธิรงค์ จังโกฏี², ดาวิรรณ เศรษฐีธรรม³, สุธิน ชนะบุญ⁴

(วันที่รับบทความ: 31 กรกฎาคม 2565 ; วันที่แก้ไข: 22 พฤศจิกายน 2565 ; วันที่ตอบรับ 8 ธันวาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะที่ 1 วิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของพระภิกษุ สามเณร และผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงสถานการณ์การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด ศึกษาในกลุ่มพระภิกษุ สามเณร ผู้นำ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 132 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแบบประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด ทั้ง 8 แห่งในตำบลจอมศรี วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ระยะที่ 2 วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยคัดเลือกวัด 1 แห่ง ที่มีศักยภาพที่สุด และยินดีเข้าร่วมพัฒนาตามเกณฑ์มาตรฐาน ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ใช้กระบวนการจัดประชุมการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วม และประสิทธิผลจากกระบวนการมีส่วนร่วม ของกลุ่มพระภิกษุ สามเณร และผู้ที่เกี่ยวข้อง มีผู้เข้าร่วมประชุม 21 คน ดำเนินกระบวนการไปตามแนวทางการจัดกระบวนการ AIC และบันทึกพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมประชุมโดยใช้แบบสังเกต ในระยะติดตามและประเมินผล ใช้แบบประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด (ประเมินหลัง) ใช้ค่าร้อยละ แปลผลตามเกณฑ์คะแนน

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุเฉลี่ย 50.23 ปี มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.5 ความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในวัด อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 66.7 ทักษะในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด อยู่ในระดับดี ร้อยละ 86.4 พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.2 และผลการประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด โดยรวม ได้คะแนนเฉลี่ย 31.5 (S.D.=0.32) คิดเป็นร้อยละ 49.22 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด ในระยะที่ 2 ผลการพิจารณาเลือกวัด 1 แห่ง เพื่อพัฒนาตามเกณฑ์ เกิดจากกระบวนการจัดประชุมการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ผลการประเมินพบว่าได้คะแนนรวม 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 78.12 ซึ่งผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับดีมาก จะเห็นได้ว่ากระบวนการ AIC เป็นกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์ปัญหา และอนาคตของวัดที่อยากเป็น ทุกกิจกรรม เกิดจากการระดมความคิด แสดงความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุม จนเกิดแผนงาน นำมาสู่การปฏิบัติ ประสิทธิผลในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัดจึงพัฒนาในทิศทางที่ดีขึ้นจากระดับไม่ผ่านเกณฑ์ สู่ระดับดีมาก ข้อเสนอแนะจากการศึกษา ควรให้ความรู้เรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในวัดที่ถูกต้อง กิจกรรมที่วัดไม่สามารถดำเนินการเองได้ ควรมีหน่วยงานเข้ามาสนับสนุน สร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน อันจะส่งผลต่อการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัดอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ: กระบวนการมีส่วนร่วม, การจัดการสิ่งแวดล้อม, วัด

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
Email: Noppachai_ph@kku.ac.th

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร., สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
Email: rittirong@kku.ac.th

³ รองศาสตราจารย์ ดร., สาขาวิชานามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
Email: Dariwan@kku.ac.th

⁴ วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

Corresponding Author: ฤทธิรงค์ จังโกฏี, E-mail: rittirong@kku.ac.th

Participation Process of Monks, Novices and Related Persons in the Management of the Environment within the Temple Chom Sri Subdistrict, Chiang Khan District, Loei Province

Noppachai Pimlon¹, Rittirong Junggoth², Dariwan Settheetham³, Sutin Chanabun⁴

(Received: 31st July 2022; Revised: 22nd November 2022; Accepted: 8th

December 2023)

Abstract

This study was divided into two phases. The first phase, a descriptive study, aimed to explore situation, knowledge, attitude and participation behavior linking to environmental management in temples of monks, novices and related persons. Participants were 132 persons. Questionnaire and evaluation form of environmental management were used to collect data in eight temples. Data were analyzed by descriptive statistics. The second phase, a participatory action research, selected one potential temple to develop to be a model using the standard criteria. AIC was employed and observed to investigate participation and effectiveness of participation of 21 monks, novices and related persons. The environmental management form was used to monitor and evaluate applying percentage and interpreting the criterion scores.

The results indicated that most of the participants were females 66.7% and had the average age of 50.23 years old, agriculture career 70.5%, a high level of knowledge 66.7%, a good level of attitude 86.4%, and a medium level of behavior 49.2%. The average score of the environmental management evaluation was 31.5 (S.D. =0.32) as 49.22% which did not pass the standard criterion scores. Regarding the implementation of phase two, the total score was 50 as 78.12%, a very good level, which passed the standard criterion scores. It could be seen that AIC can help cooperate ideas to develop plan and action plan to be having a good result in environmental management in the temple. Knowledge of environmental health, essential activities and related agency participation should be promoted to be sustainable environmental management in temples.

Keywords: Participation process, Environmental management, Temple

¹ Public Health Student in Environmental Health, Khon Kaen University,

Email: Noppachai_ph@kkumail.com

² Asst. Prof. Dr. Lecturer of Public Health in Environmental Health, Khon Kaen University,

Email: rittirong@kku.ac.th

³ Assoc. Prof. Dr. Lecturer of Public Health in Environmental Health, Khon Kaen University,

Email: Dariwan@kku.ac.th

⁴ Lecturer senior professional level, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Prabormarajchanok Institute, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

Corresponding Author: Rittirong Junggoth, E-mail: rittirong@kku.ac.th

บทนำ

“วัด” หมายถึง สถานที่ทางศาสนา สำหรับประกอบศาสนพิธีต่างๆ เป็นศูนย์กลางทางวัฒนธรรมของชุมชน เป็นสถานที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของประชาชน เป็นสิ่งชักนำให้ชาวบ้านกับวัดที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเหนียวแน่น รัฐบาลมีนโยบาย “สร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า” ด้วยกลยุทธ์ “สร้างนำซ่อมสุขภาพ” โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนให้เป็นฐานของการสร้างสุขภาพ ด้วยวิธีการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นวิธีการที่ประหยัดและมีประสิทธิภาพในการสร้างสุขภาพ สำนักส่งเสริมสุขภาพจึงดำเนินโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ “วัด” เป็นสถานที่พัฒนาทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม ประเพณี วัฒนธรรม เพื่อให้ประชาชนที่มาวัด พระภิกษุ-สามเณร และบุคลากรในวัดมีการส่งเสริมสุขภาพที่ดี มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาอย่างต่อเนื่องให้วัดเอื้อโอกาสต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและพัฒนาที่ยั่งยืนของครอบครัว ชุมชน และสังคมไทย¹ อำเภอเชียงคานเป็นเมืองแห่งการท่องเที่ยว มีวัดทั้งสิ้น 54 วัด จากการที่มีประชาชนเข้ามาเที่ยวชมมากมาย ปัญหาสิ่งแวดล้อมภายในวัดจึงตามมา ได้แก่ ปัญหาขยะซึ่งเป็นปัญหาหลักที่ต้องเร่งแก้ไข ปัญหาห้องน้ำไปเพียงพอ บางวัดไม่มีห้องสำหรับผู้พิการและผู้สูงอายุ ปัญหาสัตว์และแมลงนำโรคตามโรงครัว เช่นหนู แมลงสาบ แมลงวัน จากสถิติการเจ็บป่วยในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หินตั้งให้บริการแก่ประชาชนทั่วไป รวมถึงพระภิกษุ-สามเณร พบว่า ในปี 2558 - 2563 มีผู้มารับบริการเฉลี่ย 3,107 ราย โดยมีโรคที่เกี่ยวข้องกับอนามัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่อาการผื่นแดง ตุ่มคันตามร่างกาย ปวดท้อง บิด ถ่ายเป็นน้ำ/มูกเลือด หายใจหอบ แน่นหน้าอก ปวดตา สุนัขกัด เป็นต้น ซึ่งในปี 2558 - 2563 มีจำนวนผู้มารับบริการ 3,483 ราย, 3,023 ราย, 3,660 ราย, 3,716 ราย, 2,370 ราย และ 2,388 ราย ตามลำดับ มีโรคที่

เกี่ยวข้องกับอนามัยสิ่งแวดล้อมคิดเป็นร้อยละ 11.48, 19.09, 15.27, 13.54, 19.03 และ 16.25 ตามลำดับ² และจากข้อมูลการประเมินวัด ตามมาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จำนวน 8 วัดในเขตพื้นที่ตำบลจอมศรี ปีงบประมาณ 2563 พบว่าทุกวัดยังไม่ผ่านการประเมินขั้นพื้นฐาน ขาดการประชุมประสานงานในการพัฒนา วัด จากปัญหาข้างต้น บุคคลกลุ่มแรก ที่ใกล้ชิดและอยู่ภายในบริเวณวัดตลอดเวลาจึงเป็นพระภิกษุ สามเณร ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในวัด แต่การอาศัยเพียงพระสงฆ์ สามเณร นั้นอาจไม่ทั่วถึง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่กลุ่มผู้ที่มีความเกี่ยวข้องในการทำกิจกรรมภายในวัด และผู้มีบทบาททางสังคมเข้ามาช่วยเหลืดูแล เช่น กลุ่มผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยทุกภาคส่วนต้องมามีบทบาทในการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในวัด โดยการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมถึงประเมินวัดเพื่อได้ข้อมูลพื้นฐาน และทราบสภาพปัญหา จากนั้นนำเสนอข้อมูลปัญหาให้แก่ทุกคนทราบ ร่วมกันคิดหาแนวทางการแก้ไขที่เป็นไปได้ และดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาแก้ไขปัญหา พัฒนาสภาพแวดล้อมในวัดให้มีความสะอาด น่าอยู่และป้องกันโรคที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น และสุดท้ายสรุปผลการดำเนินงานว่าพัฒนาขึ้นในทิศทางอย่างไร ด้วยเหตุดังกล่าวมานี้ ผู้วิจัยจึงต้องการจะศึกษากระบวนการมีส่วนร่วม ของพระภิกษุ สามเณร และผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด เขตตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาอนามัยสิ่งแวดล้อมให้เป็นวัดที่ถูกหลักอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในวัดและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมของพระภิกษุ สามเณร และผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด เขตตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย
2. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัดเขตพื้นที่ตำบลจอมศรี
3. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วม และประสิทธิผลจากกระบวนการมีส่วนร่วม ของกลุ่มพระภิกษุ สามเณร และผู้ที่เกี่ยวข้อง ในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด เขตตำบลจอมศรี อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย

วิธีดำเนินการวิจัย

แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิจัยเชิงพรรณนา โดยผู้วิจัยใช้เครื่องมือสำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่แบบทดสอบความรู้แบบสอบถาม ทักษะ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วม และแบบประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัดสำหรับระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยใช้เทคนิคกระบวนการ AIC

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ในระยะที่ 1 เป็นพระภิกษุ สามเณร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีจำนวน 135 คน เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์คัดเข้าพบว่าสามเณรที่อายุไม่ถึง 18 ปี จำนวน 3 รูป จึงได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 132 คน และในระยะที่ 2 เป็นพระภิกษุ สามเณร กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบลจอมศรี อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากวัดที่มีศักยภาพมากที่สุด และยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ตอน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปจำนวน 5 ข้อ 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับ

อนามัยสิ่งแวดล้อมภายในวัด ในด้านการจัดการขยะมูลฝอย ส่วนที่ถูกสุขลักษณะ โรงครัว และการควบคุมพาหะและแมลงนำโรค จำนวน 15 ข้อ แบบเลือกตอบถูก/ผิด กำหนดเกณฑ์ในการแบ่งความรู้ไว้ 3 ระดับ³ ดังนี้ ความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) หรือ 12-15 คะแนน, ความรู้ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60-79) หรือ 9-11 คะแนน, ความรู้ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60) หรือ 0-8 คะแนน 3) แบบสอบถามทักษะในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด จำนวน 16 ข้อ เป็นมาตรวัดเจตคติแบบ ลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ แบ่งการให้คะแนนออกเป็น 3 ระดับ⁴ ดังนี้ระดับดี คะแนน 3.67-5.00, ระดับปานกลาง คะแนน 2.34-3.66, ระดับไม่ดีคะแนน 1.00-2.33, 4.)แบบสอบถาม พฤติกรรมการมีส่วนร่วม ในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด จำนวน 10 ข้อ แบ่งการให้คะแนนออกเป็น 3 ระดับ⁴ ดังนี้ระดับมาก คะแนน 3.67-5.00, ระดับปานกลาง คะแนน 2.34-3.66, ระดับน้อย คะแนน 1.00-2.33 และใช้แบบประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม⁵ ประกอบด้วย 5 หมวด ได้แก่ การบริหารจัดการ, พื้นที่สีเขียว, การจัดการสิ่งแวดล้อม, การรณรงค์ส่งเสริมความรู้ด้านสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อม, การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน โดยกำหนดระดับผ่านเกณฑ์มาตรฐานไว้ที่ ร้อยละ 65 ขึ้นไป แบบสอบถามในครั้งนี้วิเคราะห์หาค่า IOC ได้ค่าอยู่ที่ 0.67-1.00 ความรู้วิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้สูตรครูดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-richardson method) หรือที่เรียกว่า K-R20 ได้ค่า 0.78 ในส่วนของทักษะ วัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) วิเคราะห์ความเที่ยงโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbrach's alpha coefficients) ได้ ค่าสัมประสิทธิ์ 0.76

ระยะที่ 2 ใช้แนวทางการจัดกระบวนการ AIC และแบบสังเกตการร่วมกิจกรรมต่างๆในขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบ

ประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม⁵ โดยผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร่วมออกประเมินหลังการจัดกระบวนการ AIC แล้ว 2 สัปดาห์

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไป ข้อมูลความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่มีส่วนร่วม และผลการประเมินการจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในวัด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE642303 เมื่อวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 ส่วนใหญ่อายุ 51-60 ปี ร้อยละ 40.1 รองลงมาอายุ 41-50 ปี ร้อยละ 31.1 อายุเฉลี่ย 50.23 ปี (S.D.=10.85) โดยพบว่าอายุน้อยที่สุด 18 ปี และอายุมากที่สุด 81 ปี มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 70.5 รองลงมาว่างงาน ร้อยละ 15.9 ระดับการศึกษา ส่วนใหญ่จบชั้นมัธยมศึกษา/เทียบเท่า และชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 57.6 และ 34.1 ตามลำดับ ตำแหน่งทางสังคม ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 66.7 รองลงมาเป็นพระภิกษุ ร้อยละ 13.6 และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 6.1

2. ความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในวัด

พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.33 คะแนน (S.D.=1.57) คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน คะแนนสูงสุด 15 คะแนน ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 66.7 รองลงมาความรู้ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.3 โดยพบว่าประเด็นความรู้ที่กลุ่ม

ตัวอย่างตอบถูกต้องในสัดส่วนที่ต่ำ ได้แก่ “สบู่อ้างมือในห้องน้ำวัด ควรใช้เฉพาะสบู่เหลว” ตอบถูกต้อง ร้อยละ 43.9 “การเผาเป็นวิธีการทำลายไข่แมลงสาบและแมลงวัน ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด” ตอบถูกต้อง ร้อยละ 46.2 “การควบคุมแหล่งเพาะพันธุ์ยุงที่ดีที่สุด คือ การพ่นหมอกควัน” ตอบถูกต้อง ร้อยละ 50.8 “ขยะหมายถึงสิ่งของต่างๆ ที่ไม่มีประโยชน์หรือไม่สามารถนำกลับมาใช้ได้อีก” ตอบถูกต้อง ร้อยละ 60.6 และ “การล้างภาชนะสามารถใช้ผงซักฟอกแทนได้” ตอบถูกต้อง ร้อยละ 69.7

3. ทักษะในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด

พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.99 คะแนน (S.D.=0.35) คะแนนต่ำสุด 3.06 คะแนน คะแนนสูงสุด 5.00 ส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับดี ร้อยละ 86.4 รองลงมาทัศนคติในระดับปานกลาง ร้อยละ 13.6 เมื่อพิจารณาทัศนคติเป็นรายข้อ พบว่าในข้อคำถามเชิงบวก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความที่ว่า “ท่านคิดว่าห้องน้ำผู้สูงอายุ ควรมีราวจับภายในห้องส้วม” ร้อยละ 51.5 รองลงมาได้แก่ “ท่านคิดว่าถังขยะควรมีฝาปิดมิดชิด คงทน แข็งแรง ไม่รั่วซึม” ร้อยละ 49.2 และ “ท่านคิดว่าควรมีสบู่ล้างมือพร้อมใช้ตลอดเวลา”, “การนำสุนัขและแมวที่เลี้ยงไว้ภายในวัด ไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามกำหนดเวลา เป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง” ร้อยละ 48.5 เท่ากัน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ระบุไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความที่ว่า “ท่านคิดว่าการกำจัดขยะเป็นหน้าที่ของหน่วยงานราชการเท่านั้น” ร้อยละ 22.7 รองลงมาได้แก่ “ท่านคิดว่าควรล้างห้องน้ำ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง” และ “ท่านคิดว่าการล้างภาชนะอุปกรณ์หากมีจำนวนมากสามารถนำมาล้างล้างที่พื้นได้” ร้อยละ 13.6 และ 9.8 ตามลำดับ

4. พฤติกรรมที่มีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด

พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.48 คะแนน (S.D.=0.77) คะแนนต่ำสุด 1.30 คะแนน คะแนน

สูงสุด 5.00 ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.2 รองลงมา มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในระดับมาก และระดับน้อย ร้อยละ 47.0 และ 3.8 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการมีส่วนร่วมรายชื่อ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมมากที่สุด ในด้านการติดตามและประเมินผล กับข้อความที่ว่า “ท่านให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลหรือตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินผลกิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อมในวัด” ร้อยละ 17.4 รองลงมาในด้านการวางแผนและแก้ไขปัญหา กับข้อความที่ว่า “เมื่อเกิดปัญหาสิ่งแวดล้อมภายในวัด ท่านจะเข้าร่วมการประชุมในการวางแผนและแก้ไขปัญหาสม่ำเสมอ” และด้านการปฏิบัติและดำเนินการ กับข้อความที่ว่า “ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมในการพัฒนา จัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด” ร้อยละ 15.2 เท่ากัน และในด้านการค้นหาสาเหตุและปัญหากับข้อความที่ว่า “ท่านมีส่วนเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาของการขาดแคลนทรัพยากรเพื่อพัฒนาวัด” ร้อยละ 12.9

สถานการณ์การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด พบว่าจากการลงประเมิน ทั้ง 8 วัด ในพื้นที่ตำบลจอมศรี ได้คะแนนเฉลี่ย 31.5 (S.D.=0.32) คะแนน คิดเป็นร้อยละ 49.22 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้กำหนดการผ่านเกณฑ์ ไว้ที่ ร้อยละ 65 ขึ้นไป เมื่อพิจารณาตามหมวดการประเมิน ทั้ง 5 หมวด พบว่า **หมวดที่ 1 การบริหารจัดการ** พบว่า วัดส่วนใหญ่ในพื้นที่ตำบลจอมศรี ร้อยละ 75 ยังไม่มีกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ข้อตกลง ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม รวมถึงการสื่อสาร/ เผยแพร่ ปรับปรุงพัฒนาอย่างต่อเนื่อง **หมวดที่ 2 พื้นที่สีเขียว** พบว่า ทุกวัดในพื้นที่ตำบลจอมศรีเป็นวัดในเขตชนบท ซึ่งร้อยละ 87.5 ของวัดในพื้นที่ มีพื้นที่สีเขียวโดยรวม มากกว่า ร้อยละ 30 และมีการดูแลบำรุงรักษาพื้นที่สีเขียวเป็นประจำ ในทุกวัดมีต้นไม้

ในพุทธศาสนา อย่างน้อย 3 ชนิด และมีการบำรุงรักษาเป็นประจำ แต่ยังไม่ได้เป็นแหล่งเรียนรู้ อีกทั้งต้นไม้ใหญ่ภายในวัดยังขาดป้ายชื่อต้นไม้ และการจัดทำทะเบียนต้นไม้เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานของวัด ส่วนใหญ่ ร้อยละ 50 มีการปลูกพืชสมุนไพรหรือผักพื้นบ้านและบำรุงรักษาเป็นประจำ แต่ยังขาดการจัดทำองค์ความรู้เกี่ยวกับพืชสมุนไพร/ผักพื้นบ้าน **หมวดที่ 3 การจัดการสิ่งแวดล้อม** ด้านสุขาภิบาลอาคารและสถานที่ พบว่า ทุกวัดยังไม่มีแผนผังการใช้พื้นที่ และไม่มีป้ายบอกทาง บริเวณโดยรอบวัด ศาลาการเปรียญ อาคารต่างๆ ภูมิ ส่วนใหญ่มีความสะอาดเป็นระเบียบ แต่โรงครัวส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 ยังจัดการไม่ถูกหลักสุขาภิบาล ในส่วนของห้องน้ำ ร้อยละ 87.5 มีความสะอาดเป็นระเบียบและแยกชาย-หญิง สำหรับร้านค้า ยังไม่มีร้านจำหน่ายสินค้าภายในวัดทุกวัดในพื้นที่ การจัดการขยะมูลฝอย วัดส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.5 ยังไม่มีภาชนะรองรับขยะทั่วไป ขยะรีไซเคิล ขยะอันตราย และขยะอันตราย ไม่มีป้ายรณรงค์ให้ความรู้ หรือป้ายแสดงประเภทขยะที่ชัดเจน ร้อยละ 62.5 ยังมีการจัดการขยะที่ไม่เหมาะสม เนื่องจากมีการเผาขยะในพื้นที่บริเวณวัด ทุกวัดยังขาดการรณรงค์ หรือมาตรการลดขยะประเภทพลาสติกและโฟม การจัดการน้ำเสีย วัดส่วนใหญ่ ร้อยละ 100 โรงครัวมีการแยกเศษอาหารก่อนล้าง มีการนำเศษอาหารไปกำจัดอย่างเหมาะสม เช่น นำไปให้เป็ด ให้ไก่ ในส่วนน้ำเสียจากส้วม ส่วนใหญ่ร้อยละ 62.5 มีระบบบ่อเกรอะ บ่อซึม และบำรุงรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่ปล่อยให้เต็มหรือส่งกลิ่นเหม็นเหม็นเหม็น วัดในพื้นที่ตำบลจอมศรี มีวัดที่มีเมรุเผาศพ ทั้งหมด 3 วัด ซึ่งเป็นแบบ 1 หั้วเผา มีการดูแลเพื่อให้ใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดการมลพิษทางเสียง วัดส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.5 เมื่อกิจกรรมที่ดำเนินในวัด จะมีวิธีการเพื่อลดผลกระทบ เพื่อไม่ให้ส่งเสียงดังรบกวนชุมชนที่อยู่โดยรอบ การจัดการสิ่งแวดล้อม ในงานศพ/งานบุญ หรือ งานประเพณีหรือเทศกาลพิเศษ

ต่าง ๆ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.5 มีที่รองรับขยะอย่างเพียงพอ และมีการคัดแยกที่เหมาะสม แต่ยังมีการใช้กล่องโฟม/ถ้วยโฟมภายในงาน **หมวดที่ 4 การรณรงค์ส่งเสริมความรู้ด้านสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อม** การควบคุมสัตว์ในเขตวัด พบว่าวัดมีมาตรการในการป้องกันอันตราย หรือเหตุเดือดร้อนรำคาญจากสัตว์เลี้ยง ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้เข้ามาที่วัด นอกจากนี้ยังมีการนำสัตว์ไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามกำหนด แต่ยังพบว่าบางวัดยังปล่อยให้สัตว์เลี้ยงเข้าไปอาศัยในกุฏิ อาคารต่าง ๆ การควบคุมสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 75 มีการทำความสะอาดกุฏิ วัด อาคาร ท่อระบายน้ำทิ้ง เพื่อไม่ให้มีเศษอาหารตกค้าง มีการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค เช่นการสำรวจลูกน้ำยุงลาย การป้องกันเพลิงไหม้ พบว่า วัดส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.5 ไม่มีถังดับเพลิงในบริเวณที่มีจุดเสี่ยง รวมถึงพระและบุคลากรในวัดยังไม่ทราบวิธีการใช้งาน กรณีเกิดเหตุเพลิงไหม้ สาธารณูปการต่างๆ ภายในวัดมีความปลอดภัยและเหมาะสมต่อการใช้สอย พบว่า บางวัด ถนน ทางเดินยังเป็นหลุมเป็นบ่อ มีน้ำขัง ซึ่งอาจเกิดอันตรายต่อผู้ที่เดินทางเข้ามาวัด บางวัดเสาะสาละเกิดการชำรุด ผุ และเอียง ซึ่งอาจเกิดอันตรายได้หากรองรับน้ำหนักเกิน, การลดมลพิษจากควันธูป พบว่า ทุกวัดไม่มีมาตรการลดการจุดธูป หรือลดผลกระทบจากควันธูป ขาดการประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้เกี่ยวกับมลพิษจากควันธูป, การลดขยะจากการใช้หรีด พบว่า ทุกวัดมีการรณรงค์การใช้หรีดที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม มีหรีดที่เป็นมิตรกับสิ่งแวดล้อม โดยจะมอบต้นไม้แทนหรีด เพื่อนำไปปลูกเพิ่มพื้นที่สีเขียว ลดการรับหรีดจากดอกไม้ และหรีดที่เป็นของใช้ เช่น ถาด ช้อน ส้อม ฝาชี จาน จะนำไปมอบให้กับวัดเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อไป, การเลือกสังฆทานที่เหมาะสม พบว่า ยังไม่มีการรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ การเลือกสังฆทานที่เหมาะสมอย่างเป็นกิจจะลักษณะ แต่เมื่อมีสังฆทานถวายวัด ผู้ที่เกี่ยวข้องจะมีการตรวจสอบวันเดือนปีที่หมดอายุ เพื่อนำมาใช้ก่อน

หมดอายุ และเก็บรวบรวมไว้, การส่งเสริมให้วัดเป็นเขตปลอดอบายมุข บุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พบว่า วัดส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.5 ไม่มีป้ายรณรงค์ห้ามในเรื่อง เหล้า บุหรี่ ยาเสพติด การพ่นรวมถึงการแนะนำอบรมในเรื่องอบายมุขและสิ่งเสพติด, การให้ความรู้ด้านการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อมหรือภัยพิบัติ พบว่า ทุกวัดไม่มีป้ายให้ความรู้ และการแนะนำให้ความรู้ ด้านการจัดการทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม หรือภัยพิบัติ **หมวดที่ 5 การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน** การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัด พบว่า ทุกวัด ร้อยละ 100 ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง มีการร่วมรับรู้ ร่วมคิด เริ่มทำร่วมดำเนินการ ร่วมติดตาม และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง, วัดมีกิจกรรมเพื่อเป็นศูนย์กลางพัฒนาชุมชน พบว่า ทุกวัด ร้อยละ 100 มีกิจกรรมทางศาสนา เช่นการทำบุญทุกวันพระ การเวียนเทียน การแห่เทียนเข้าพรรษา การปฏิบัติธรรม มีกิจกรรมด้านสังคม/ประเพณี/วัฒนธรรม เช่นการรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุในเทศกาลสงกรานต์ การทำบุญประจำปี บุญกฐิน มีกิจกรรมด้านสิ่งแวดล้อม เช่นการพัฒนาภูมิทัศน์ภายในวัด ร่วมกันทำความสะอาดวัด ตัดหญ้า พื้นที่รกร้าง กวาดใบไม้ เก็บขยะ เป็นต้น (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผลการประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด (n=8)

เกณฑ์ประเมิน	คะแนน			ค่าเฉลี่ย
	2 จำนวน (ร้อยละ)	1 จำนวน (ร้อยละ)	0 จำนวน (ร้อยละ)	
หมวดที่ 1 การบริหารจัดการ				
1.1 การบริหารจัดการ	2 (25.0)	0 (0.0)	6 (75.0)	0.5
หมวดที่ 2 พื้นที่สีเขียว				
2.1 พื้นที่สีเขียว	7 (87.5)	1 (12.5)	0 (0.0)	1.87
2.2 ไม้ในพุทธศาสนา	0 (0.0)	8 (100.0)	0 (0.0)	1
2.3 การอนุรักษ์ต้นไม้ใหญ่	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (100.0)	0
2.4 การปลูกพืชสมุนไพรหรือผักพื้นบ้าน	1 (12.5)	4 (50.0)	3 (37.5)	0.75
หมวดที่ 3 การจัดการสิ่งแวดล้อม				
3.1 สุขาภิบาลอาคารและสถานที่				
3.1.1 แผนผังการใช้พื้นที่	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (100.0)	0
3.1.2 บริเวณโดยรอบวัด (ถนน ทางเดิน ลานวัด ที่จอดรถ)	8 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2
3.1.3 ศาลาการเปรียญ/อุโบสถ/ อาคารต่างๆ	6 (75.0)	1 (12.5)	1 (12.5)	1.62
3.1.4 บริเวณกุฏิ หรือที่พัก	8 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2
3.1.5 ห้องครัว	0 (0.0)	3 (37.5)	5 (62.5)	0.37
3.1.6 ร้านค้า*				
3.1.7 ห้องน้ำ ห้องสุขาสาธารณะ	0 (0.0)	7 (87.5)	1 (12.5)	0.87
3.2 การจัดการขยะมูลฝอย				
3.2.1 การคัดแยก และรวบรวมอย่างเหมาะสม	0 (0.0)	1 (12.5)	7 (87.5)	0.12
3.2.2 การทิ้งขยะให้ถูกต้องตามประเภทที่กำหนด	0 (0.0)	8 (100.0)	0 (0.0)	1
3.2.3 การจัดการขยะที่เหมาะสม	0 (0.0)	3 (37.5)	5 (62.5)	0.37
3.2.4 การลดปริมาณขยะพลาสติกและโฟม	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (100.0)	0

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผลการประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด (n=8) (ต่อ)

เกณฑ์ประเมิน	คะแนน			ค่าเฉลี่ย
	2 จำนวน (ร้อยละ)	1 จำนวน (ร้อยละ)	0 จำนวน (ร้อยละ)	
3.3 การจัดการน้ำเสีย				
3.3.1 น้ำเสียจากครัว	0 (0.0)	8 (100.0)	0 (0.0)	1
3.3.2 น้ำเสียจากส้วม	3 (37.5)	5 (62.5)	0 (0.0)	1.37
3.3.3 น้ำเสียจากกิจกรรมอื่นๆ	2 (25.0)	5 (62.5)	1 (12.5)	1.12
3.4 เมรุเผาศพที่เหมาะสม และถูกสุขลักษณะ (กรณีวัดที่ไม่มีเมรุเผาศพอยู่ในพื้นที่วัดไม่มีการประเมิน)**	0 (0.0)	3 (100.0)	0 (0.0)	1
3.5 การจัดการมลพิษทางเสียง	7 (87.5)	1 (12.5)	0 (0.0)	1.87
3.6 การจัดการสิ่งแวดล้อม ในงานศพ/ งานบุญ หรือ งานประเพณีหรือเทศกาลพิเศษต่างๆ	0 (0.0)	7 (87.5)	1 (12.5)	0.87
หมวดที่ 4 การรณรงค์ส่งเสริมความรู้ด้านสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อม				
4.1 การควบคุมสัตว์ในเขตวัด	2 (25.0)	4 (50.0)	2 (25.0)	1
4.2 การควบคุมสัตว์ที่เป็นพาหะนำโรค	6 (75.0)	2 (25.0)	0 (0.0)	1.75
4.3 การป้องกันเพลิงไหม้	0 (0.0)	1 (12.5)	7 (87.5)	0.12
4.4 สาธารณูปการต่างๆ ภายในวัด มีความ ปลอดภัยและเหมาะสมต่อการใช้สอย	4 (50.0)	3 (37.5)	1 (12.5)	1.37
4.5 ลดมลพิษจากควันธูป	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (100.0)	0
4.6 ลดขยะจากการใช้หรีด	8 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2
4.7 การเลือกสถานที่ที่เหมาะสม	2 (25.0)	4 (50.0)	2 (25.0)	1
4.8 การส่งเสริมให้วัดเป็นเขตปลอดอบายมุข บุหรี่ เครื่องดื่ม แอลกอฮอล์	1 (12.5)	2 (25.0)	5 (62.5)	0.5
4.9 การให้ความรู้ด้านการจัดการทรัพยากร ธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม หรือภัยพิบัติ	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (100.0)	0
หมวดที่ 5 การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน				
5.1 การมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัด	8 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2
5.2 วัดมีกิจกรรมเพื่อเป็นศูนย์กลางพัฒนาชุมชน	8 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	2
คะแนนรวม				31.5

** ข้อ 3.1.6 ทุกวัดที่ทำการประเมินไม่มีร้านค้า จึงไม่นำมาคิดคะแนน

** ข้อ 3.4 วัดที่ทำการประเมินมีเมรุเผาศพ 3 วัด และอีก 6 วัดไม่มีเมรุเผาศพอยู่ในพื้นที่วัดจึงไม่มีการประเมิน

ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีวิธีดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้ **ระยะเตรียมการ (Pre-research phase)** หลังจกดำเนินการประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด และได้พิจารณาคัดเลือกวัดที่มีศักยภาพมากที่สุด และยินดีเข้าร่วมในงานวิจัย โดยสามารถส่งเสริมพัฒนาให้ดีขึ้น ตามเกณฑ์มาตรฐานการประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัด กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากร ธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ วัดป่าศรีพัฒนาราม หมู่ที่ 1 โดยได้คะแนนรวมมากที่สุด คือ 37 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 57.81 แต่ยังคงอยู่ในระดับไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยได้นำหมายกลุ่มเป้าหมาย เพื่อรับฟังคำชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการ และวันดำเนินการ **ระยะดำเนินการวิจัย (Research phase)** ผู้วิจัยได้จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิค AIC มาปรับใช้ เพื่อให้เกิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยจัดขึ้นในวันที่ 26 มีนาคม 2565 มีผู้เข้าร่วมประชุม ได้แก่ พระภิกษุ 4 รูป ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน 1 คน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล 1 คนและ อสม.14 คน รวมทั้งสิ้น 21 คน เมื่อเข้าสู่ขั้นตอนกระบวนการ AIC ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A)

ในส่วนแรกวิเคราะห์สภาพของวัดในปัจจุบัน แบ่งผู้เข้าร่วมประชุมเป็น 2 กลุ่ม และวาดภาพสภาพวัดที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน โดยทุกคนวาดภาพเป็นของตนเอง จากนั้นนำมารวมเป็นของกลุ่ม สมาชิกช่วยกันวาดภาพอย่างตั้งใจ ร่วมแสดงความคิดเห็น ช่วยกันต่อเติมจนเป็นภาพเดียวของกลุ่ม ได้ปัญหาหลักดังนี้ น้ำขังส่งกลิ่นเหม็น,พื้นที่ป่ารก,ถึงขยะไม่เพียงพอ, เปิด ไร่ หากินทั่วบริเวณวัด,น้ำใช้ไม่เพียงพอ,ไม่มีป้ายต่างๆ,ไม่มีถังดับเพลิง, หลังคาศาลาชำรุด, ใช้ถุงพลาสติก จากนั้นผู้วิจัยให้แบ่งกลุ่มตามเดิม วาดภาพอนาคตของวัดที่อยากจะให้เป็น ทุกคนแสดงความคิดเห็น เสนอแนะสิ่งที่อยากได้ รวบรวมประเด็นได้ ดังนี้ ศาลาการ

เปรียญหลังคาไม่ชำรุด,มีป้ายชื่อวัดด้านหน้า,มีถังดับเพลิงตามอาคารต่างๆ, มีถังพักน้ำสำรอง,มีการจัดงานมหรสพตามความเหมาะสม,ทำโรงเรือนสำหรับเปิดไก่เป็นสัดส่วน, มีแผนผังพื้นที่วัดชัดเจน , มีป้ายประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ต่างๆ, โรงครัว มีการจัดหมวดหมู่สิ่งของเป็นระเบียบ รณรงค์เรื่องการใช้กล่องโฟมและถุงพลาสติกใช้ปิ่นโตแทน ไม่มีน้ำเสียน้ำขัง มีถังขยะเปียกรองรับเศษอาหาร และถังหมักทำปุ๋ยมีห้องเก็บของแยก, มีเตาเผาขยะและเมรุเผาศพเป็นแบบเตาเผาไร้ควัน, มีถังขยะแยกประเภทและมีจุดพักขยะภายในวัด, มีแผงโซลาร์เซลล์ตามถนนภายใน

2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา

(Influence: I) ช่วงที่ 1 ผู้วิจัยให้สมาชิกทุกคนเขียนกิจกรรมลงในกระดาษแผ่นเล็ก แล้วนำไปแปะที่รูปต้นไม้บนกระดาน จากนั้นให้ตัวแทนมาเขียนกิจกรรม แยกหมวดหมู่ พบว่า ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความสนใจในการเขียนกิจกรรมลงในกระดาษอย่างยิ่ง สังเกตได้จากทุกคนร่วมกันอภิปราย แสดงให้เห็นถึงศักยภาพที่ต้องการให้การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัดดีขึ้น ในช่วงที่ 2 เป็นการจำแนก วิเคราะห์ จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม ผู้เข้าร่วมประชุมร่วมกันเสนอความคิด พูดคุยถึงการดำเนินกิจกรรมนั้น ๆ ว่ามีวัสดุอุปกรณ์ หรืองบประมาณเพียงพอที่จะทำเองได้หรือไม่ หรือกิจกรรมไหนที่เป็นกิจกรรมที่ใหญ่ ต้องใช้งบประมาณที่มาก หรือต้องมีหน่วยงานอื่นคอยช่วยเหลือ ซึ่งก็ได้กิจกรรมทั้งหมดที่สามารถทำเองได้ และกิจกรรมที่ต้องให้หน่วยงานอื่นช่วยเหลือ อย่างละประมาณ 10 กิจกรรม

3. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ

(Control: C) จากกิจกรรมทั้งหมด ในขั้นตอนที่ 2 ผู้วิจัยได้ให้ผู้เข้าร่วมประชุมเลือกกิจกรรมที่จะทำมากที่สุด 3-5 กิจกรรม และเขียนลงในกระดาษเดินมาหย่อนลงในกล่องด้านหน้าที่เตรียมไว้ จากนั้นผู้วิจัยรวบรวมกิจกรรมที่สมาชิกในกลุ่มอยากนำมาปฏิบัติมากที่สุด และนำมาจัดทำแผน

เพื่อนำมาปฏิบัติ โดยผู้เข้าร่วมประชุม เลือกกิจกรรมที่ทำเองได้ 5 กิจกรรม และที่ต้องขอความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น 3 กิจกรรม

ระยะปฏิบัติตามแผน (Implementation phase) ดำเนินต่อเนื่อง มาจากกระบวนการจัดประชุมการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) ซึ่งได้กิจกรรมและแนวทางการปฏิบัติมาแล้ว มีการดำเนินงานในช่วงวันที่ 1 – 14 เมษายน 2565 โดยสมาชิกได้มีการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ รวมถึงงบประมาณส่วนกลาง เงินบริจาคเพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ ในส่วนของกิจกรรมที่ต้องมีหน่วยงานอื่นคอยช่วยเหลือ ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล จะนำเสนอในระดับพื้นที่หมู่บ้านต่อไป โดยผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาแนะนำตลอดการดำเนินงานนี้

ระยะติดตามและประเมินผล ผู้วิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ร่วมติดตามและประเมินผล ตามแบบประเมินการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด ของกรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ในวันที่ 18 เมษายน 2565 ซึ่งเป็นการประเมินครั้งที่ 2 (ประเมินหลังได้จัดกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมและปฏิบัติตามแผนงาน) ผลการประเมินพบว่าได้คะแนนรวม 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 78.12 ซึ่งผ่านเกณฑ์อยู่ในระดับดีมาก พัฒนาขึ้นจากก่อนการดำเนินงานที่ได้คะแนน 31.5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 49.22 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์

การอภิปรายผล

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในวัด พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 66.7 อาจเนื่องมาจากกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มที่มีความรู้ความเข้าใจ จากการได้รับความรู้จากสื่อช่องทางต่างๆ หรือเกิดจากการสัมผัสประสบการณ์ จากการฝึกอบรม เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาองค์การบริหารส่วนตำบล ได้รับความรู้

ในการเข้าอบรม จากหน่วยงานองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในระดับตำบลและระดับอำเภอ หรือแม้กระทั่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ได้รับความรู้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในการประชุมประจำเดือน

ทัศนคติในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด พบว่าส่วนใหญ่มีทัศนคติในระดับดี ร้อยละ 86.4 แต่ประเด็นที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติในระดับปานกลาง ได้แก่เรื่อง ขยะ ที่มีความคิดเห็นว่าการมีถังขยะหลายประเภททำให้สับสนและยุ่งยากในการทิ้ง เรื่องการสุขาภิบาลห้องน้ำ และห้องครัวที่คิดเห็นว่าการล้างห้องน้ำ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และคิดเห็นว่าการล้างภาชนะอุปกรณ์หากมีจำนวนมากสามารถนำมาล้างล้างที่พื้นได้ ซึ่งจากคู่มือวัดสะอาด ครัวสะอาด สุขใจ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อมอนามัย ได้ระบุว่าการดูแลรักษาความสะอาดห้องน้ำ ห้องส้วม ควรมีการดูแลรักษาเป็นประจำ ในส่วนของการล้างภาชนะอุปกรณ์ ควรล้างด้วยน้ำยาล้างภาชนะ ไม่ใช่ผงซักฟอก และควรล้างด้วยน้ำสะอาด 2 ครั้ง หรือล้างด้วยน้ำไหล อุปกรณ์การล้าง ต้องอยู่สูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร¹ แต่ผลการศึกษากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 51.5 ยังเห็นด้วยกับการนำภาชนะอุปกรณ์มาล้างล้างที่พื้นได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับข้อมูลในคู่มือวัดสะอาด ครัวสะอาด สุขใจ

พฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.5 และสถานการณ์การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัดจากการลงประเมิน ทั้ง 8 วัด ในพื้นที่ตำบลจอมศรี พบว่า ได้คะแนนเฉลี่ย 31.5 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 49.22 ซึ่งยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน อาจเนื่องมาจากยังไม่มีฝ่ายที่เข้าไปสนับสนุนและส่งเสริมอย่างจริงจังรวมถึงบุคลากรในวัดยังไม่ทราบเกณฑ์การประเมินต่าง ๆ ภายในวัด

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม **ระยะเตรียมการ** พิจารณาคัดเลือกวัดที่มี

ศักยภาพมากที่สุด และยินดีเข้าร่วมในงานวิจัยระยะดำเนินการวิจัย จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้เทคนิค AIC มาปรับใช้ เพื่อให้เกิดกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม โดยจัดขึ้นในวันที่ 26 มีนาคม 2565 มีผู้เข้าร่วมประชุมรวม 21 คน

1. ขั้นตอนการสร้างความรู้ (Appreciation: A) ประเด็นปัญหาที่เสนอได้น่าสนใจส่งกลิ่นเหม็น, พื้นที่พัก, ไม่มีที่พักขยะ/ถังขยะไม่เพียงพอ, เป็ด ไก่ มีจำนวนมาก หากินทั่วบริเวณวัด, น้ำใช้ไม่เพียงพอ น้ำไม่ไหลบ่อยครั้ง, หลังกาศาลาชำระ ไม่มีป้ายให้ความรู้ คำแนะนำต่างๆ มีการใช้ถุงพลาสติกใส่อาหารมาวัด ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัดเพื่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ จังหวัดสระบุรี⁶ พบว่า ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมในวัดมีปัญหาขยะและการจัดเก็บสิ่งของยังไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย ศาลาอาคารต่าง ๆ ห้องน้ำขาดการดูแล ขยะมูลฝอยจัดการไม่ถูกสุขลักษณะ กฎมีเศษอาหาร ยังไม่มีอุปกรณ์และถังดับเพลิงกรณีเกิดเพลิงไหม้ และปัญหาฝุ่นธูปฝุ่นยาเทียน

2. ขั้นตอนการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) ผู้เข้าร่วมประชุมให้ความสนใจในการเขียนกิจกรรมลงในกระดาษ สังเกตได้จากทุกคนร่วมกันอภิปราย แสดงให้เห็นถึงศักยภาพที่ต้องการให้การจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัดดีขึ้น เมื่อจำแนก จัดความสำคัญของกิจกรรมได้กิจกรรมทั้งหมดที่สามารถทำได้ และกิจกรรมที่ต้องให้หน่วยงานอื่นช่วยเหลือ อย่างละประมาณ 10 กิจกรรม

3. ขั้นตอนการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) ผู้วิจัยรวบรวมกิจกรรมที่สมาชิกในกลุ่มอยากนำมาปฏิบัติมากที่สุด และนำมาจัดทำแผนเพื่อนำมาปฏิบัติ โดยผู้เข้าร่วมประชุม เลือกกิจกรรมที่ทำเองได้ 5 กิจกรรม และที่ต้องขอความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น 3 กิจกรรม เข้าสู่**ระยะปฏิบัติตามแผน** ดำเนินงานในช่วงวันที่ 1-14

เมษายน 2565 ทุกคนมีส่วนร่วมมาก ในการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ รวมถึงงบประมาณ ส่วนกลาง เงินบริจาค เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามกิจกรรมที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับการศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมชายแดนภาคใต้ พบว่าชุมชนมีส่วนร่วมด้านปฏิบัติการมาก ชุมชนมีส่วนร่วมทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยระดมเงิน วัสดุและแรงงาน รวมทั้งวิธีการเผยแพร่ความรู้ ฝ้าดูแลรักษาสิ่งแวดล้อม⁷ รายละเอียดการประเมินที่สมาชิกได้เสนอและได้นำมาดำเนินการเกิดการพัฒนาขึ้น ได้แก่หมวดพื้นที่สีเขียว มีการจัดทำป้ายชื่อต้นไม้ใหญ่ภายในวัดรวมถึงรวบรวมเป็นทะเบียน จัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องสมุนไพร หมวดการจัดการสิ่งแวดล้อม มีการจัดทำแผนผังพื้นที่วัดติดตั้งไว้ที่ด้านหน้าศาลาการเปรียญ เพื่อสะดวกแก่ผู้มาทำบุญ ในห้องครัวมีการจัดหมวดหมู่สิ่งของแยกประเภทชัดเจน มีป้ายกำกับห้องน้ำ จัดเตรียมสบู่ไว้พร้อมใช้งาน มีการจัดทำป้ายณรงค์ให้ความรู้ เกี่ยวกับการคัดแยกขยะ ส่งเสริมเพื่อลดขยะประเภทพลาสติกและโฟม รวมถึงการใช้ปืนโตใส่อาหารมาวัด หมวดการณรงค์ส่งเสริมความรู้ด้านสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อม ก่อนดำเนินกิจกรรมมีการเทศน์อาหารทั้งบริเวณข้างโรงครัว จึงได้มีการติดป้ายห้ามเทศน์อาหารบริเวณที่เคยมีปัญหา และได้จัดทำหลุมขยะเปียกเพื่อใช้เศษอาหาร มีการจัดทำป้ายประชาสัมพันธ์ ลดการใช้ธูป และมาตรการลดผลกระทบจากควันธูป ที่ศาลาพระ (หลวงพ่อดำ) มีป้ายวัดปลอดอบายมุข เหล้า บุหรี่ ยาเสพติด การพนัน ป้ายให้ความรู้ เรื่องการรับมือภัยพิบัติ ที่หน้าศาลาการเปรียญ เป็นต้น

ระยะติดตามและประเมินผล ประเมินครั้งที่ 2 (ประเมินหลังได้จัดกระบวนการวางแผนอย่างมีส่วนร่วมและปฏิบัติตามแผนงาน) ในวันที่ 18 เมษายน 2565 พบว่าได้คะแนนรวม 50 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 78.12 ซึ่งผ่านเกณฑ์อยู่ใน

ระดับดีมาก สอดคล้องกับการศึกษารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัดเพื่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์จังหวัดสระบุรี⁶ พบว่า การพัฒนารูปแบบการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด วัดสามารถดำเนินการได้เป็นไปตามกรอบมาตรฐานวัดปลอดโรคที่พัฒนาขึ้น มากกว่าร้อยละ 80

จะเห็นได้ว่ากระบวนการ AIC เป็นกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ที่ทำให้ได้วิเคราะห์ถึงสภาพปัญหา และอนาคตของวัดที่อยากให้เป็น ซึ่งกิจกรรม ทุก ๆ กิจกรรม เกิดจากการระดมความคิด การแสดงความคิดเห็นจากผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน ทำให้เกิดแผนการปฏิบัติกิจกรรม และนำมาสู่การปฏิบัติ ซึ่งทำให้ประสิทธิผลในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัด มีการพัฒนาในทิศทางที่ดีขึ้น สังเกตได้จากผลการประเมินก่อน และหลัง จากระดับไม่ผ่านเกณฑ์มาสู่ระดับดีมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ควรมีการให้ความรู้ ฝึกอบรมในเรื่องอนามัยสิ่งแวดล้อมภายในวัดที่ถูกต้อง เพราะการให้ความรู้ จะเป็นการสร้างให้เกิดความตระหนัก และใส่ใจกับสิ่งแวดล้อมภายในวัด ซึ่งหากมีความรู้ที่ถูกต้องแล้ว ก็อาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัดอย่างยั่งยืน

2. กิจกรรมที่ไม่สามารถดำเนินการเองได้ จากกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม เช่น การจัดหาถังขยะแยกประเภท การจัดหาถังเก็บน้ำสำรอง การจัดทำธนาคารน้ำใต้ดิน ต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานอื่น เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้การสนับสนุนทั้งงบประมาณ บุคลากร และวัสดุอุปกรณ์

3. การมีส่วนร่วมของพระภิกษุ สามเณร และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง สามารถกระตุ้นให้มีจิตสำนึกที่ดี และเกิดความกระตือรือร้นในบทบาทหน้าที่ ที่ตนรับผิดชอบ สามารถเผยแพร่การ

จัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัดไปยังวัดที่มีบริบทใกล้เคียงได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาระยะที่ 1 เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาระดับของความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัดเท่านั้น ควรมีการศึกษาหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมีส่วนร่วมเพิ่มเติม

2. ควรมีการศึกษาในขั้นตอนกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในทุก ๆ วัด เป็นการเปิดโอกาสให้ทุกคนร่วมกันค้นหาปัญหาและเสนอแนวทางการพัฒนา เพื่อให้เห็นภาพรวมในระดับตำบล นำมาสู่กระบวนการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในวัดทั้งตำบล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ วัดสะอาด
ชมราวาสสุขใจ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก;
2552.
2. ฐานข้อมูล HosXp PCU. ข้อมูลการเจ็บป่วย
รพ.สต.หินตั้ง. ข้อมูล ณ วันที่ 8 กันยายน
2563. [สืบค้นเมื่อ วันที่ 8 กันยายน 2563].
3. Bloom, B.S., J.T. Hastings and F.G.
Madaus. Handbook on Formative and
Sumative Evaluation of Student Learning.
Mc Graw-Hill Book Company, New York;
1971.
4. Best, J. W. Research in Education.
New Jersey: Prentice hall Inc.; 1997.
5. กรมส่งเสริมคุณภาพสิ่งแวดล้อม. วัดกับการ
จัดการสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ
8 ก.ย.2563], เข้าถึงได้จาก
<https://datacenter.deqp.go.th/service-portal/g-green/thailandgreenreligion/bhudist-and-environment/>.
6. เดชา บัวเทศน์, นิเทศ สนั่นนารี. รูปแบบการ
จัดการสิ่งแวดล้อมในวัดเพื่อการดูแลสุขภาพ
พระสงฆ์ จังหวัดสระบุรี.
ธรรมทรรศน์. 2558; 15(2): 77-85.
7. ปัญญา เทพสิงห์, เกียรติวาท บัญปรการ. การมี
ส่วนร่วมของชุมชนในการอนุรักษ์
ศิลปวัฒนธรรม ชายแดนภาคใต้ : กรณีวัดชล
ธาราสิ่งเห จังหวัดนราธิวาส. วารสาร
ศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
วิทยาเขตหาดใหญ่. 2561; 10(2): 85-111.

การจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทน้ำกากาอนามัยของประชาชนในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชมพูพานเหนือ ตำบลสร้างค้อ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดสกลนคร

ทิพวรรณ แชนเกต¹, ฤทธิรงค์ จังโกฏี², ดาริวรรณ เศรษฐีธรรม³, สุติน ชนะบุญ⁴

(วันที่รับบทความ: 7 สิงหาคม 2565; วันที่แก้ไข: 13 กันยายน 2565; วันที่ตอบรับ: 21 มิถุนายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ระยะ คือ การศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทน้ำกากาอนามัยของชุมชนในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทน้ำกากาอนามัยของประชาชนในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) โดยใช้รูปแบบการวิจัยแบบกึ่งทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงอนุมาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทน้ำกากาอนามัยของประชาชนในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชมพูพานเหนือ อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดสกลนคร โดยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 320 คน

ผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 55.63 มีอายุ 20-39 ปี ร้อยละ 31.88 มีระดับการศึกษาสูงสุดคือชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 95.00 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 97.81 ผลการทดสอบความรู้พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.13 (Mean=12.42, S.D.=0.34) เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการทดสอบความรู้ก่อนและหลังการอบรมพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p=0.01$) ทักษะอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.68 (Mean=4.22, S.D.=0.80) เมื่อทำการเปรียบเทียบระดับทักษะก่อนและหลังการอบรมพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.01$) พฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.08 (Mean=3.27, S.D.=0.82) เมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมก่อนและหลังการอบรมพบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value}<0.01$) นอกจากนี้ยังพบว่าพฤติกรรมในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทน้ำกากาอนามัยของประชาชนบางส่วนยังไม่ถูกต้อง เช่น การรวบรวมน้ำกากาอนามัยใส่ขวดน้ำแล้วทิ้ง การเผาทำลายน้ำกากาอนามัยด้วยตนเอง ถึงแม้จะมีการส่งเสริมและสนับสนุนเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลและองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องแล้ว แต่ยังไม่ชัดเจนหรือถึงระดับที่ชัดเจน ทำให้ต้องทิ้งรวมไปกับมูลฝอยประเภทอื่น ๆ

คำสำคัญ: น้ำกากาอนามัย, มูลฝอยติดเชื้อประเภทน้ำกากาอนามัย, การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

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

² ผู้ช่วยศาสตราจารย์, สาขานามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
E-mail: rittirong@kku.ac.th

³ รองศาสตราจารย์, สาขานามัยสิ่งแวดล้อม คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น,
E-mail: dariwan@kku.ac.th

⁴ อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, E-mail: sutin@scphkk.ac.th
Corresponding Author: ฤทธิรงค์ จังโกฏี, E-mail: rittirong@kku.ac.th

The Management of Infectious Waste in the People's Face Mask Category During the Outbreak of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in the Responsible Area of Ban Chom Phu Phan Nuea Sub-District Health Promoting, Sakon Nakhon Province

Tippawan Hanket¹, Rittirong Junggoth², Dariwan Settheetham³, Sutin Chanaboon⁴

(Received: 7th August 2022; Revised: 13th September 2022; Accepted: 21st June 2023)

Abstract

This research the operation was divided into 2 phases: a study of the management situation; Community mask infectious waste during the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak using a cross-sectional descriptive research method. Analyzed by descriptive statistics. and to study the level of knowledge, attitude and behavior of infectious waste management in the form of face masks of the people during the outbreak of the corona virus infection 2019 (COVID-19) using a quasi-experimental research model. Analyze data with inferential statistics. The objectives were to study and compare knowledge levels, attitudes and management behaviors. Infectious waste such as surgical masks of people during the outbreak of the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak. In the area of responsibility of Ban Chom Phu Phan Nuea Subdistrict Health Promoting Hospital, Phu Phan District, Sakon Nakhon Province by collecting data using a questionnaire from a sample of 320 people.

The results showed that most of the samples were female. 55.63% aged between 20-39 years old, accounting for 31.88%, with the highest level of education is primary school accounted for 95.00 %, most of their main occupations were farmers. accounted for 97.81 percent. The results of the knowledge test found that most of them had knowledge is high representing 83.13 percent (Mean=12.42, S.D.=0.34). When comparing the average scores of knowledge testing before and after training, it found that There was a significant difference at the 0.05 level ($p=0.01$). Have a high level of attitude representing 82.68% (Mean=4.22, S.D.=0.80). When comparing attitude levels before and after training, it was found that There was a significant difference at the 0.05 level ($p\text{-value}<0.01$). Behavior was at a moderate level. representing 63.08% (Mean=3.27, S.D.=0.82). When comparing the behavior level before and after training, it was found that There was a significant difference at the 0.05 level ($p\text{-value}<0.01$).

Also, it was found that the behavior of infectious waste management of people in the area is not correct, such as collecting masks in water bottles and discarding them. Self-burning of masks in the open air Although there has been promotion and support about access to information and knowledge about the management of infectious waste from relevant agencies. but still lacking a clear collection point or bucket causing them to be discarded together with other types of solid waste or burned themselves.

Keywords: Masks, Infectious Solid Waste in the hygienic type, Management of Infectious Waste

¹ Master degree student in Public Health, Faculty of Public Health, Khon Kaen University.

E-mail: tippawanhanket@kkumail.com

² Assistant Professor, Bachelor of Science Program in Environmental Health Faculty of Public Health, Khon Kaen University. E-mail: rittirong@kku.ac.th

³ Associate Professor, Bachelor of Science Program in Environmental Health Faculty of Public Health, Khon Kaen University. E-mail: dariwan@kku.ac.th

⁴ Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen. E-mail: sutin@scphkk.ac.th

Corresponding Author: Rittirong Junggoth, E-mail: rittirong@kku.ac.th

บทนำ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยยืนยันสะสมทั่วโลกกว่าแล้วกว่า 658 ล้านคน และมีจำนวนผู้เสียชีวิตแล้วกว่า 6.67 ล้านคน สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทย ณ เดือนธันวาคม 2565 พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยสะสมกว่า 4.72 ล้านคน และมีจำนวนผู้เสียชีวิตสะสม 33,596 คน¹ องค์การอนามัยโลกจัดเชื้อไวรัสนี้ให้อยู่ในกลุ่มเชื้อกลายพันธุ์ที่น่ากังวล เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะเป็นภัยคุกคามด้านสาธารณสุข เช่น สามารถทำให้เชื้อโรคโควิดติดต่อกันได้ง่ายขึ้น ทำให้เกิดอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรือทำให้เชื้อต้านทานวัคซีนได้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกมาตรการป้องกันและควบคุมโรคโดยการแนะนำให้ประชาชนงดการเข้าพื้นที่เสี่ยง การล้างมือด้วยเจลล้างมือแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะการสวมใส่หน้ากากอนามัย ซึ่งประเภทที่เป็นที่นิยมมากที่สุดนั้นเป็นหน้ากากอนามัยทางการแพทย์ที่ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้ง²

ข้อมูลสถานการณ์มูลฝอยประเภทหน้ากากอนามัยในช่วงการระบาดของโควิด - 19 ในต่างประเทศ พบว่าสหรัฐอเมริกาต้องใช้หน้ากากอนามัยกว่า 89 ล้านชิ้นต่อปี³ ส่วนในสหราชอาณาจักรใช้ราว ๆ 24.37 ล้านชิ้นต่อปี⁴ จีนมีการใช้หน้ากากอนามัยมากที่สุดในภูมิภาคเอเชีย คือ ประมาณ 989 ล้านชิ้นต่อวัน รองลงมาคืออินเดีย ประมาณ 381 ล้านชิ้นต่อวัน และอินโดนีเซีย ประมาณ 159 ล้านชิ้นต่อวัน เมื่อพิจารณาตามภูมิภาคย่อยในทวีปพบว่า เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประมาณ 1,110 ล้านชิ้นต่อวัน รองลงมาคือเอเชียใต้ ประมาณ 648 ล้านชิ้นต่อวัน และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ประมาณ 295 ล้านชิ้นต่อวัน ตามลำดับ⁵ สำหรับประเทศไทยนั้น มีอัตราการผลิตหน้ากากอนามัยประเภทที่ใช้ครั้งเดียวแล้วทิ้งเพิ่มขึ้นจาก 8 แสนชิ้นต่อวัน เป็น 1.56 ล้านชิ้นต่อวัน โดยมีการจัดสรรให้สถานพยาบาลจำนวน 0.8

ล้านชิ้นต่อวัน และประชาชนทั่วไปจำนวน 0.76 ล้านชิ้นต่อวัน ทำให้มีปริมาณมูลฝอยประเภทหน้ากากอนามัยเกิดขึ้นกว่า 10 ล้านชิ้นต่อวัน หากได้รับการจัดการที่ไม่ถูกต้องอาจส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมได้ เช่น การทิ้งหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วปะปนกับมูลฝอยอื่น การเทกองทิ้งไว้ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุทำให้เชื้อโรคกระจายสู่สิ่งแวดล้อมระบบนิเวศ และมนุษย์ได้ในที่สุด ซึ่งพบปัญหาเหล่านี้ในจีนและฮ่องกงแล้วในปัจจุบัน⁶

โดยข้อมูลจากรายงานสถานการณ์มลพิษของประเทศไทย พบว่ามีปริมาณมูลฝอยติดเชื้อเกิดขึ้นเฉลี่ย 55,514.33 ตันต่อปี ได้รับการจัดการอย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ร้อยละ 93.02 และกำจัดไม่ถูกต้องอีกร้อยละ 6.98 ส่วนใหญ่เกิดจากสถานพยาบาลขนาดเล็กและครัวเรือนที่มีผู้ป่วย⁷ โดยเฉพาะมูลฝอยติดเชื้อที่เกิดจากผู้ป่วยในชุมชนส่วนใหญ่ถูกทิ้งรวมไปกับมูลฝอยประเภทอื่น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ที่ปฏิบัติงานเก็บขนและการคัดแยกมูลฝอยทั่วไป อีกทั้งยังเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อโรคซึ่งมีผลต่อสุขภาพของประชาชนและสิ่งแวดล้อมในบริเวณนั้นๆ⁸

หน้ากากอนามัยหลังการใช้งานแล้วมีความเสี่ยงในการเป็นมูลฝอยติดเชื้อหากผู้ใช้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อดังกล่าวและเป็นภาระให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการจัดการเนื่องจากประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศไทยไม่มีการคัดแยกประเภทมูลฝอยก่อนทิ้ง เพราะขาดความรู้ความเข้าใจในการคัดแยกมูลฝอยอย่างถูกวิธีและยังไม่เห็นความสำคัญของการคัดแยกมูลฝอย⁹ รวมถึงประชาชนมีความรู้ในการจัดการมูลฝอยอยู่ในระดับปานกลาง แต่อย่างไรก็ตามประชาชนส่วนใหญ่ยังต้องการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยอย่างถูกวิธีและเสนอให้มีการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการอย่างถูกวิธี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชุมชนเหนือจัดการมูลฝอยติดเชื้อในสถานการณ์ปกติโดยการส่งไปกำจัดยังโรงพยาบาลแม่ข่าย แต่ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโควิด-19 ทำให้ปริมาณมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่รับผิดชอบเพิ่มปริมาณมากขึ้น โดยเฉพาะมูลฝอยติดเชื้อ

ประเภทหน้ากากอนามัยที่เกิดทุกระบวน ส่งผลให้เกิดปัญหาเรื่องการบริหารจัดการตามมาจากการลงพื้นที่โดยการสอบถามอย่างไม่เป็นทางการจากประชาชนในพื้นที่ร่วมกับการศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ปัญหาหลักมาจากการขาดระบบการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนที่ครบวงจร และการขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบและการจัดการมูลฝอยติดเชื้อของประชาชน¹⁰

จากข้อมูลข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยของประชาชนในช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 (โควิด-19) ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชมพูพานเหนือ เพื่อลดความเสี่ยงจากผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่อาจจะเกิดมาจากการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยที่ไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชมพูพานเหนือ

2) เพื่อศึกษาระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยของประชาชนในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

3) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ก่อนและหลังการอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยของประชาชนในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยโดยคำนึงถึงปัจจัยด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะที่อยู่อาศัย และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชนร่วมกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย

ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชมพูพานเหนือ ตำบลสร้างค้อ อำเภอกุพพาน จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยของประชาชนในช่วงที่มีการระบาดของโควิด 19 (โควิด-19) ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชมพูพานเหนือ ตำบลสร้างค้อ อำเภอกุพพาน จังหวัดสกลนคร แบ่งการดำเนินงานออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยของประชาชนในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และระยะที่ 2 ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยของประชาชนในช่วงที่มีการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ร่วมกับการแจกสื่อความรู้ โดยการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมก่อนและหลังการอบรม

ประชากร

ประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชมพูพานเหนือ ตำบลสร้างค้อ อำเภอกุพพาน จังหวัดสกลนคร จำนวน 2,739 คน¹⁸

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรของ Daniel¹⁵ โดยกำหนดค่าสัดส่วนประชากรของปัญหาที่เกี่ยวข้องคือ ร้อยละที่ไม่มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อออกจากมูลฝอยประเภทอื่นเท่ากับ 37.55¹⁷ และกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ

318.55 คน เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมจึงใช้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 320 คนและเมื่อได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างแล้วคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วนกับประชากร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาเอง แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเบื้องต้น เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่างจำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ ลักษณะที่อยู่อาศัย และระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจการใช้หน้ากากอนามัย เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ชนิดและปริมาณการใช้หน้ากากอนามัย

ส่วนที่ 3 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัย เป็นข้อคำถามแบบถูกผิดจำนวน 15 ข้อ คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน มีเกณฑ์การแปลผล คือ คะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 60 (0-8 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับต่ำ, ร้อยละ 60-79 (9-11 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับปานกลาง และตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป (12-15 คะแนน) หมายถึง มีความรู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 4 ทศนคติเกี่ยวกับการจัดการหน้ากากอนามัย เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า และมีเกณฑ์ในการวัด แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนความคิดเห็น 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ในข้อคำถามเชิงบวก และ 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ ในข้อคำถามเชิงลบ และมีการแปลผล คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีทัศนคติในระดับต่ำ, 2.34-3.66 หมายถึง มีทัศนคติในระดับปานกลาง และ 3.67-5.00 มีทัศนคติในระดับสูง

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบจำนวน 12 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า และมีเกณฑ์ในการวัด แบ่งออกเป็น 5 ระดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ ในข้อคำถามเชิงบวก และ 1, 2, 3, 4 และ 5 ตามลำดับ ในข้อคำถามเชิงลบ และมีการแปลผล คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับต่ำ, 2.34-3.66 หมายถึง มีพฤติกรรมในระดับปานกลาง และ 3.67-5.00 มีพฤติกรรมในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ค่า IOC อยู่ในช่วง 0.67 - 1.00 การทดสอบค่าคงที่ภายในโดยใช้ KR-20 ตามหลักการของ Kuder-Richardson มีค่าเท่ากับ 0.70 และทดสอบค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach's alpha coefficient ในกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริงจำนวน 30 คน (ตำบลหูละลา อำเภอกุฉินารายณ์) ได้ค่าเท่ากับ 0.76 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่เชื่อถือได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ โดยการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำการติดต่อประสานงานกับผู้บริหารท้องถิ่นและกลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในพื้นที่รับผิดชอบของรพ.สต.บ้านชมพูพานเหนือ และแจกแบบสอบถามก่อนการจัดอบรมประมาณ 30 วัน และเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากการจัดกิจกรรมประมาณ 15 วัน

ระยะที่ 2 การศึกษาคะแนนความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภท หน้ากากอนามัยของประชาชน โดยการเปรียบเทียบ คะแนนก่อนและหลังการอบรม พร้อมกันนี้ได้นำผลการวิเคราะห์ทั้งในภาพรวมและรายประเด็นมาเป็น ข้อมูลในการกำหนดแนวทางการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในระดับท้องถิ่นต่อไป

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติ Paired t-Test เพื่อทดสอบความแตกต่างของปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม ก่อนและหลังการอบรม เรื่องการจัดการมูลฝอยติดเชื้อในกลุ่มตัวอย่าง เดียวกันโดยวัดสองครั้ง และกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้การยกเว้นจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น หนังสือรับรองเลขที่ HE642297 ลงวันที่ 21 มกราคม 2565

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.63 อายุอยู่ในช่วง 20-39 ปี ร้อยละ 31.88 มีสถานภาพสมรส (แต่งงานแล้ว) ร้อยละ 99.06 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 95.00 มีอาชีพหลักคือเกษตรกร 97.81 ครอบครัวมีรายได้เฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 35.63 อยู่อาศัยในบ้านของตนเอง ร้อยละ 95.00 และส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน 31.40 ปี ร้อยละ 30.00

สถานการณ์การจัดการมูลฝอยติดเชื้อในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านฆวนพวนเหนือ มีการคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคมและวัสดุไม่มีคมออกจากกัน โดยการเก็บรวบรวมไว้ในภาชนะรองรับที่ปลอดภัย ตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด¹⁶ จากนั้นจึงรวบรวมไปพักไว้ในสถานที่พักมูลฝอยติดเชื้อ ซึ่งอยู่บริเวณนอกอาคารและเป็นพื้นที่ห่างไกลจากแหล่งน้ำสะอาดและไม่อยู่ในบริเวณที่คนเข้าถึงได้ง่าย ทำการเคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชื้อไปยังจุดรวบรวมตั้งแต่วันที่ 16.30-17.00 น. ของทุกวัน จากนั้นล้างอุปกรณ์เคลื่อนย้ายด้วยน้ำผสมผงซักฟอกและฆ่าเชื้อด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ ก่อนนำไปตากแดดหลังจากการใช้งานในบริเวณที่จัดไว้ โดยเฉพาะ จากนั้นจะถูกส่งไปกำจัด ณ สถานที่กำจัดมูลฝอยติดเชื้อของโรงพยาบาลพระอาจารย์แบน อจจโร โดยรถขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อที่ได้รับอนุญาตจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นตามกฎหมายกระทรวงว่าด้วยการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ พ.ศ. 2545 มาขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อทุกวันอังคาร และวันศุกร์ ในเวลาระหว่าง 13.00-16.00 น.

ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า ผลการทดสอบความรู้ก่อนอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.57 คะแนน (S.D. = 0.36) คิดเป็นร้อยละ 70.44 และผลการทดสอบความรู้หลังอบรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยในระดับสูง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 12.42 คะแนน (S.D. = 0.34) คิดเป็นร้อยละ 82.81 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย

ระดับ ทัศนคติ	ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม								t	df	p-value
	ก่อนการอบรม (n=320)				หลังการอบรม (n=320)						
	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.			
ต่ำ	1	0.31			0	0.00					
ปานกลาง	170	53.13	10.57	1.77	54	16.88	12.42	1.71	3.26	319	0.01*
สูง	149	46.56			266	83.13					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่าในทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยก่อนการอบรมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.48, S.D.=1.21) คิดเป็นร้อยละ

70.15 ส่วนทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยหลังการอบรมอยู่ในระดับสูง (Mean=4.22, S.D.=0.80) คิดเป็นร้อยละ 82.68 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและร้อยละของทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย

ระดับ ทัศนคติ	ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม								t	df	p-value
	ก่อนการอบรม (n=320)				หลังการอบรม (n=320)						
	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.			
ต่ำ	16	5.00			4	1.25					
ปานกลาง	224	70.15	3.48	1.21	60	16.07	4.22	0.80	8.33	319	<0.01*
สูง	80	25.00			256	82.68					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พฤติกรรมการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่าพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยก่อนการอบรมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.15, S.D.=1.23)

คิดเป็นร้อยละ 65.45 ส่วนพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยหลังการอบรมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean=3.27, S.D.=0.82) คิดเป็นร้อยละ 63.08 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและร้อยละของพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย

ระดับ ทัศนคติ	ผลการเปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม								t	df	p-value
	ก่อนการอบรม (n=320)				หลังการอบรม (n=320)						
	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.	จำนวน	ร้อยละ	Mean	S.D.			
ต่ำ	40	12.50			39	12.19					
ปานกลาง	209	65.45	3.15	1.23	202	63.08	3.27	0.82	7.66	319	<0.01*
สูง	71	22.05			79	24.73					

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชมพูพานเหนือ อำเภอกุพพาน จังหวัดสกลนคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง ทั้งก่อนและหลังการอบรมโดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.57 และ 12.42 คะแนน ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าประชาชนในพื้นที่ค่อนข้างมีองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อและหน้ากากอนามัย ทั้งนี้ เนื่องจากหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ ได้แก่ เทศบาลตำบลสร้างค้อและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชมพูพานเหนือ ส่งเสริมและสนับสนุนการเข้าถึงแหล่งความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและสิ่งแวดล้อมทั้งในระดับบุคคล ครัวเรือน และชุมชนเป็นประจำและสม่ำเสมอ จากผลการศึกษาข้างต้นสอดคล้องกับการศึกษาของ สวรรยา ธรรมอภิพล¹¹ ที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการจัดการหน้ากากอนามัยของชุมชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 พบว่า องค์ความรู้ของประชาชนเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งผลเชิงบวกต่อพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย นอกจากนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ก็มีส่วนสำคัญต่อการเข้าถึงความรู้ของประชาชน ผ่านการส่งเสริมและสนับสนุนข้อมูลข่าวสารและสื่อความรู้ในรูปแบบต่าง ๆ

ผลการศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยของประชาชน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับทัศนคติ

เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยอยู่ในระดับสูง สัมพันธ์กับระดับความรู้ที่อยู่ในระดับสูงเช่นกัน ประชาชนเห็นว่าการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะติดเชื้อตั้งแต่ต้นทาง นั้นมีความสำคัญต่อการจัดการในระดับต่อไป และต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่จัดกิจกรรมเกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อเพื่อเพิ่มเติมองค์ความรู้ในการจัดการขยะติดเชื้อในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของ ประสาท รุจิรัตน์¹² ที่บอกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสูง จะมีทัศนคติเชิงบวกต่อการจัดการมูลฝอยติดเชื้อมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนรู้น้อยกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ วันวิสาข์ คงพิรุณ¹³ ที่พบว่าความรู้และทัศนคติที่ดีในการจัดการขยะมูลฝอยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการขยะมูลฝอยของประชาชนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาระดับพฤติกรรมจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยของประชาชนในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านชมพูพานเหนือ อำเภอกุพพาน จังหวัดสกลนคร พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมเกี่ยวกับการจัดการมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยอยู่ในระดับปานกลาง โดยยังมีกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การรวบรวมหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วใส่ลงไปในขวดน้ำแล้วทิ้งในถังขยะ การทิ้งหน้ากากอนามัยลงในถังขยะชุมชน

โดยไม่ได้มีการคัดแยก หรือแม้แต่การกำจัด หน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วเองด้วยการเผาในที่โล่งแจ้ง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สวรรยา ธรรมอภิพล¹¹ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ กำจัดหน้ากากอนามัยที่ใช้แล้วโดยวิธีการเผาด้วยตนเอง ซึ่งยัง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ตรีรัก กิณวงษ์¹⁴ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการจัดการ หน้ากากอนามัยในช่วงสถานการณ์โควิด 19 ที่ถูกต้องอยู่ในระดับน้อย

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าพฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของประชาชนในพื้นที่ยังไม่ถูกต้อง เช่น การรวบรวมหน้ากากอนามัยใส่ขวดน้ำแล้วทิ้ง การเผาทำลายหน้ากากอนามัยในที่โล่งด้วยตนเอง ทั้งนี้พฤติกรรมเหล่านี้ ควรได้รับการปรับเปลี่ยนหรือตกลงร่วมกัน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงของการเกิดผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมที่อาจเกิดขึ้นได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปร เกี่ยวกับการจัดการขยะติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัย เช่น ระดับการมีส่วนร่วมในการจัดมูลฝอยติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยของประชาชน

2. ควรมีการศึกษาการคัดแยกหน้ากากอนามัยที่ผ่านการใช้แล้วตั้งแต่ต้นทาง กลางทาง และปลายทาง เพื่อพัฒนาแนวทางการจัดการอย่างถูกต้องและเหมาะสมในทุกระดับ พร้อมทั้งสำรวจ ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการคัดแยก เพื่อ ส่งเสริมและสนับสนุนในส่วนที่ประชาชนต้องการ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ฤทธิรงค์ จังโกฏี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ คณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่าน ซึ่งได้ ให้คำปรึกษา แนะนำแนวคิดที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับ งานวิจัย ตลอดจนช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่อง ต่าง ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต้องการตามหลักวิชาการ ขอขอบคุณสาธารณสุขอำเภอภูพาน เทศบาลตำบล สร้างค้อ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านขมภู

พานเหนือ ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Worldmoter. [Internet]. COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC. [cited 2022 Dec 20]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>
2. กรมควบคุมโรค. [อินเทอร์เน็ต]. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 [COVID-19] มาตรการสาธารณสุข และ ปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคใน ผู้เดินทาง. [เข้าถึงเมื่อ 20 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
3. Xiang, Q. Song, W. Gu. Decontamination of surgical face masks and N95 respirators by dry heat pasteurization for one hour at 70°C Am. J. Infect. Control. 2020; 48: 880-882.
4. Liebsch. [Internet]. The Rise of the Face Mask: What's the Environmental Impact of 17 million N95 Masks? Ecochain. [cited 2020]. Available from: <https://ecochain.com/knowledge/footprint-face-masks-comparison/>
5. Sarawut Sangkham. Face mask and medical waste disposal during the novel COVID-19 pandemic in Asia Case Stud. Chem. Environ. Eng., 2 2020; Article 100052.
6. กรรณิการ์ ธรรมพานิชวงศ์ และวิชสิณี วิบุลผลประเสริฐ. [อินเทอร์เน็ต]. ฮาวทูทิ้ง: ทิ้งหน้ากากอนามัยอย่างไรให้

- ปลอดภัยกับสังคมและสิ่งแวดล้อม.
[เข้าถึงเมื่อ 21 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้
จาก: <https://tdri.or.th/2020/04/how-to-dispose-of-used-face-mask/>
7. กรมควบคุมมลพิษ. รายงานสถานการณ์
มลพิษของประเทศไทย ปี 2562.
กรุงเทพฯ: บริษัท สไตส์ครีเอทีฟแฮร์ส
จำกัด; 2563.
8. ประชุมพร กวีกรณ, นารถฤดี กุลวิเศษณ์
และอำนาจ เหมลา. การพัฒนารูปแบบ
การจัดการขยะติดเชื้อในจังหวัดยโสธร.
วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน
มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560; 5(4):
703-128.
9. สวรรยา ธรรมอภิพล, กรวรรณ ม่วงลับ
และนงลักษณ์ สืบนาค. ความรู้ในการ
จัดการขยะอิเล็กทรอนิกส์ในครัวเรือนของ
ชุมชนบ้านตลาดเขต จังหวัดกาญจนบุรี.
Veridian E-Journal, Silpakorn
University. 2560; 10(3):
1630-1642.
10. วันวิสาข์ คงพิรุณ, สรัญญา ถูป้อม และ
วิโรจน์ จันท. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม
การจัดการขยะในหมู่บ้านโป่งปะ ตำบล
แก่งโสภา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก.
วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2060;
26(2): 310-21.
11. สวรรยา ธรรมอภิพล, จารุมนต์ ดิษฐ์
ประพัทธ์ และปภากร กลิ่นศรีสุข.
ความรู้และพฤติกรรมในการจัดการขยะ
ติดเชื้อประเภทหน้ากากอนามัยของชุมชน
บ้านกลาง-ไผ่ขาดจังหวัดนครปฐม ในช่วง
วิกฤตการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโร
นา 2019 (โควิด19). วารสารนวัตกรรม
และการจัดการ. 2564; 6(1): 37-50.
12. ประสาท รุจิรัตน์. ปัจจัยที่มีผลต่อ
พฤติกรรมการจัดการขยะติดเชื้อของ
บุคลากรโรงพยาบาลวังน้ำเขียว. วารสาร
วิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ. 2562; 5(2):
35-52.
13. วันวิสาข์ คงพิรุณ, สรัญญา ถูป้อม และ
วิโรจน์ จันท. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม
การจัดการขยะในหมู่บ้านโป่งปะ ตำบล
แก่งโสภา อำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก.
วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2560;
26(2): 310-21.
14. ตรีรัก กิณวงษ์. พฤติกรรมการจัดการ
จัดการหน้ากากอนามัยของประชาชนใน
กรุงเทพมหานคร. การศึกษาอิสระ
หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขา
การจัดการสิ่งแวดล้อม, คณะบริหารการ
พัฒนาสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนา
บริหารศาสตร์; 2563.
15. Daniel WW. Biostatistics: Basic
Concepts and Methodology for the
Health. 2010.
16. กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการพัฒนา
สถานบริการสาธารณสุขให้ได้มาตรฐาน
ด้านการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ (ฉบับ
ปรับปรุง). สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรม
อนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
17. ประจวบ แสงดาว และวิสาชา ภูจินดา.
การพัฒนารูปแบบการจัดการมูลฝอยติด
เชื้อในชุมชน เขตสุขภาพที่ 4. The
Southern College Network Journal
of Nursing and Public Health. 2022;
9(2): 193-207.
18. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน
ชมพูพานเหนือ. จำนวนประชากรในเขต
พื้นที่รับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลบ้านชมพูพานเหนือ; 2564.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอnáนาหว จังหวัดเพชรบูรณ์

ปิยะพงศ์ แก้วคง¹, สุทิน ชนะบุญ², ลำพึง วอนอก³

(วันที่รับบทความ: 19 กันยายน 2565 ; วันที่แก้ไข: 2 มกราคม 2566 ; วันที่ตอบรับ 4 มีนาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอnáนาหว จังหวัดเพชรบูรณ์ กลุ่มตัวอย่างคืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 230 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ทุกข้อมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไปและค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด การถดถอยลอจิสติกอย่างง่ายและการถดถอยพหุลอจิสติก

ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี ร้อยละ 81.74 (95%CI: 76.12 ถึง 86.51) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงระดับสูงจะมีพฤติกรรมที่ดีเป็น 3.21 เท่าของระดับต่ำและปานกลาง (Adjusted OR=3.21,95%CI;1.25-8.27, p-value=0.015) การรับรู้ความรุนแรงระดับสูงจะมีพฤติกรรมที่ดีเป็น 3.43 เท่าของระดับต่ำและปานกลาง (Adjusted OR = 3.43 , 95%CI ; 1.34-8.74, p-value=0.010) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคระดับสูงจะมีพฤติกรรมที่ดีเป็น 3.25 เท่าของระดับต่ำและปานกลาง (Adjusted OR=3.25,95%CI; 1.19-8.83, p-value=0.021) แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคระดับสูงจะมีพฤติกรรมที่ดีเป็น 3.01 เท่าของระดับต่ำและปานกลาง (Adjusted OR=3.01, 95%CI; 1.13-7.95, p-value=0.026)

ดังนั้น บุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริมให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้มีการรับรู้ด้านต่าง ๆ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ถูกต้อง

คำสำคัญ: พฤติกรรมการป้องกันโรค, ความเชื่อด้านสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การรับรู้

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์ และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: 63202501010@scphkk.ac.th

² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

³ อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: lampung@scphkk.ac.th

Corresponding Author: สุทิน ชนะบุญ, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

Factors Affecting Preventive Behaviors of Coronavirus Disease-2019 of Village Health Volunteers at Namnao District in Phetchabun Province

Piyapong Keawkong¹, Sutin Chanaboon², Lumphuang Vonok³

(Receive: 19th August 2022; Revised: 2nd January 2023; Accepted: 4th April 2023)

Abstract

The objective of this analytical cross-sectional research was to examine preventive behavior and factors Influencing preventive behavior of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Questionnaires validated by 3 experts IOC over 0.67 and Cronbach's Alpha coefficient that values of 0.94 were distributed to 230 Village Health Volunteers (VHVs) in Namnao district, Phetchabun province by stratified random sampling. Descriptive statistics such as frequency, percentage, mean, standard deviation, maximum, minimum were used for describing general characteristics and multiple logistic regression was an inferential statistics was used for correlation investigating.

The results found that most of VHVs (81.74%, 95%CI: 76.12 to 86.51) had a preventive behavior of (COVID-19) at a good level. Factors that influenced preventive behaviors of coronavirus 2019 were high level of perceived susceptibility of disease was 3.21 at a medium and low level (Adjusted OR=3.21,95% CI;1.25-8.27, p-value=0.015), high level of perceived severity of disease was 3.43 at a medium and low level (Adjusted OR=3.43, 95% CI; 1.34-8.74, p-value=0.010.), high level of perceived benefits of disease preventive practice was 3.25 at a medium and low level (Adjusted OR=3.25,95% CI; 1.19-8.83, p-value=0.021),high level of health motivation was 3.01 at a medium and low level (Adjusted OR=3.01,95% CI; 1.13-7.95, p-value=0.026).

Therefore, Medical personal should encourage the village health volunteers to get a perception and preventive behaviors about Coronavirus Disease 2019

Keywords: Preventive behavior, Health beliefs, Village health volunteers, Perception

¹ Master of Public health Student in Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: 63202501010@scphkk.ac.th

² Lecturer senior professional level, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

³ Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: lampung@scphkk.ac.th

Corresponding Author: Sutin Chanaboon, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

บทนำ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เกิดขึ้นทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยสถานการณ์การระบาดภายในประเทศมีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น¹ ประเทศไทยมีการควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างต่อเนื่องซึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) นับเป็นบุคลากรด่านหน้าที่สำคัญที่ช่วยเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรค เนื่องจาก อสม.เป็นผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคติดต่อในชุมชนต้องไปสัมผัสกับกลุ่มเสี่ยงซึ่งมีหลายปัจจัยได้แก่ ความรู้ ทักษะการรับรู้ ประสบการณ์และจำนวนปีที่ปฏิบัติงานเป็นต้น จะนำไปสู่พฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดีของบุคคลนั้น² และจากการที่ อสม. เป็นแกนนำสำคัญในการป้องกันโรคจึงควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย การเว้นระยะห่าง การสวมหน้ากากอนามัย การล้างมือบ่อย ๆ การตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย การตรวจหาเชื้อ การใช้แอปพลิเคชันไทยชนะหรือลงทะเบียน ตลอดจนการเป็นแบบอย่างและเชิญชวนประชาชนให้ได้รับการฉีดวัคซีน³ การศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อสม. มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ผลการศึกษาที่อำเภอคลองไทรลาด จังหวัดสุโขทัยอยู่ในระดับดีร้อยละ 60.61⁴ และผลการศึกษาที่เขตเทศบาลเมืองคองหงส์ จังหวัดสงขลาอยู่ในระดับดีร้อยละ 88.45⁵

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

(p-value<0.001)⁶ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. (r=0.298, p-value<0.001)⁷ การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. (r=0.416)⁸ แรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม.ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (p-value<0.001)⁹ โดยปัจจัยดังกล่าวเป็นองค์ประกอบของความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยนำมาศึกษาในครั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่ายังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้เป็นข้อมูลสำหรับส่งเสริมพฤติกรรมและพัฒนา อสม. ให้สามารถสร้างความตระหนักในการมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และเป็นแบบอย่างที่ดีในการมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับประชาชนต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์

รูปแบบการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross – sectional analytical study)

ประชากร

ประชากรในการศึกษาค้างนี้คือ อสม. ที่มีอายุอยู่ระหว่าง 18-60 ปี ที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 360 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือ อสม. อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ การคำนวณขนาดตัวอย่าง ตามสูตรของ Hsieh et al.1998⁹ โดยจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมากำหนดค่า $P_0 = 0.17$, $P_1 = 0.91$, $B = 0.96^{(4)}$, $\alpha = 0.05$, $\beta = 0.1$ ปรับแก้ขนาดตัวอย่างเนื่องจากวิเคราะห์หลายตัวแปรโดยกำหนดค่า $p = 0.8$ คำนวณได้ขนาดตัวอย่าง 230 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิตามโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งของอำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้ศึกษาได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการศึกษาค้างนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้กรอกข้อมูล

ส่วนที่ 2 ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค, การรับรู้ความรุนแรงของโรค, การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค, การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค, แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคและปัจจัยร่วม จำนวน 40 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าระดับการรับรู้ 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ใช้เกณฑ์ในการแปลผลการรับรู้ โดยประยุกต์เกณฑ์ของ Best John, (1981)¹¹ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามค่าเฉลี่ยดังต่อไปนี้

1.00-2.33 คะแนน = ระดับต่ำ

2.34-3.66 คะแนน = ระดับปานกลาง

3.67-5.00 คะแนน = ระดับสูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.จำนวน 7 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่าระดับพฤติกรรมเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ บ่อย เป็นบางครั้ง นาน ๆ ครั้งและไม่ปฏิบัติ ใช้เกณฑ์ในการแปลผลพฤติกรรม โดยแบ่งตามค่าเฉลี่ยออกเป็น 2 ระดับ ดังนี้

1.00-3.99 คะแนน = พฤติกรรมควรปรับปรุง

4.00-5.00 คะแนน = พฤติกรรมระดับดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยวิเคราะห์ความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence : IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงความครอบคลุมในเนื้อหาตลอดจนความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้มีความตรงเชิงเนื้อหาโดยทุกข้อ

มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไปและนำไปทดลองหาค่าความเที่ยง(Reliability)ของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.94

การเก็บและรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำหนาว สาธารณสุขอำเภอ น้ำหนาวและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งของอำเภอ น้ำหนาว พร้อมทั้งนำแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตามรายชื่อที่สุ่มได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 230 คน พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รวมทั้งนัดหมายวันเวลา ในการลงเก็บแบบสอบถามโดยจะเก็บแบบสอบถามในวันที่ประชุมประจำเดือนของ อสม. ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งของอำเภอ น้ำหนาว โดยผู้วิจัยจะเก็บแบบสอบถามด้วยตัวเอง ในระหว่างเดือน สิงหาคม - กันยายน พ.ศ. 2565

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา ด้วยสถิติจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด การวิเคราะห์สถิติ

เชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Simple logistic regression และ Multiple logistic regression

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม วิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ลำดับที่ 23/2565 เลขที่ HE652023 และได้ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลที่ได้ถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 230 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.78 อายุเฉลี่ย 43.5 ปี (S.D.= 7.57) กลุ่มอายุ 40 ถึง 49 ปี มากที่สุดร้อยละ 46.09 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 82.61 มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาปลาย/ปวช. มากที่สุดร้อยละ 36.96 ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 84.78 จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน มีค่ามัธยฐาน 10 ปี (ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 35 ปี) มากที่สุดมีจำนวนปีที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 29.13 จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบส่วนใหญ่ 10-14 หลังคาเรือน ร้อยละ 64.78

อสม. มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมส่วนใหญ่พฤติกรรมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 81.74 (95%CI: 76.12 ถึง 86.51) พฤติกรรมควรปรับปรุง ร้อยละ 18.26 (95%CI: 13.49 ถึง 23.88) ค่าเฉลี่ย 4.42 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.64) (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ 95%CI พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=230)

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน	ร้อยละ	95%CI
ระดับควรปรับปรุง(1.00 -3.99 คะแนน)	42	18.26	13.49 - 23.88
ระดับดี (4.00 -5.00 คะแนน)	188	81.74	76.12- 86.51
Mean(S.D.) :		4.42 (0.64)	

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เรียงจากมากไปหาน้อยดังนี้ (1) อสม.ตรวจวัดอุณหภูมิ “ก่อนเข้า” สถานที่ที่มีผู้คนร่วมทำกิจกรรม เช่น ห้างสรรพสินค้า สถานที่ราชการ ฯลฯ ปฏิบัติบ่อยและปฏิบัติประจำ ร้อยละ 91.74 (2) อสม.สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพบปะคนอื่นปฏิบัติบ่อยและปฏิบัติประจำ ร้อยละ 90.87 (3) อสม. เชิญชวนให้ประชาชนได้รับวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปฏิบัติบ่อยและปฏิบัติประจำ ร้อยละ 90.43 (4) อสม.ล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ก่อนรับประทานอาหารหรือเมื่อสัมผัสสิ่งของที่มีโอกาส

เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ปฏิบัติบ่อยและปฏิบัติประจำ ร้อยละ 89.13 (5) อสม.เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร ในกรณีเข้าไปในที่ชุมชนหรือเสี่ยงการอยู่ในที่แออัดปฏิบัติบ่อยและปฏิบัติประจำ ร้อยละ 86.09 (6) อสม.ลงทะเบียนในสมุดลงทะเบียน “ก่อนเข้า” สถานที่ที่มีผู้คนร่วมทำกิจกรรม เช่น ห้างสรรพสินค้า สถานที่ราชการ ฯลฯ ปฏิบัติบ่อยและปฏิบัติประจำ ร้อยละ 80.44 และ (7) อสม.ตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่ออยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือเมื่อมีอาการเข้าข่ายผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรคปฏิบัติบ่อยและปฏิบัติประจำ ร้อยละ 80 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=230)

ข้อที่	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน(ร้อยละ)				
		ปฏิบัติบ่อยหรือไม่ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยๆ ครั้ง	ปฏิบัติ ประจำ
1	อสม.เว้นระยะห่างอย่างน้อย 1-2 เมตร ในกรณีเข้าไปในที่ชุมชนหรือเสี่ยงการอยู่ในที่แออัด	2 (0.87)	3 (1.30)	27 (11.74)	81 (35.22)	117 (50.87)
2	อสม.สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยเมื่อต้องพบปะคนอื่น	2 (0.87)	0 (0)	19 (8.26)	43 (18.70)	166 (72.17)
3	อสม.ล้างมือด้วยน้ำและสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ก่อนรับประทานอาหารหรือเมื่อสัมผัสสิ่งของที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	2 (0.87)	0 (0)	23 (10.00)	64 (27.83)	141 (61.30)
4	อสม.ตรวจวัดอุณหภูมิ “ก่อนเข้า” สถานที่ที่มีผู้คนร่วมทำกิจกรรม เช่น ห้างสรรพสินค้า สถานที่ราชการ ฯลฯ	2 (0.87)	4 (1.74)	13 (5.65)	58 (25.22)	153 (66.52)
5.	อสม.ตรวจหาเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่ออยู่ในกลุ่มเสี่ยงหรือเมื่อมีอาการเข้าข่ายผู้ป่วยที่สงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้าเกณฑ์สอบสวนโรค	3 (1.30)	3 (1.30)	40 (17.39)	60 (26.09)	124 (53.91)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=230) (ต่อ)

ข้อที่	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน(ร้อยละ)				
		ปฏิบัติน้อยหรือไม่ปฏิบัติเลย	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ปฏิบัติบ่อยๆ ครั้ง	ปฏิบัติ ประจำ
6.	อสม.ลงทะเบียนในสมุดลงทะเบียน “ก่อนเข้า” สถานที่ที่มีผู้คนร่วมทำ กิจกรรม เช่น ห้างสรรพสินค้า สถานที่ราชการ ฯลฯ	3 (1.30)	13 (5.65)	29 (12.61)	66 (28.70)	119 (51.74)
7	อสม.เชิญชวนให้ประชาชนได้รับวัคซีน ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	2 (0.87)	2 (0.87)	18 (7.83)	74 (32.17)	134 (58.26)

2. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยวิเคราะห์ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคลและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยการรับรู้ 6 ด้าน โดยเริ่มต้นวิเคราะห์คร่าวละตัวแปรและนำตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ < 0.25 มาวิเคราะห์หลายตัวแปรพร้อมกัน โดยใช้วิธีจัดตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติออกทีละตัวแปร พบว่า ตัวแปรที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงโดยพบว่าผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในระดับสูงจะมีพฤติกรรมที่ดีเป็น 3.21 เท่า ของผู้ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่ำและปานกลาง (Adjusted OR=3.21, 95%CI: 1.25-8.27, p-value=0.015) การรับรู้ความรุนแรงโดยพบว่าผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงใน

ระดับสูงจะมีพฤติกรรมที่ดีเป็น 3.43 เท่า ของผู้ที่มีการรับรู้ความรุนแรงต่ำและปานกลาง (Adjusted OR=3.43, 95%CI : 1.34-8.74, p-value=0.010) การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคโดยพบว่าผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคในระดับสูงจะมีพฤติกรรมที่ดีเป็น 3.25 เท่า ของผู้ที่มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคต่ำและปานกลาง (Adjusted OR=3.25, 95% CI: 1.19-8.83, p-value=0.021) แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโดยพบว่าผู้ที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคในระดับสูงจะมีพฤติกรรมที่ดีเป็น 3.01 เท่า ของผู้ที่มีแรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคต่ำ และ ปาน กลาง (Adjusted OR=3.01,95% CI: 1.13-7.95, p-value=0.026) ส่วนตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบ การรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค และปัจจัยร่วม พบว่า ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ วิเคราะห์แบบหลายปัจจัย

ปัจจัย	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019				Crude OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	p-value
	ระดับดี (n= 188 คน)		ระดับ ควรปรับปรุง (n= 42 คน)				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การรับรู้โอกาสเสี่ยง							0.015
ระดับสูง	122	93.85	8	6.15	7.85 (3.43-17.95)	3.21 (1.25-8.27)	
ระดับต่ำและปานกลาง	66	66.00	34	34.00	1	1	
การรับรู้ความรุนแรง							0.010
ระดับสูง	168	90.32	18	9.68	11.2 (5.20-24.11)	3.43 (1.34-8.74)	
ระดับต่ำและปานกลาง	20	45.45	24	54.55	1	1	
การรับรู้ประโยชน์ในการ ป้องกันโรค							0.021
ระดับสูง	161	92.53	13	7.47	13.30 (6.15-28.75)	3.25 (1.19-8.83)	
ระดับต่ำและปานกลาง	27	48.21	29	51.79	1	1	
แรงจูงใจด้านสุขภาพใน การป้องกันโรค							0.026
ระดับสูง	153	92.73	12	7.27	10.92 (5.09-23.45)	3.01 (1.13-7.95)	
ระดับต่ำและปานกลาง	35	53.85	30	46.15	1	1	

การอภิปรายผล

พฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อำเภอnáน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า อสม.มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 81.74 (95%CI: 76.12 ถึง 86.51) สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรา มุลทิ (2564)⁴ ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับดี คิดเป็นร้อยละ 60.61 เนื่องจาก อสม.มีบทบาทสำคัญในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร่วมปฏิบัติหน้าที่กับบุคลากรทางการแพทย์ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงส่งผลให้ อสม.ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเองที่ดี

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.อำเภอnáน้ำหนาว จังหวัดเพชรบูรณ์ จากการศึกษาครั้งนี้

การรับรู้โอกาสเสี่ยงมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. เนื่องจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่มีสื่อให้ความสนใจและหน่วยงานต่างๆ ได้มีการให้ข้อมูลในหลากหลายช่องทาง จึงช่วยส่งเสริมให้ อสม. มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมามากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ชูเชตรัตนา และคณะ(2564)¹² พบว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ($p\text{-value} < 0.001$)

การรับรู้ความรุนแรงมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในปัจจุบัน ที่มีการเผยแพร่ข้อมูลที่มีการกล่าวถึงความรุนแรง เช่น การเจ็บป่วยและการเสียชีวิตเมื่อติดเชื้อ เป็นโรคอุบัติใหม่ที่ทำให้ อสม.ตระหนักถึงความรุนแรงของโรคมามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2020)⁸ พบว่าการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับบทบาทการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของ อสม. ($r=0.416$)

การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. เนื่องจากประโยชน์ของการปฏิบัติตนที่บุคคลสามารถรับรู้ได้เพื่อป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น หากไม่ติดเชื้อ จะไม่สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษา ไม่สูญเสียเวลาในการรักษา และกักตัว ไม่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความพิการหรือเสียชีวิตจากการติดเชื้อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาภรณ์ วงธิ (2564)¹² ได้ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.จังหวัดสุโขทัยพบว่า การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.จังหวัดสุโขทัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

แรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรคมีผลต่อพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. เนื่องจากสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติ ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและการได้รับ

อิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยกระตุ้นให้บุคคลนั้น ๆ มีพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม การที่บุคคลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดโรคและลดความรุนแรงที่เกิดจากการป่วยจะทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สรรวุฒิ เอี่ยมนุ้ย(2021)⁹ พบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามบทบาท อสม.ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (p-value < 0.001)

การศึกษานี้ พบว่า เพศ อายุ สภาพสมรรถนะการศึกษา อาชีพ จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและปัจจัยร่วม ไม่มีผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. อำเภอ้านานาว จังหวัดเพชรบูรณ์ แตกต่างจากการศึกษาหลายเรื่องพบว่า เพศ อายุ สภาพสมรรถนะการศึกษา อาชีพ จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบและปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและปัจจัยร่วม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างไรก็ตามพบว่า บทบาทของ อสม. ในแต่ละสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดภายในประเทศช่วงที่มีนโยบายปิดเมืองและช่วงมาตรการผ่อนปรนนั้นมีความแตกต่างกัน การศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในช่วงมาตรการผ่อนปรนซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคและปัจจัย

ร่วม ส่งผลให้พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรทางการแพทย์ควรส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพให้แก่ อสม. โดยเน้นเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคและแรงจูงใจด้านสุขภาพในการป้องกันโรค เพื่อสร้างความตระหนักในการส่งเสริมดูแลสุขภาพและป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณโรงพยาบาลน้ำหนาว และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในเขตอำเภอน้ำหนาว ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณ อสม. และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ขอขอบคุณ ดร.วรรณศรี แวงงาม ผู้สนับสนุนทุนส่วนหนึ่งในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>.
2. Becker. The Health Belief Model and Sick Role Behavior. Health Education & Behavior. 1974; 2(4): 409-419. doi:10.1177/109019817400200407.

3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรมควบคุมโรค ขอความร่วมมือประชาชนเคร่งครัดมาตรการ D-M-H-T-T-A. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=19035&deptcode=brc>.
4. จิตรา มุลทิ. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอกงไกรลาศ จังหวัดสุโขทัย. 2564; 27(2): 5-14.
5. อภิชาติ อินทเจริญ, คันธมานท์ กาญจนภูมิ, กัลยา ต้นสกุล, สุวรรณ ปัตตะพัฒน์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 ของประชาชนในเขต เทศบาลเมืองคอหงส์ จังหวัดสงขลา. วารสาร สภาการสาธารณสุขชุมชน. 2564; 3(2): 19-30.
6. สุภาภรณ์ วงธิ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์เสนอบัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2564.
7. นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์. ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสร้างเสริม สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน (อสม.) [วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.
8. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นกษา สิงห์วีระธรรม, นวพร ดำแสงสวัสดิ์. ความสัมพันธ์ระหว่าง การรับรู้ความรุนแรงของโรคต่อบทบาทการ ดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในประเทศไทย. วารสาร สถาบันบำราศนราดูร. 2563; 14(2): 92-103.
9. สรวุฒิ เอี่ยมนัย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติ งามตามบทบาทอาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในการเฝ้าระวังและป้องกัน โรคโควิด-19 อำเภอกงไกรลาศ จังหวัด สุโขทัย. 2564; 1(2): 75-90.
10. Hsieh FY and faculty. [Internet]. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression; 1998 [cited 2021]. Available from: <https://core.ac.uk/download/pdf/205199338.pdf>.
11. Best John. Research in Education. 3rd ed. Englewood cliffs, New Jersey Prentice. Hall Inc.; 1981.
12. สุภาภรณ์ ชูเชิดรัตน์, จารุเนตร ศรีคำสุข, ชญานันท์ ผาคำ, ธัญวรรณ์ เทพอุดม, ปิยมน พวงคำ, พันธิภา หมั่นโกฏี และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การป้องกันโรค โควิด-19 ของพนักงานรักษาความปลอดภัย มหาวิทยาลัยนเรศวร. 2564; 15(2): 78-89.

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสนามสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

กฤษฎาภรณ์ เรืองสุวรรณ¹, ฤทธิชัย สามะหาดไทย¹, ลลิตภัทร ธิรัตน์บุญ²

(วันที่รับบทความ: 20 ตุลาคม 2565; วันที่แก้ไข: 1 พฤศจิกายน 2565; วันที่ตอบรับ: 20 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในโรงพยาบาลสนามสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสนามสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จำนวน 84 คน ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไป ภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิตเบื้องต้น การประเมินความเครียดด้วยแบบประเมินความเครียด (ST-5) ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient ของแบบประเมินทั้งชุดเท่ากับ 0.85 การประเมินความเสี่ยงซึมเศร้าด้วยแบบสอบถามคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) วิเคราะห์ความไวร้อยละ 97.3 ความจำเพาะต่ำร้อยละ 45.6 และการรับรู้ปัจจัยกระตุ้นความเครียดด้วยแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงกับเนื้อหาเท่ากับ 0.83 และตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient ของแบบประเมินเท่ากับ 0.75 นำเสนอข้อมูลด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงความชุกของภาวะเครียดเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีภาวะเครียดต่ำกับมีภาวะเครียดปานกลางขึ้นไป โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ และสถิติทดสอบฟิชเชอร์ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความชุกของภาวะเครียดปานกลางขึ้นไปจำนวน 14 ราย ร้อยละ 16.67 ปัจจัยที่สัมพันธ์ระหว่างภาวะเครียดคือวันที่ตอบแบบสอบถามภายใน 4 วันแรก ($p\text{-value}<0.001$) ปัจจัยกระตุ้นความเครียดที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คือ ความกังวลต่อภาระหนี้สินระหว่างรักษาตัว ($p\text{-value}=0.030$) และการถูกมองเป็นคนชอบสังสรรค์ ($p\text{-value}=0.030$)

คำสำคัญ: ภาวะเครียด, โรงพยาบาลสนาม, ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, การตีตราทางสังคม

¹ นิสิตแพทย์ชั้นปีที่ 4, คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร, E-mail: krichpaphopr62@nu.ac.th

² ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว, โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช,

E-mail: Ritthichais62@nu.ac.th, lalipatthiratanaboon@gmail.com

Corresponding Author: ฤทธิชัย สามะหาดไทย, E-mail: Ritthichais62@nu.ac.th

Prevalence and Factors Related to Stress of Corona Virus 2019 Disease Patient Somdejphrajaotaksinmaharaj Field Hospital

Krichpaphop Ruangsuan¹, Ritthichai Samahadthai¹, Lalipat Thiratanyaboon²

(Received: 20th October 2022; Revised: 1st November 2022; Accepted: 20th May 2023)

Abstract

This research is a cross-sectional descriptive research. To study the prevalence and factors associated with stress in patients with the novel coronavirus disease 2019 in Somdejphrajaotaksinmaharaj Field Hospital. The sample group was 84 coronavirus disease 2019 patients admitted to Somdejphrajaotaksinmaharaj Field Hospital, consisting of general characteristics, physical health status. The stress score (ST-5), Cronbach's alpha coefficient the assessment was 0.85. Sensitivity analysis 97.3%, Low specificity 45.6%. The perception of stress factors by questionnaire. Verify content match is equal to 0.83, Cronbach's alpha coefficient of the assessment was 0.75. The data were presented by the number, percentage, mean and standard deviation. Shows the prevalence of stress compared between mild group and moderate stress group. using chi-square test and Fisher's exact test. The study found that 14 patients with the novel coronavirus disease 2019 had a prevalence of moderate stress, 16.67%. Factors associated with stress were the date of questionnaires within the first 4 days (p -value<0.001). The relationship between stress of patients infected with COVID-19 was anxiety about debt during healthcare process (p -value = 0.030) and anxiety from someone feel them like to party or socially (p -value = 0.030)

Keywords: Stress condition, Field hospital, Coronavirus 2019 disease patient, Stigma

¹ Medical Student, Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital Medical Education Center,
E-mail: krichpaphopr62@nu.ac.th

² Department of Family Physician, Somdejphrajaotaksinmaharaj Hospital, E-mail: Ritthichais62@nu.ac.th,
lalipatthiratanyaboon@gmail.com

Corresponding Author: Ritthichai Samahadthai, E-mail: Ritthichais62@nu.ac.th

บทนำ

จากรายงานของ World Health Organization มีรายงานการติดเชื้อ SARS-CoV-2 ครั้งแรกของโลกที่ประเทศจีน ในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562¹ สำหรับประเทศไทยตรวจพบผู้ติดเชื้อรายแรกเมื่อวันที่ 12 มกราคม พ.ศ. 2563 และเกิดระบาดในหลายระลอก ประเทศไทยกำหนดมาตรการในการควบคุมในหลายระดับ กระทั่งถึงระลอกที่สามเป็นการระบาดแบบกลุ่มก้อน (Cluster) ส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อภายในประเทศเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงมีการจัดตั้งโรงพยาบาลสนามเพื่อรองรับผู้ป่วยในพื้นที่ จากรายงานของกรมควบคุมโรค สถานการณ์การแพร่ระบาดในประเทศไทยระลอกที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2564 ถึง 31 ตุลาคม 2564 มีผู้ป่วยยืนยันการวินิจฉัยการติดเชื้อโควิด 19 ทั้งสิ้น 1,818,332 ราย เสียชีวิต 19,448 ราย เฉพาะที่จังหวัดตากซึ่งเป็นพื้นที่ควบคุมสูงสุดและเข้มงวดจำนวน 21,202 ราย เสียชีวิต 322 ราย²

ลักษณะของการระบาดตาม Health Footprint of COVID-19 (เป็นชื่อเฉพาะลักษณะของการระบาดตามรอยของโรค) ในขณะนี้กำลังเคลื่อนเข้าสู่คลื่นลูกที่ 4 จากการระบาดที่ยาวนานส่งผลต่อระบบเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิต ทำให้ประชาชนเกิดความเครียด วิตกกังวลสะสมเรื้อรังเกิดปัญหาสุขภาพจิต และเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเพิ่มขึ้น บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเกิดภาวะเหนื่อยล้าทางอารมณ์ หดโศก และเกิดปัญหาทางสุขภาพจิตตามมา โดยพบว่าอัตราการฆ่าตัวตายมีแนวโน้มสูงขึ้น เมื่อเปรียบเทียบบระหว่างไตรมาสแรกของปี 2562 กับปี 2563 พบว่าจำนวนประชากรที่ฆ่าตัวตายสำเร็จเพิ่มขึ้นประมาณร้อยละ 20³ กรมสุขภาพจิตรายงานว่าความชุกปัญหาสุขภาพจิตภายใต้สถานการณ์การระบาดเพิ่มสูงขึ้น ในเดือนมกราคม 2564 พบ

ปัญหาสุขภาพจิต ได้แก่ ภาวะหมดไฟ ภาวะความเครียดสูง ความเสี่ยงซึมเศร้า ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย และซึมเศร้ารุนแรง ร้อยละ 1.52, 1.44, 13.37, 2.26 และ 0.32 ตามลำดับ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อโควิด 19 มีภาวะเครียดสูงกว่ากลุ่มประชาชนทั่วไปถึง 2 เท่า⁴ ขณะที่ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากการศึกษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าการรับรู้ความเครียดและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในเกณฑ์สูง โดยสัมพันธ์กับเพศ และมีความสัมพันธ์กับการรักษาแบบผู้ป่วยใน⁵ ขณะที่การศึกษาในโรงพยาบาลสนามในประเทศจีนพบว่ามีผู้ป่วยอยู่ในภาวะซึมเศร้า⁶ และในผู้ป่วยที่อาการคงที่ มีอาการเครียดหลังเหตุสะเทือนขวัญที่สัมพันธ์กับตัวโรค มีรายงานว่าร้อยละ 49.8 อาการดีขึ้นเมื่อได้รับบริการทางด้านสุขภาพจิต^{7,8,9}

แม้จะมีการศึกษาปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งในและต่างประเทศ แต่มีน้อยฉบับที่ศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องระหว่างระดับภาวะเครียด กับปัจจัยด้านการรับรู้ความเครียด และเนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วยเป็นปัญหาที่มีความท้าทายและสามารถจัดการหรือลดโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคทางจิตเวชได้ หากได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ได้รับการวางแผนการรักษาที่ตรงกับต้นตอของปัญหาอย่างแท้จริงโดยจิตแพทย์ จึงเกิดแนวคิดที่จะศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสนามสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เพื่อให้ทราบถึงความชุกของภาวะเครียด และปัจจัยกระตุ้นที่ทำให้เกิดความเครียดนั้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนการรักษาและการจัดการเพื่อลดภาวะเครียดให้กับผู้ป่วยในขณะที่ยังรับการรักษาและรักษาหายแล้ว

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความชุกของภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสนามสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสนามสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หมายถึง ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) ที่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส SARS-CoV-2 โดยวิธี RT-PCR ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสนามสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช

โรงพยาบาลสนาม หมายถึง สถานที่ที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลซึ่งเกินศักยภาพการจัดระบบบริการการรองรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลด้วยการจัดตั้งสถานพยาบาลนอกสถานที่

ภาวะเครียด หมายถึง ภาวะที่ไม่สบายใจหรือความกังวล ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญสถานการณ์ที่ไม่ตรงกับความรู้สึกหรือความคาดหวัง โดยใช้แบบประเมินความเครียด (ST-5)

ภาวะเครียดต่ำ หมายถึง ภาวะความเครียดในระดับที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหากับตนเอง สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง ณ โรงพยาบาลสนามสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช อำเภอเมืองตาก จังหวัดตาก ระหว่างวันที่ 14 - 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 รวมระยะเวลา 7 วัน (เนื่องจากทางโรงพยาบาลสนามเปิดให้เก็บข้อมูลได้เฉพาะเวลา จึงมีการเก็บรวบรวมข้อมูลได้

ในระยะเวลาที่สั้น) งานวิจัยฉบับนี้ผ่านการรับรองโครงการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เลขที่โครงการ 20/2564

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสนามสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกประชากรดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

- ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสนามระหว่างวันที่ 14 - 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

- ผู้ป่วยที่ไม่ลงนามยินยอมในหนังสือยินยอมให้ข้อมูล

- ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่อายุต่ำกว่า 15 ปี นับถึงวันที่กรอกแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้วิจัย (Research instrument)

เป็นแบบสอบถามภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยข้อมูลในแบบสอบถามประกอบไปด้วย 2 ตอน ได้แก่

1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
2. แบบประเมินสุขภาพจิตสำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วยคำถาม 3 ส่วนดังนี้

คำถามส่วนที่ 1 แบบประเมินภาวะเครียด (ST-5) ซึ่งกรมสุขภาพจิตแนะนำให้ใช้ตามแนวทางการดูแลจิตใจในโรงพยาบาลสนาม³ เป็นแบบวัดความเครียดฉบับศรีธัญญา พัฒนาโดย อรรพรรณ ศิลปะกิจและคณะ (2551)¹⁰ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยใช้ทดสอบประชากรไทย มีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient ของแบบประเมินทั้งชุดเท่ากับ 0.85¹¹ เครื่องมือนี้เป็นฉบับดั้งเดิมทั้งหมดไม่มีการดัดแปลงเนื้อหาส่วนใด เป็นที่นิยมและยอมรับใช้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้หาความตรงของเนื้อหา ในการศึกษารั้งนี้

คำถามส่วนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) ซึ่งกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

แนะนำให้ใช้ พัฒนาโดย สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และคณะ (2549)¹² เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่ายสำหรับผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป มีความไวร้อยละ 97.3 (95%CI = 95.4 - 97.6%) ความจำเพาะต่ำร้อยละ 45.6 (95%CI = 42.5 - 48.7%) เครื่องมือนี้เป็นฉบับดั้งเดิมทั้งหมดไม่มีการดัดแปลงเนื้อหาส่วนใด เป็นที่นิยมและยอมรับใช้ ผู้วิจัยจึงไม่ได้หาความตรงของเนื้อหา ในการศึกษาครั้งนี้

คำถามส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ภาวะเครียดและปัจจัยกระตุ้นภาวะเครียด ผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สร้างแบบสอบถามครอบคลุมปัจจัยความเครียดทั้ง 4 ด้าน โดยพัฒนาแบบสอบถามมาจาก COVID-19 Public stigma scale มาจาก สุรพล โนชัยวงศ์.COVID-19 Public Stigma Scale (COVID-PSS)¹³ นำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาเท่ากับ 0.83 ทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำแบบสอบถามไปใช้กับผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนามสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ซึ่งไม่รวมกลุ่มตัวอย่างที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย จำนวน 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.75

การวิเคราะห์ข้อมูลแบบประเมินภาวะเครียด (ST-5) คะแนนเต็ม 15 คะแนน แปลผล 3 ระดับดังนี้ 0 – 4 คะแนน คือ ภาวะเครียดต่ำหรือไม่มีภาวะเครียดในระดับที่ก่อให้เกิดปัญหาให้กับตนเอง 5 – 7 คะแนน คือ ภาวะเครียดปานกลางมากกว่า 8 คะแนน คือ ภาวะเครียดสูงในระดับที่อาจส่งผลเสียต่อร่างกาย การวิเคราะห์ข้อมูลแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (2Q) แปลผลว่า เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า หากตอบว่าใช่ข้อใดข้อหนึ่ง

ความเครียดหรือมีแนวโน้มเป็นโรคซึมเศร้า หากตอบว่าใช่ข้อใดข้อหนึ่ง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไปและปัจจัยต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้แก่ ปัจจัยด้านตัวโรคและร่างกาย ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและอาชีพ ปัจจัยด้านติดตามจากสังคม/ชุมชน วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา แสดงผลเป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Chi-square test และ Fisher's exact test วิเคราะห์ปัจจัยข้อมูลทั่วไปที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และวิเคราะห์ปัจจัยกระตุ้นภาวะเครียดที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

จากการเก็บข้อมูลความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โรงพยาบาลสนามสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 87 ราย มีผู้ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน 3 ราย จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามครบถ้วนสมบูรณ์ทั้งหมด 84 ราย

2. ความเครียดในผู้ป่วยติดเชื้อโคโรนา 2019

กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเครียดในระดับต่ำมากที่สุด จำนวน 70 ราย คิดเป็นร้อยละ 83.33 มีภาวะเครียดปานกลาง จำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.47 และมีภาวะเครียดสูง จำนวน 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.20 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความชุกของภาวะเครียด ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=84)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ภาวะเครียดต่ำ	70	83.33
ภาวะเครียดปานกลาง	13	15.47
ภาวะเครียดสูง	1	1.20

ในผู้ป่วยรายที่มีภาวะเครียดสูง เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในช่วงที่ต้องรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง อยู่เดิม ผู้ป่วยขาดยาตั้งแต่ได้รับการยืนยันการตรวจพบเชื้อโควิด 19 ประกอบกับมีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อด้วยทำให้ระดับภาวะเครียดของผู้ป่วยรายนี้เพิ่มมากขึ้น ผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มระดับภาวะเครียดออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีภาวะเครียดต่ำ และกลุ่มที่มีภาวะเครียดปานกลางขึ้นไป

ปัจจัยทั่วไปที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มที่มี

ภาวะเครียดต่ำและกลุ่มที่มีภาวะเครียดปานกลางขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ วันที่ทำแบบประเมินนับจากวันที่ทราบว่าติดเชื้อ (p-value<0.001) โดยในช่วงวันที่ 1-4 วันแรก มีภาวะเครียดในระดับต่ำ 15 ราย ร้อยละ 21.43 มีภาวะเครียดปานกลาง 12 ราย ร้อยละ 85.71 ช่วงวันที่ 5-8 มีภาวะเครียดในระดับต่ำ 27 ราย ร้อยละ 38.57 มีภาวะเครียดปานกลาง 2 ราย ร้อยละ 14.29 และช่วงวันที่ 9-14 มีภาวะเครียดในระดับต่ำ 28 ราย ร้อยละ 40.00 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 สัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับภาวะเครียดของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัย	ภาวะเครียดต่ำ n=70 จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะเครียดปานกลางขึ้นไป n=14 จำนวน (ร้อยละ)	p-value
เพศ			
ชาย	27 (38.57)	5 (35.71)	1.000
หญิง	43 (61.43)	9 (64.29)	
อายุ			
ต่ำกว่า 18 ปี	6 (8.57)	1 (7.14)	0.556
18-59 ปี	51 (72.86)	12 (85.72)	
60 ปี ขึ้นไป	13 (18.57)	1 (7.14)	
Mean $\pm$ S.D.	40.89 $\pm$ 17.21	43.93 $\pm$ 15.66	

ตารางที่ 2 สัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับภาวะเครียดของผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะเครียดต่ำ n=70 จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะเครียดปานกลางขึ้นไป n=14 จำนวน (ร้อยละ)	p-value
สถานภาพ			0.442
โสด	11 (15.71)	4 (28.57)	
คู่/สมรส	56 (80.00)	9 (64.29)	
หม้าย/หย่า/แยกอยู่	3 (4.29)	1 (7.14)	
อาชีพ			0.410
มี	61 (87.14)	11 (78.57)	
ไม่มี	9 (12.86)	3 (21.43)	
สมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อ			0.250
ไม่มี	42 (60.00)	6 (42.86)	
มี	28 (40.00)	8 (57.14)	
โรคประจำตัว			0.760
ไม่มี	57 (81.43)	8 (57.14)	
มี	13 (18.57)	6 (42.86)	
วันที่ทำแบบประเมินนับจากวันที่ทราบว่าติดเชื้อ			<0.001 ^F
1 – 4 วัน	15 (21.43)	12 (85.71)	
5 – 8 วัน	27 (38.57)	2 (14.29)	
9 – 14 วัน	28 (40.00)	0 (0.00)	

F หมายถึง ใช้สถิติ Fisher's Exact test ทดสอบ

จากการศึกษาปัจจัยกระตุ้นภาวะเครียดที่มีความสัมพันธ์กับภาวะเครียดของผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระหว่างกลุ่มที่มีภาวะความเครียดต่ำและภาวะเครียดปานกลางขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและอาชีพ กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลต่อภาระหนี้สินในระหว่างรักษาตัวหรือจากการกู้ยืมเพื่อใช้จ่ายในครอบครัวขณะที่ท่านรักษาตัว (p-value=0.030) และด้านตีตราจากสังคม/ชุมชน

โดยกังวลว่าคนในชุมชนจะมองตนเองเป็นคนที่ชอบเที่ยวสังสรรค์ (p-value=0.030) ความสุขของผู้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยกระตุ้นความเครียดมากที่สุด ได้แก่ ด้านความกังวลว่าจะเป็นผู้แพร่เชื้อให้กับคนในครอบครัวสูงที่สุด 76 ราย ร้อยละ 90.48 รองลงมาคือความกังวลว่าคนในชุมชนกลัวติดเชื้อจากตนเอง 72 ราย ร้อยละ 85.71 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกระตุ้นภาวะเครียดกับภาวะเครียดของผู้ป่วยที่ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ปัจจัย	ภาวะเครียดต่ำ n=70 จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะเครียดปานกลางขึ้นไป n=14 จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ด้านตัวโรคและร่างกาย			
1.กังวลว่าอาการป่วยจะทรุดหนักลง จนเสียชีวิต	37 (52.86)	10 (71.43)	0.250
2.กังวลว่าร่างกายจะไม่สามารถกลับมาเป็นปกติ หลังหายจากโรค	35 (50.00)	10 (71.43)	0.240
ด้านครอบครัว			
1.กังวลว่า ท่านคือผู้แพร่เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับคนในครอบครัว หรือคนในครอบครัวได้รับเชื้อจากท่าน	65 (92.86)	11 (78.57)	0.130
2.กังวลว่า จะไม่มีใครทำหน้าที่ดูแลสมาชิกในครอบครัวแทนท่าน	38 (54.29)	5 (35.71)	0.250
ด้านเศรษฐกิจและอาชีพ			
1.กังวลว่า จะถูกเลิกจ้างงาน หรือสูญเสียอาชีพ/งานที่ทำประจำ	43 (61.43)	12 (85.71)	0.120
2.กังวลว่า จะมีหนี้สินจากการรักษาตัว หรือจากการกู้ยืมเพื่อใช้จ่ายในครอบครัวขณะที่ท่านรักษาตัว	18 (25.71)	8 (57.14)	0.030

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกระตุ้นภาวะเครียดกับภาวะเครียดของผู้ป่วยที่ผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ต่อ)

ปัจจัย	ภาวะเครียดต่ำ n=70 จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะเครียดปานกลางขึ้นไป n=14 จำนวน (ร้อยละ)	p-value
ด้านดีตราจากสังคม/ชุมชน			
1.กังวลว่า คนในชุมชนกลัวติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จากท่าน	58 (82.86)	14 (100.00)	0.200
2.กังวลว่า เมื่อออกจากโรงพยาบาล ชุมชนจะปฏิบัติต่อท่านเปลี่ยนไป	54 (77.14)	14 (100.00)	0.060
3.กังวลว่า คนในชุมชนจะมองท่านเป็นคนที่ชอบเที่ยวสังสรรค์	21 (30.00)	9 (64.29)	0.030
4.กังวลว่า ชุมชนจะมองท่านเป็นคนที่ไม่รับผิดชอบต่อสังคม	36 (51.43)	7 (50.00)	1.000

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าความชุกของภาวะเครียด ในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลสนามสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช อยู่ในภาวะเครียดระดับต่ำซึ่งเป็นระดับที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาให้กับผู้ป่วยร้อยละ 83.33 และอยู่ในภาวะเครียดปานกลางขึ้นไปร้อยละ 16.67 ซึ่งแตกต่างจากรายงานการศึกษาความชุกของภาวะเครียดในผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับอื่นเช่น ที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งประเมินด้วยแบบประเมิน ST-5 เช่นเดียวกันพบภาวะเครียดปานกลางร้อยละ 50¹⁴ หรือที่โรงพยาบาลสนาม Jiangnan Fangcang Shelter Hospital พบภาวะเครียดในระดับปานกลาง 18.6¹¹ หรือการศึกษาความชุกของการรับรู้ความเครียดในผู้ป่วยเขตกรุงเทพมหานครพบภาวะเครียดร้อยละ 30.8¹⁰ ความแตกต่างนี้อธิบายได้จากการศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางในช่วงระยะเวลาสั้นๆ ทำให้กลุ่มตัวอย่างที่ได้มีขนาดเล็กเมื่อเทียบกับการศึกษาฉบับอื่น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามอยู่ในช่วงกลางถึงช่วงท้ายการ

รักษา ซึ่งได้รับการดูแลสุขภาพกายและจิตจากโรงพยาบาลสนามแล้วในระดับหนึ่ง จึงทำให้ระดับความเครียดได้ต่ำกว่าระดับความเป็นจริง อีกทั้งประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่ำ (ร้อยละ 1.85)¹⁵ มีอัตราการหายจากโรคสูง (ร้อยละ 96.2) และการระบาดที่ต่อเนื่องมาถึงระลอกที่ 3 ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์และความเข้าใจกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากกว่าในช่วงแรก ทำให้ความชุกระดับความเครียดอยู่ในเกณฑ์ต่ำ

ผลการเปรียบเทียบลักษณะทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีผู้ติดเชื้อในครอบครัวจะมีภาวะเครียดในระดับปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 7.17 ในขณะที่เดียวกันกลุ่มที่มีผู้ติดเชื้อในครอบครัวมีความเครียดในระดับเดียวกันร้อยละ 9.52 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความวิตกกังวลเรื่องอาการป่วยของสมาชิกในครอบครัวที่ติดเชื้อ มีการตำหนิหรือกล่าวโทษตัวเองว่าทำให้สมาชิกในครอบครัวติดเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความรู้สึกเหล่านี้เป็นกลไกที่เกิดขึ้นตามปกติธรรมชาติของมนุษย์¹⁶ โดยเฉพาะใน

วันแรก ๆ ที่ผู้ป่วยและญาติมีอาการ เนื่องจากบางครอบครัวแยกกันรักษาคนละสถานพยาบาล หรือบางรายมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นเด็กเล็ก หรือผู้สูงอายุ ทำให้มีความกังวลว่าสมาชิกในครอบครัวอาจมีอาการรุนแรงมากกว่าปกติ ปัจจัยด้านวันที่ทำแบบประเมินกับระดับภาวะเครียดพบว่า หากเป็นผู้ป่วยที่ตอบแบบประเมิน ในช่วง 4 วันแรกของการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภาวะเครียดระดับต่ำร้อยละ 17.86 และมีภาวะเครียดระดับปานกลางขึ้นไปร้อยละ 14.29 หากตอบแบบสอบถามในช่วงหลังจากนั้น สัดส่วนผู้ที่มีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไปจะลดลง แต่กลุ่มภาวะเครียดต่ำจะเพิ่มมากขึ้น อธิบายได้ว่าโรงพยาบาลสนามสมเด็จพระเจ้าตากสินฯ มีการจัดกิจกรรมตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต ทั้งกิจกรรมส่วนบุคคล กิจกรรมกลุ่ม การจัดพื้นที่ส่วนกลางเพื่อทำกิจกรรมร่วมกัน รวมถึงการให้คำปรึกษารายบุคคลโดยจิตแพทย์ในรายที่ได้รับการประเมินว่ามีภาวะเครียดปานกลางขึ้นไป กิจกรรมเหล่านี้เป็นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทางใจเพื่อการผ่อนคลายและการดูแลจิตใจของผู้ป่วยในแต่ละวัน จึงทำให้ระดับภาวะเครียดของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลาที่ทำกรามีความแตกต่างกัน^{3,4,14} สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุระ สุพรหมอินทร์ และสุณี อวรรณ¹⁴ พบผู้ป่วยโควิด 19 ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสนาม มีความเครียดลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับการรักษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหนึ่งเกิดจากกระบวนการรับรู้ความเครียด และจัดการความเครียดของผู้ป่วยในแต่ละรายเอง แม้จะมีความแตกต่างในช่วงแรกเริ่มซึ่งขึ้นอยู่กับการตีความ การให้คำ และประสบการณ์ชีวิตและเกราะป้องกันความเครียดเฉพาะบุคคล แต่ส่วนใหญ่ก็มีแนวโน้มความเครียดลดลงเมื่อผ่านเวลาไประยะหนึ่ง¹⁷

การรับรู้ปัจจัยกระตุ้นความเครียดกลุ่มที่มีภาวะเครียดต่ำมีการรับรู้ในเรื่อง ความกังวลต่อภาระหนี้สินในระหว่างรักษาตัว และความกังวลต่อการถูกมองว่าเป็นบุคคลที่ชอบกินเที่ยวสังสรรค์

อาจเป็นด้วยว่ากลุ่มที่มีภาวะเครียดต่ำส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้างทั่วไป ซึ่งเป็นอาชีพที่ต้องมีการติดต่อ พบปะพูดคุยกับบุคคลอื่นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ มีรายได้น้อย ไม่มีรายได้ประจำและมีภาระหนี้สินแต่เดิม อย่างไรก็ตามระดับภาวะเครียดของกลุ่มตัวอย่างจะขึ้นกับช่วงเวลาที่ตอบแบบประเมินความเครียด และมีเพียงปัจจัยภาวะหนี้สินขณะรักษาตัว การถูกมองว่าเป็นบุคคลที่ชอบกินเที่ยวสังสรรค์ เท่านั้นที่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม แต่หากพิจารณาจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ตอบแบบสอบถามจะพบว่า สามอันดับแรกของการรับรู้ปัจจัยความเครียดได้แก่ปัจจัยด้าน เป็นผู้แพร่เชื้อให้กับสมาชิกในครอบครัว คนในชุมชนกลัวติดเชื้อจากตนเอง และกังวลว่าชุมชนและสังคมจะปฏิบัติต่อตนเองเปลี่ยนไปจากเดิม โดยที่สัดส่วนการตอบแบบประเมินของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มไม่ได้แตกต่างกัน หรืออีกนัยหนึ่งอาจกล่าวสองในสามอันดับแรกเป็นปัจจัยในด้านความกังวลต่อการถูกตีตราจากสังคม ซึ่งเป็นไปตามการศึกษาของกรมสุขภาพจิตที่พบว่า การระบาดในปัจจุบันของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทำให้เกิดการตีตราทางสังคม เกิดพฤติกรรมเลือกปฏิบัติที่มีผลต่อผู้ป่วย¹⁸

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ออกแบบกิจกรรมเสริมความเข้มแข็งทางใจ การจัดกิจกรรมกลุ่ม และการปรึกษารายบุคคล ตั้งแต่ช่วงต้นของการเข้ารับการรักษาที่เหมาะสมกับแนวโน้มการรับรู้ความเครียดของผู้ป่วย และต้องมีการเสริมสร้างเทคนิคการผ่อนคลายตามสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนกลับบ้านและเตรียมการรับมือสิ่งที่ต้องเผชิญทั้งมุมบวก และมุมลบเมื่อกลับไปอยู่บ้าน

2. สร้างโมเดลกิจกรรม เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและความเข้าใจของคนในชุมชนที่มีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการบูรณาการความร่วมมือกับทีม MCATT ในพื้นที่เพื่อติดตามและวางแผนการดูแลสุขภาพจิตในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ขยายระยะเวลาในการเก็บข้อมูลให้มากขึ้น เพื่อให้สะท้อนภาพรวมความเครียดของผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้สมบูรณ์มากขึ้น
2. ควรศึกษาภาวะเครียดเมื่อแรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลสนาม เปรียบเทียบกับก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์
3. ศึกษาเพิ่มเติมในประเด็น คุณภาพการนอนหลับ การเกิดภาวะซึมเศร้า ความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย และปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการรับรู้ความเครียดของผู้ป่วยทั้ง 4 ด้าน เพื่อให้เห็นมุมมองทางสุขภาพจิตที่หลากหลายและครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์ ความช่วยเหลือ และการให้คำปรึกษาจากหน่วยงานต่าง ๆ ภายในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ผู้ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช และบุคลากรหลายๆท่านที่ให้ความกรุณาต่อผู้ทำวิจัยที่ได้ให้คำแนะนำทุกขั้นตอนในการศึกษารายวิชาวิจัยทางการแพทย์พื้นฐาน การวางแผนการศึกษา การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในการวิจัย การตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆของงาน ตลอดจนการเขียนรายงานและรูปเล่มวิจัย ขอขอบพระคุณที่ให้ความช่วยเหลือ และคอยอำนวยความสะดวกในการติดต่อประสานงานในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 8]. Available from: <https://www.who.int/Thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/q-a-on-covid-19/q-a-on-covid-19-general>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนผู้ติดเชื้อโควิด-19 รายใหม่และสะสม. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 5 พ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/scoreboard/scoreboard_09112564.pdf
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 พ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/files/แนวทางการฟื้นฟูจิตใจในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา%202019.pdf>
4. กองบริหารระบบบริการสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลจิตใจในโรงพยาบาลสนาม [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 พ.ย. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/covid19/pnews/files/แนวทางการดูแลจิตใจในโรงพยาบาลสนาม%20ฉบับปรับปรุงครั้งที่%201.pdf>

5. วรินทร์พิศ สว่างศรี, นันทยุทธ หะสิตะเวช, ชลธิชา แยมมา, ณัฐปพน รัตนตรัย, ดุชนิ จิงศิริกุลวิทย์. ความชุกของการรับรู้ ความเครียด ภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคโควิด 19 เขต กรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 8 พ.ย. 2564]. 29(2): 114-24.
6. Dai LL, Wang X, Jiang TC, Li PF, Wang Y, Wu SJ, et al. Anxiety and depressive symptoms among COVID-19 patients in Jiangnan Fangcang Shelter hospital in Wuhan, China. [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 8]. Available from: <https://journals.plos.org/plosone/article/article?id=10.1371/journal.pone.0241114>
7. Bo HX, Li W, Yang Y, Wang Y, Zhang Q, Cheung T, et al. Posttraumatic stress symptoms and attitude toward crisis mental health services among clinically stable patients with COVID-19 in China. [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 8]. Available from: <https://doi.org/10.1017/S0033291720000999>
8. Chua SE, Cheung V, McAlonan GM, Cheung C, Wong JW, Cheung EP, et al. Stress and psychological impact on SARS patients during the outbreak. Can J Psychiatry. [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 8]. 49(6): 385-39. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/070674370404900607>
9. Wu KK, Chan SK, Ma TM. Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acuterespiratory syndrome (SARS). J Trauma Stress. [Internet]. 2020 [cited 2021 Nov 8]. 18(1): 39-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7166878/pdf/JTS-18-39.pdf>
10. อรพรรณ ศิลปะกิจ. แบบวัดความเครียด ฉบับศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2564; 16(3): 177.
11. พรชนก นันตะเสนีย์, ชวนชม ธนานิธิศักดิ์. ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าต่อระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุในโรงพยาบาลเจ้าคุณไพฑูริย์พนมทวน. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. 2562; 14(1): 91-104.
12. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ธรณินทร์ กองสุข, ณรงค์ มณีทอง, เบญจลักษณ์ มณีทอง, กมลเนตร วรณเสวก และจินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูน. การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า ชนิด 2 คำถามในชุมชนไทยอีสาน. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2550; 52(2): 138-14.
13. Surapon Nochaiwong, Chidchanok Ruengorn, Ratanaporn Awiphan, Penkarn Kanjanarat, Yongyuth Ruanta, Chabaphai Phosuya, et al. COVID-19 Public Stigma Scale (COVIDPSS): development, validation, psychometric analysis and interpretation. BMJ journal; 2021.

14. สุระ สุพรหมอินทร์, สุณี อวรรณ.
ประสิทธิภาพการจัดการดูแลทางสังคมและ
จิตใจของผู้ป่วยโควิด -19 ที่เข้ารับการ
รักษาที่โรงพยาบาลสนาม จังหวัด
ร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนา
นวัตกรรมทางสุขภาพ. 2564; 2(2):
205-11.
15. รายงานสถานการณ์ โควิด-19 (COVID-
19 situation report). [อินเทอร์เน็ต].
นนทบุรี: กรมควบคุมโรค, กระทรวง
สาธารณสุข; [เข้าถึงเมื่อ 10 พ.ย. 2564].
เข้าถึงได้จาก:
<https://covid19.ddc.moph.go.th/>
16. Lazarus, R. S, Folkman, S. Stress
Appraisal and Coping. New York:
Springer Publishing Company; 1984.
17. Boyd, M. A., & Nihart, M. A.
Psychiatric nursing contemporary
practice. Philadelphia. [Internet].
1998 [cited 2021 Nov 8].
Available from: [https://books.
google.co.th/books?hl=en&lr=&id=
3UUuXw7ISM0C&oi=fnd&pg=PR23&
dq=Boyd,+M.+A.,+%26+Nihart,+M.+
A.+ \(1998\).](https://books.google.co.th/books?hl=en&lr=&id=3UUuXw7ISM0C&oi=fnd&pg=PR23&dq=Boyd,+M.+A.,+%26+Nihart,+M.+A.++(1998).)
18. อำพวรรณ ยวนใจ. COVID-19 กับการตี
ตราทางสังคม: บทบาทพยาบาลควบคุม
โรคติดต่อ. วารสารพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์. 2563; 32(1): 89-97.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี

ศุภรัตน์ เทียนแก้ว¹, สุพัฒน์ จำปาหวาย², อุทัยวรรณ นุกาศ³, นงนุช บุญแจ้ง⁴, กิ่งแก้ว แง้วสวัสดิ์⁴

(วันที่รับบทความ: 26 ตุลาคม 2565; วันที่แก้ไข: 19 มิถุนายน 2566; วันที่ตอบรับ: 21 มิถุนายน 2566)

บทคัดย่อ

การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ ระดับการศึกษา เงินไปโรงเรียน (ต่อวัน) อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ของผู้ปกครอง (ต่อเดือน) และพฤติกรรมสุขภาพ กับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 146 คน เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและทดสอบความสัมพันธ์ด้วยสถิติไคสแควร์ ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ผลการศึกษาพบว่าลักษณะทั่วไปของประชากร นักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 60.96 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 92.47 อยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 40.41 ได้เงินไปโรงเรียน 50 บาทขึ้นไป (ต่อวัน) ร้อยละ 90.41 ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างร้อยละ 49.31 รายได้ของผู้ปกครอง (ต่อเดือน) 10,000 บาทขึ้นไปร้อยละ 52.74 มีภาวะโภชนาการปกติ ร้อยละ 54.11 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 89.73 และพบว่า เพศ ระดับการศึกษา เงินไปโรงเรียน (ต่อวัน) อาชีพของผู้ปกครอง รายได้ (ต่อเดือน) ของผู้ปกครอง และพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}>0.05$)

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ, พฤติกรรมสุขภาพ, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขชุมชน, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: 610842045@scphkk.ac.th

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

³ อาจารย์, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail : uthaiwan.n@bcnpy.ac.th

⁴ อาจารย์, วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, E-mail: nongnuch.bo@ssru.ac.th, kingkaew.ja@ssru.ac.th

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

Factors Related to Nutrition Status of High School Students in Nong saeng District, Udon thani Province

Supharat Thiankaew¹, Supat Jumparwai², Uthaiwan Nukat³, Nongnuch Boonjang⁴, Kingkaew Jangswad⁴

(Received: 26th October 2022; Revised: 19th June 2023; Accepted: 21st June 2023)

Abstract

The study of factors related to nutrition status of high school students in Nong Saeng district, Udon Thani province was a cross-sectional descriptive study. The study aimed to explore the association of factors related to gender, education level, receiving money for school per day, parents' careers, parents' income (per month), and health behavior with nutrition status of high school students. Participants were 146 high school students. Data were collected by questionnaires and analyzed by descriptive statistics and Chi-square test with 95% confidence interval.

The results showed that most of participants were females (60.96%), had no congenital diseases (92.47%), were Grade 10 students (40.41%), received money for school for 50 baht per day or more (90.41%), had their employed parents (49.31%), had their parents' income (per month) 10,000 baht or more (52.74%), had normal nutrition (54.11%), and had health behavior at a moderate level (89.73%). Factors related to gender, education level, receiving money for school per day, parents' careers, parents' income (per month), and health behavior had no association with nutrition status of high school students (p-value > 0.05)

Keywords: Nutritional status, Health behavior, High school students

¹ Students of the Bachelor of Public Health Program in Community Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: 610842045@scphkk.ac.th

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

³ Lecturer, Boromarajonani College of Nursing Phayao, E-mail : uthaiwan.n@bcnpy.ac.th

⁴ Lecturer, College of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University, E-mail: nongnuch.bo@ssru.ac.th, kingkaew.ja@ssru.ac.th

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

บทนำ

การเจริญเติบโตและภาวะโภชนาการของเด็กเป็นเครื่องบ่งชี้ภาวะเศรษฐกิจของประเทศ ผลการสำรวจภาวะโภชนาการ ของเด็กไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาพบว่า เด็กไทยมีส่วนสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างยิ่งในการขจัดปัญหาการขาดสารอาหารและภาวะโภชนาการพร่องลดน้อยลงอย่างไรก็ตามยังพบเด็กน้ำหนักน้อยจำนวนหนึ่งในเด็กยากจนด้อยโอกาส ในขณะเดียวกันก็พบเด็กไทยมีภาวะโภชนาการเกิน และเป็นโรคอ้วนเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ส่งผลให้เกิดปัญหาโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นทั้งในเด็ก ที่มีน้ำหนักเกินและในช่วงโตเป็นผู้ใหญ่ทั้งหมดนี้ล้วนบั่นทอนคุณภาพของทรัพยากรมนุษย์ของประเทศไทยในอนาคต¹ ดังข้อมูลสุขภาพต่อไปนี้

จากการสำรวจภาวะสุขภาพของประชาชนคนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 เมื่อปี 2562-2563 พบว่าค่าเฉลี่ย BMI (Body Mass Index (ค่าดัชนีมวลกาย)) ของประชาชนชายและหญิงไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับ 24.2 และ 25.2 kg/m² ตามลำดับค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวของประชาชนชายและหญิงไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเท่ากับ 82.8 และ 80.4 เซนติเมตร ตามลำดับมีภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (BMI <18.5 kg/m²) ร้อยละ 9.1 ในผู้ชาย และร้อยละ 6.9 ในผู้หญิง ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 15- 29 ปี ส่วนภาวะน้ำหนักอยู่ในเกณฑ์อ้วน (BMI ≥ 25 kg/m²) ร้อยละ 37.8 ในผู้ชาย และร้อยละ 46.4 ในผู้หญิง และภาวะ (BMI ≥30 kg/m²) ผู้ชายมีร้อยละ 10 และผู้หญิงมี ร้อยละ 16.4 สำหรับภาวะอ้วนลงพุงพบว่าร้อยละ 27.7 ในผู้ชายไทยและร้อยละ 50.4 ในผู้หญิง เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจฯ ครั้งที่ 5 เมื่อปี 2557 ความชุกของภาวะอ้วนมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจนโดยเฉพาะในผู้หญิงจากความชุก (BMI ≥ 25 kg/m²) เพิ่มจากร้อยละ 41.8 เป็นร้อยละ 46.4 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 32.9 เป็นร้อยละ 37.8 ในการสำรวจปัจจุบันภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกค่อนข้างใกล้เคียงกับผลการสำรวจ

ปี 2557 ในผู้หญิงร้อยละ 51.3 ส่วนในผู้ชายร้อยละ 26.0 ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 kg/m²) ในเขตเทศบาลสูงกว่านอกเขตเทศบาล พิจารณาตามภาค ความชุกของภาวะอ้วน (BMI ≥ 25 kg/m²) สูงที่สุดในภาคกลาง และกรุงเทพฯ รองลงมา ภาคใต้ ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือมีสัดส่วนใกล้เคียงกันความชุกของภาวะอ้วนลงพุงจำแนกตามภาคมีความแตกต่างระหว่างเพศ โดยผู้หญิงในกรุงเทพฯ มีความชุกภาวะอ้วนลงพุงสูงสุด รองลงมาคือภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือ และ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับในผู้ชาย ภาวะอ้วนลงพุงมีความชุกสูงสุดในกรุงเทพฯ (ร้อยละ 46.4) ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคเหนือและต่ำสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ความชุกของภาวะอ้วนในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างชัดเจนโดยเฉพาะในผู้หญิง (BMI > 25 kg/m²) เพิ่มจากร้อยละ 40.7 เป็นร้อยละ 41.8 ส่วนในผู้ชายเพิ่มจากร้อยละ 28.4 เป็นร้อยละ 32.9 และเมื่อพิจารณาตามภูมิภาค ความชุกของภาวะอ้วน (BMI > 25 kg/m²) พบสูงที่สุดคือกรุงเทพฯ รองลงมา ได้แก่ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ตามลำดับ²

จากรายงานการสำรวจข้อมูลด้านโภชนาการและพฤติกรรมบริโภคอาหารของประชากร ในปี 2560 พบว่า มีการบริโภคอาหารว่างประมาณ 3 ใน 4 (ร้อยละ 74.2) ของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป โดยประชากรวัยเด็ก (6-14 ปี) มีอัตราการบริโภคอาหารว่างสูงสุดร้อยละ 89.2 รองลงมาคือ วัยเยาวชน (15-24 ปี) ร้อยละ 82.8 วัยทำงาน (25-29 ปี) 72.6 ร้อยละ ส่วนวัยสูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) มีอัตราการบริโภคอาหารว่างต่ำสุด ร้อยละ 62.3 ส่วนการรับประทานอาหารมื้อเปรียบเทียบกับปี 2548, 2552, 2556 และ 2560 พบว่า ประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารมื้อหลักครบ 3 มื้อเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 82.2 เป็นร้อยละ 87.1, 88.0 และ 89.4 ตามลำดับ²

จากการศึกษาข้อมูลรายงานมาตรฐานงานโภชนาการวัยรุ่น อายุ 15-18 ปี ประจำปีงบประมาณ 2563 ของจังหวัดอุดรธานี พบว่าร้อยละ 3.65 มีค่าดัชนีมวลกายผอมร้อยละ 69.89 มีค่าดัชนีมวลกายสมส่วนร้อยละ 5.74 มีค่าดัชนีมวลกายท้วมและในเขตอ้วนหนอแสง ค่าดัชนีมวลกายผอมร้อยละ 3.56 มีค่าดัชนีมวลกายสมส่วนร้อยละ 59.18 และมีค่าดัชนีมวลกายท้วมร้อยละ 6.85³

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญที่จะศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี เพื่อเป็นข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถหาแนวทางแก้ไขในส่วนที่เป็นปัญหา และมีการให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่เด็กนักเรียน เพื่อการมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ.2563 ประชากรที่ศึกษาคือนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ตอนปลาย ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 15-18 ปี จำนวน 233 คน ในเขตอำเภอหนองแสง จังหวัดอุดรธานี โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) และ เกณฑ์คัดเลือกออก (Exclusion Criteria) ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. ผู้ที่มีอายุระหว่าง 15-18 ปี
2. นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายทั้งหมด
3. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกออก (exclusion Criteria)

ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ครบทุกขั้นตอนของการดำเนินการวิจัย

การคำนวณกลุ่มตัวอย่างในกรณีนี้ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน (Finite population) จึงเลือกใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากรกรณีประชากรมีขนาดเล็ก⁴ ดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \frac{NZ_{\alpha/2}^2 P(1-P)}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 P(1-P)}$$

โดยที่กำหนด n คือ ขนาดของตัวอย่าง

N = จำนวนประชากรทั้งหมด เท่ากับ 233 คน

α = ความผิดพลาดของการสรุปลักษณะประชากรจากค่าสถิติของตัวอย่าง ($\alpha = 0.05$)

e = ความคลาดเคลื่อนของการประมาณค่า โดยกำหนดให้ความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

Z = ค่าสถิติแจกแจงมาตรฐานเมื่อกำหนด 1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95

ดังนั้น Z_{0.025} มีค่าเท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนตัวแปรที่ต้องการประมาณค่า ในที่นี้ ดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม รัตนยัง และคณะศึกษานักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่มีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์และอ้วน คิดเป็นร้อยละ 33.02⁵ ดังนั้น p = 0.330

$$\text{แทนค่าในสูตร} \quad n = \frac{233(1.96^2)(0.3)(1-0.3)}{(0.05^2)(233-1) + (1.96^2)(0.3)(1-0.3)}$$

$$\begin{aligned} n &= \frac{187.96}{1.38} = 136.20 \\ &= 137 \text{ คน} \end{aligned}$$

เพื่อป้องกันข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนหรือไม่สมบูรณ์ จึงเก็บข้อมูลเพิ่มอีกร้อยละ 6 (ร้อยละ 6 ของ 137 เท่ากับ 8.22 หรือ 9 คน) รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 146 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง

จำนวน 146 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) ตามระดับชั้น ได้แก่ มัธยมศึกษาปีที่ 4-6 ดังนี้

ระดับชั้น	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มได้
มัธยมศึกษาปีที่ 4	94	$\frac{94 \times 144}{233} = 59$
มัธยมศึกษาปีที่ 5	74	$\frac{74 \times 144}{233} = 46$
มัธยมศึกษาปีที่ 6	65	$\frac{65 \times 144}{233} = 41$
รวม	233	146

เมื่อได้จำนวนตัวอย่างประชากรในแต่ละระดับชั้นแล้วทำการสุ่มตัวอย่างง่าย (Simple random sampling) ให้ได้จำนวนที่ต้องการ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คือ แบบสอบถาม ซึ่งมี 3 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการวัดสัดส่วนร่างกาย (น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอวเพื่อนำมาคำนวณหา ระดับ BMI ตามเกณฑ์ น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ ค่า BMI<18.5 kg/m² ค่าน้ำหนักระดับปกติ ค่า BMI=18.5-24.9 น้ำหนักเกินเกณฑ์ค่า BMI>24.9)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ ซึ่งมีทั้งคำถามเชิงบวกและคำถามเชิงลบซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านหาความตรงตามเชิงเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม จำนวน 36 ข้อ ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.67 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยหาค่า Cronbach's alpha

coefficient ได้ค่าเท่ากับ 0.75 เก็บรวบรวมข้อมูล โดยทีมวิจัยที่ผ่านการชี้แจงความรู้ความเข้าใจในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ถูกต้องและตรงกัน ตรวจสอบความครบถ้วน สมบูรณ์ของข้อมูล และวิเคราะห์หาค่าทางสถิติ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) คือ Chi-square และ Fisher's exact test (กรณีข้อมูลไม่เป็นไปตามข้อตกลง) วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ (กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยการวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยยึดหลักเกณฑ์คำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH GCP) เมื่อวันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ.2563 เลขที่ SCPHKIRB-ST044

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ในเขตอำเภอหนองแสงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 60.96) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 92.47) ค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 17 (IQR =1) อายุต่ำสุด 15 ปี และสูงสุด 18 ปี อยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 40.41 มัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 31.51 และมัธยมศึกษาปีที่ 6 ร้อยละ 28.08 ได้รับเงินไปโรงเรียนต่อวันน้อยกว่า

วันละ 50 บาท ร้อยละ 9.59 ได้รับเงินไปโรงเรียนต่อวันตั้งแต่ 50 บาทขึ้นไป 90.41 ร้อยละ ค่ามัธยฐานของการได้รับเงินไปโรงเรียนต่อวันเท่ากับ 60 บาท (IQR = 50) ต่ำสุด 20 บาท และสูงสุด 150 บาท ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 49.31) รองลงมาคือเกษตรกร (ร้อยละ 30.14) และค่ามัธยฐานของรายได้เฉลี่ยของผู้ปกครองต่อเดือนเท่ากับ 10,000 บาท (IQR=9,000) ต่ำสุด 600 บาท และสูงสุด 100,000 บาท (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง (n=146)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	57	39.04
หญิง	89	60.96
อายุ (ปี)		
15 ปี	21	14.38
16 ปี	51	34.93
17 ปี	44	30.14
18 ปี	30	20.55
Median (IQR) = 17.00 (1) , Min = 15 , Max = 18		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	135	92.47
มี	11	7.53
ระดับชั้นการศึกษา		
มัธยมศึกษาปีที่ 4	59	40.41
มัธยมศึกษาปีที่ 5	46	31.51
มัธยมศึกษาปีที่ 6	41	28.08
ได้รับเงินไปโรงเรียน (ต่อวัน)		
น้อยกว่า 50 บาท	14	9.59
50 บาท ขึ้นไป	132	90.41
Median (IQR) = 60.00 (50) , Min = 20 , Max =150		
อาชีพของผู้ปกครอง		
รับข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	4	2.74
รับจ้าง	72	49.31
ค้าขาย	16	10.96
เกษตรกร	44	30.14
ไม่ระบุ	2	1.37
รายได้ของผู้ปกครอง (ต่อเดือน)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	69	47.26
10,000 บาท ขึ้นไป	77	52.74
Median (IQR) = 10,000.00 (9,000) , Min = 600 , Max =100,000		

2. ภาวะโภชนาการ

กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยของน้ำหนักเท่ากับ 56.76 กิโลกรัม (S.D.=11.34) ต่ำสุด 33 กิโลกรัม และสูงสุด 105 กิโลกรัม ค่าเฉลี่ยของส่วนสูง เท่ากับ 165.15 (S.D.=7.49) ต่ำสุด 150 เซนติเมตร และสูงสุด 185 เซนติเมตร ค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวเท่ากับ 73 เซนติเมตร (S.D.=3.90)

ต่ำสุด 50.8 เซนติเมตร และสูงสุด 117 เซนติเมตร ส่วนใหญ่ภาวะโภชนาการอยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 54.11 BMI 18.5-24.9) รองลงมาคือ ต่ำกว่าเกณฑ์ (ร้อยละ 25.34 BMI<18.5) และเกินเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 20.55 BMI>24.9) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง (n = 146)

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (BMI < 18.5 kg/m ²)	37	25.34
ปกติ (BMI 18.5-24.9 kg/m ²)	79	54.11
น้ำหนักเกินเกณฑ์ขึ้นไป (BMI > 24.9 kg/m ²)	30	20.55

3. พฤติกรรมสุขภาพ

นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายมีพฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติประจำมากที่สุด คือ เข้านอนในช่วงเวลา 3-5 ทุ่ม (ร้อยละ 39.73) รองลงมาคือ รับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อใน 1 วัน (ร้อยละ 34.93) พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติบ่อยครั้งมากที่สุด คือ รับประทานอาหารประเภททอด (ร้อยละ 32.88) และ เมื่อรู้สึกดีใจหรืออารมณ์ดีจะรับประทานอาหารที่ชอบในปริมาณที่มาก (ร้อยละ 32.19) พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติ

บางครั้งมากที่สุด คือ รับประทานอาหารที่เป็นแหล่งธาตุเหล็ก (ร้อยละ 43.84) รองลงมาคือ เลือกรับประทานอาหารออกกำลังกายให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง (ร้อยละ 38.36) พฤติกรรมสุขภาพที่ปฏิบัติกันบ่อยครั้งมากที่สุด คือ รับประทานขนมประเภทเบเกอรี่ (ร้อยละ 39.73) รองลงมาคือ รับประทานอาหารที่เป็นแหล่งธาตุเหล็ก (ร้อยละ 32.19) และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เคยปฏิบัติเลย คือ ใช้ยาโรคลมชักและใช้ยาเกี่ยวกับโรคจิตเภท (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ของกลุ่มตัวอย่าง (n=146)

พฤติกรรมสุขภาพ	ความถี่ในการปฏิบัติ (จำนวน/ร้อยละ)				
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. รับประทานอาหารหลักครบ 3 มื้อ ใน 1 วัน	51	22	40	27	6
ได้แก่ เช้า กลางวัน เย็น	(34.93)	(15.07)	(27.40)	(18.49)	(4.11)
2. รับประทานอาหารที่หลากหลายไม่ซ้ำกัน	25	23	55	35	8
ครบ 5 หมู่ ใน 1 วัน	(17.12)	(15.75)	(37.67)	(23.97)	(5.48)
3. รับประทานอาหารเนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น	21	46	49	28	2
ขาหมู หนังไก่	(14.38)	(31.51)	(33.56)	(19.18)	(1.37)
4. รับประทานอาหารประเภททอดเช่น หมูทอด ไก่ทอด ลูกชิ้นทอด กุนเชียงทอด โรตีสาน	21	48	47	29	1
ปาท่องโก๋ เป็นต้น	(14.38)	(32.88)	(32.19)	(19.86)	(0.68)
5. รับประทานอาหารในปริมาณที่เหมาะสม ไม่กินอิ่มจนจุกท้อง	35	41	45	22	3
	(24.39)	(28.17)	(30.82)	(15.07)	(2.05)
6. เติมน้ำหรือเครื่องดื่มในอาหาร เช่น ซอสปรุงรส ผงปรุงรส น้ำตาล	37	43	40	23	3
	(25.34)	(29.45)	(27.40)	(15.75)	(2.05)
7. รับประทานอาหารที่มีรสหวาน มัน	26	42	49	25	4
	(17.81)	(28.77)	(33.56)	(17.12)	(2.74)
8. รับประทานอาหารที่เป็นแหล่งธาตุเหล็ก เช่น ตับ เลือด เป็นต้น	7	18	64	47	10
	(4.79)	(12.33)	(43.84)	(32.19)	(6.85)
9. ดื่มน้ำหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน โกโก้เย็น ชาเย็น น้ำปั่น น้ำผลไม้ เป็นต้น	33	42	44	26	1
	(22.60)	(28.77)	(30.14)	(17.81)	(0.68)
10. รับประทานอาหารที่มีรสหวาน เช่น ไอศกรีม ช็อกโกแลต ลูกอม เยลลี่ เป็นต้น	23	35	45	41	2
	(15.75)	(23.97)	(30.82)	(28.08)	(1.37)
11. รับประทานอาหารประเภทเบเกอรี่ เช่น เค้ก พาย โดนัท เป็นต้น	11	23	48	58	6
	(7.53)	(15.75)	(32.88)	(39.73)	(4.11)
12. รับประทานอาหารไขมันต่ำ เช่น น้ำมันรำข้าว น้ำมันพืช เป็นต้น	35	35	39	31	6
	(23.97)	(23.97)	(26.71)	(21.23)	(4.11)
13. เมื่อดูทีวี หรือเล่นอินเทอร์เน็ต มักจะรับประทานอาหารไขมันต่ำ หรือ เครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำชา	27	30	39	34	16
	(18.49)	(20.55)	(26.71)	(23.29)	(10.96)
14. รับประทานอาหารผัก และผลไม้	38	40	46	20	2
	(26.03)	(27.40)	(31.51)	(13.70)	(1.37)
15. ดื่มนม วันละ 1-2 แก้ว	24	28	52	31	11
	(16.44)	(19.18)	(35.62)	(21.23)	(7.53)
16. ดื่มน้ำสะอาด อย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว หรือ ประมาณ 2 ลิตร ต่อวัน	45	45	38	13	5
	(30.82)	(30.82)	(26.03)	(8.90)	(3.42)
17. งดอาหาร ก่อนออกกำลังกายเป็นระยะเวลา 1-3 ชั่วโมง	10	23	42	45	26
	(6.85)	(15.75)	(28.77)	(30.82)	(17.81)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ของกลุ่มตัวอย่าง (n=146) (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	ความถี่ในการปฏิบัติ (จำนวน/ร้อยละ)				
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
18. ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละไม่ต่ำกว่า 30 นาที	25 (17.12)	18 (12.33)	47 (32.19)	44 (30.14)	12 (8.22)
19. ก่อนการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬามีการปรับสภาพร่างกายด้วยการอบอุ่นร่างกายทุกครั้ง 10-15 นาที	22 (15.07)	23 (15.75)	39 (26.71)	45 (30.82)	17 (11.64)
20. เลือกประเภทของการออกกำลังกาย ให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง	20 (13.70)	38 (26.03)	56 (38.36)	20 (13.70)	12 (8.22)
21. หลังการออกกำลังกาย ใช้เวลาพักอย่างน้อย 1 ชั่วโมง ก่อนรับประทานอาหาร	25 (17.12)	29 (19.86)	46 (31.51)	32 (21.92)	14 (9.59)
22. เมื่อรู้สึกดีใจ หรืออารมณ์ดี จะรับประทานอาหารที่ชอบ ในปริมาณที่มาก	44 (30.14)	47 (32.19)	32 (21.92)	16 (10.96)	7 (4.79)
23. เมื่อรู้สึกเครียดหรือเศร้า มักจะรับประทานอาหารไม่ได้ หรือรับประทานอาหารได้น้อย	29 (19.86)	29 (19.86)	43 (29.45)	29 (19.86)	16 (10.96)
24. เมื่อรู้สึกโกรธ โมโห จะรับประทานอาหารมากกว่าปกติ	12 (8.22)	21 (14.38)	41 (28.08)	41 (28.08)	31 (21.23)
25. นอนหลับสนิท อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง	47 (32.19)	29 (19.86)	31 (21.23)	32 (21.92)	7 (4.79)
26. เข้านอนในช่วงเวลา 3-5 ทุ่ม	58 (39.73)	31 (21.23)	27 (18.49)	18 (12.33)	12 (8.22)
27. นอนดึก เกิน 5 ทุ่ม ขึ้นไป	33 (22.60)	27 (18.49)	32 (21.92)	45 (30.82)	9 (6.16)
28. ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ สาโท เหล้า ยาตอง เป็นต้น	10 (6.85)	12 (8.22)	18 (12.33)	39 (26.71)	67 (45.89)
29. ใช้น้ำดื่มบรรจุขวด	0 (0.00)	0 (0.00)	1 (0.68)	4 (2.74)	141 (96.58)
30. ใช้น้ำดื่มบรรจุขวด	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	146 (100.00)
31. ใช้น้ำดื่มบรรจุขวด	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	146 (100.00)
32. ใช้น้ำดื่มบรรจุขวด	2 (1.37)	1 (0.68)	0 (0.00)	1 (0.68)	142 (97.26)
33. สูบบุหรี่	2 (1.37)	0 (0.00)	3 (2.05)	4 (2.74)	137 (93.84)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ของกลุ่มตัวอย่าง (n=146) (ต่อ)

พฤติกรรมสุขภาพ	ความถี่ในการปฏิบัติ (จำนวน/ร้อยละ)				
	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
34. ใช้สารเสพติด เช่น กัญชา กระท่อม โคเคน ยาบ้า เป็นต้น	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (1.37)	2 (1.37)	142 (97.26)
35. เมื่อเพื่อนชวนรับประทานอาหารประเภท ปิ้งย่าง ชาบู หรือหมูกระทะ จะไป	39 (26.71)	30 (20.55)	40 (27.40)	28 (19.18)	9 (6.16)
36. เมื่อเพื่อนชวนซื้อเครื่องดื่มประเภทที่มีรสหวานมันเช่น น้ำปั่นน้ำชาชาวมะขาม จะซื้อตาม	37 (25.34)	40 (27.40)	43 (29.45)	21 (14.38)	5 (3.42)

เมื่อนำพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย มาจัดกลุ่ม พบว่า กลุ่มนักเรียนส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมสุขภาพอยู่ใน

ระดับปานกลางถึงสูง คิดเป็นร้อยละ 92.47 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ระดับของพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย (n=146)

ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (36-83 คะแนน)	12	8.22
ระดับปานกลางถึงสูง (84-131 คะแนน)	131	89.73
ระดับสูง (132-180 คะแนน)	3	2.05
Mean = 103.67, S.D. = 14.69, Min = 63, Max = 136		

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย พบว่า เพศ ระดับการศึกษา ได้รับเงินไปโรงเรียน (ต่อวัน)

อาชีพของผู้ปกครอง และรายได้ของผู้ปกครอง (ต่อเดือน) และพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value>0.05) (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโดยใช้สถิติ Pearson Chi-Square (n=146)

ตัวแปร	ระดับค่าดัชนีมวลกาย (จำนวน/ร้อยละ)			χ^2	p-value
	ผอม	ปกติ	น้ำหนักเกิน เกณฑ์ขึ้นไป		
เพศ					
ชาย	14 (24.57)	32 (56.14)	11 (19.30)	0.164	0.921
หญิง	23 (25.84)	47 (52.81)	19 (21.35)		
ระดับการศึกษา					
ต่ำกว่าม.5	27 (27.84)	53 (54.64)	17 (17.53)	0.505	0.483
สูงกว่าม.5	10 (20.42)	26 (53.06)	13 (26.53)		
ได้รับเงินไปโรงเรียน (ต่อวัน)					
น้อยกว่า50บาท	2 (14.29)	10 (71.43)	2 (14.29)	0.469	0.474 ^f
ตั้งแต่ 50 บาทขึ้นไป	35 (26.52)	69 (52.27)	28 (21.21)		
อาชีพของผู้ปกครอง					
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2 (50.00)	2 (50.00)	0 (00.00)	0.469	0.474 ^f
รับจ้าง	14 (19.44)	44 (61.11)	14 (19.44)		
ค้าขาย	6 (37.50)	7 (43.57)	3 (18.75)	0.240	0.282 ^f
เกษตรกร	15 (25.00)	26 (33.33)	13 (41.67)		
พฤติกรรมที่เป็นปัจจัย					
ระดับต่ำ	3 (25.00)	4 (33.33)	5 (41.67)	0.240	0.282 ^f
ระดับปานกลาง	34 (25.95)	73 (55.73)	24 (18.32)		
ระดับสูง	0 (00.00)	2 (66.67)	1 (33.33)		

*f หมายถึง Fisher's exact test

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่านักเรียนส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 60.96 ประเมินภาวะโภชนาการ (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 54.11 ผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพ รับจ้างร้อยละ 49.31 เกษตรกร ร้อยละ 30.14 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ประภา อุนาสีห์⁶ ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนเขตตำบลนาหนึ่ง อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 54.11 น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงอยู่ในมาตรฐานร้อยละ 74.67 และผู้ปกครองส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกร และรับจ้างเฉลี่ยร้อยละ 43.25

ส่วนระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 40.41 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ดลทิพย์ ศรีหมื่น, บุญร่วม แก้วบุญเรือง⁷ ที่ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนมัธยมปลายในโรงเรียนเสลภูมิพิทยาคมจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ส่วนใหญ่ศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ร้อยละ 36.07 ส่วนเงินที่ได้รับไปใช้จ่ายในโรงเรียน (ต่อวัน) 50 บาท ขึ้นไป ร้อยละ 90.41 สอดคล้องกับการวิจัยของ ทิพย์ภา รัตน์ ไชยชนะแสง⁸ ที่ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองและอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า นักเรียนได้รับเงินจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองต่อวัน 51-100 บาท คิดเป็นร้อยละ 37.10 และสร้อยญา เปล่งกระโทก, เสาวมาศ เกื่อนนาดี⁹ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพลังอำนาจในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคเพื่อสุขภาพและภาวะโภชนาการของวัยรุ่น ในโรงเรียนมัธยมศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ค่าใช้จ่ายที่ได้รับต่อวัน ประมาณ 50-100 บาทต่อวัน ร้อยละ 77.4 ส่วนรายได้ของผู้ปกครอง (ต่อเดือน) 10,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 52.74 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อิศรา ศิริมณีรัตน์, ชลิต เชาววิไล,

พนิดา ต้นสิน, ปราจิต ทิพย์โอสถ, อนงค์ รักษ์วงศ์, สมคิด สอนศรี, สายฝน บุญ¹⁰ ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยี ราชมงคลธัญบุรี พบว่าส่วนใหญ่ครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้มากกว่า 40,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 31.0

การศึกษากิจกรรมการรับประทานอาหารโดยนักเรียนส่วนใหญ่รับประทานอาหารมื้อหลักครบทั้ง 3 มื้อใน 1 วัน ร้อยละ 34.93 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ธนิสร รัตนยัง, กานต์สุดา วันจันทิก, ประไพศรี ศิริจักรวาล, จุริภรณ์ นวนมุสิก⁵ ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการเกินและอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจังหวัดนครปฐม ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนส่วนใหญ่รับประทานอาหารมื้อหลักครบทั้ง 3 มื้อ ร้อยละ 81.0

ยังมีผลการวิจัยในการเข้านอนในช่วงเวลา 3-5 ทุ่ม ร้อยละ 41.10 รองลงมาคือ นอนหลับสนิท อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 32.88 ที่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนิสร รัตนยัง, กานต์สุดา วันจันทิก, ประไพศรี ศิริจักรวาล, จุริภรณ์ นวนมุสิก⁵ ที่ศึกษาพฤติกรรมการ รับประทานอาหารและภาวะโภชนาการเกินและอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนครปฐม

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้านภาวะโภชนาการโดยนักเรียนส่วนใหญ่ มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 54.11 มีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 25.34 และมีภาวะโภชนาการเกินเกณฑ์ร้อยละ 20.55 มีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 14.38 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิมา จำปา¹¹ ศึกษาความรู้ทางโภชนาการทัศนคติต่ออาหาร พฤติกรรม การรับประทานอาหาร และภาวะโภชนาการของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ ผลการศึกษาในด้าน ภาวะโภชนาการพบว่า นักเรียนพยาบาลทหารอากาศร้อยละ 75.71 มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ในขณะที่ร้อยละ 14.76 และร้อยละ 9.53 มีภาวะโภชนาการผอม

และน้ำหนักเกินจนถึงอ้วนตามลำดับ ค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย $20.42 \pm 1.95 \text{ kg/m}^2$ ส่วนเส้นรอบเอวพบว่า นักเรียนพยาบาลทหารอากาศร้อยละ 99.05 มีเส้นรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอว 70.61 ± 5.77 เซนติเมตร

ข้อเสนอแนะ

1. การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

จากการประเมินภาวะโภชนาการและประเมินผลระดับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ปกติและระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง แต่ยังมีบางหัวข้อในด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มีความถี่ในการปฏิบัติบ่อยครั้งมากที่สุดคือ รับประทานอาหารประเภททอดเช่น หมูทอด ไก่ทอด ลูกชิ้นทอด กุนเชียงทอด โรตีสี ปาท่องโก๋ เป็นต้น ร้อยละ 32.88 ซึ่งหากเป็นเช่นนี้ไปอีกระยะหนึ่ง อาจส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการหรือสุขภาพในอนาคต อาจมีแนวโน้มของการเกิดภาวะโภชนาการเกินหรือโรคอ้วนที่มากขึ้นกว่าเดิมภายในโรงเรียนได้ ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงานและทางโรงเรียน ควรมีแนวทางจัดกิจกรรมรณรงค์ ให้ความรู้ ให้สุขภาพดี มีแนวทางการป้องกันที่ดีและเหมาะสม เพื่อให้เด็กนักเรียนมีความรู้ความเข้าใจ มี

ทัศนคติที่ดีขึ้น ในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีภาวะโภชนาการที่ดี และมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์

2. การทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ทั้งตอนต้นและตอนปลายและกลุ่มวัยอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง

2) ควรศึกษาหาความชุกของภาวะโภชนาการต่ำและเกิน ในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ทั้งตอนต้นและตอนปลาย

3) ควรศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการออกกำลังกาย ในนักเรียนมัธยมศึกษา ทั้งตอนต้น และตอนปลาย

4) ควรศึกษาเรื่องการรับรู้และการป้องกันตนเองจากโรคอ้วน ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ทั้งตอนต้นและตอนปลาย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะผู้บริหารโรงเรียนครูอาจารย์ รวมถึงนักเรียนทุกคนที่ได้ให้ความร่วมมือในการทำวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จและสามารถนำกลับมาปรับปรุงและพัฒนาสุขภาพของนักเรียนทั้งในโรงเรียนนี้และโรงเรียนในบริบทใกล้เคียงและขอกราบขอบพระคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจเครื่องมือระเบียบวิธีวิจัยรวมถึงให้คำแนะนำในการวิเคราะห์ข้อมูลจนงานวิจัยสำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, วิชัย เอกพลากร. [อินเทอร์เน็ต]. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย สุขภาพเด็กครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2563]. เข้าถึงจาก: <https://www.hiso.or.th/hiso5/report/report2014kid.php>
2. วิชัย เอกพลากร, หทัยชนก พรหมเจริญ, วราภรณ์ เสถียรนพเก้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563. 2564; 169-76.
3. กลุ่มรายงานมาตรฐานงานโภชนาการ. อุดรธานี:สำนักงานสาธารณสุขอำเภอหนองแสงจังหวัดอุดรธานี; 2563.
4. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์วิทย์พัฒน์; 2556.
5. ธนิสร์ รัตนยัง, กานต์สุตา วันจันทิก, ประไพศรี ศรีจิกवाल, จุริภรณ์ นวนมุสิก. ศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการเกินและอ้วนของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย จังหวัดนครปฐม. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษาวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีพะยา. 2562; 20(3): 132-38.
6. ประภา อุนาสีทธิ. ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนเขตตำบลนาหนัง อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย. [รายงานการวิจัยสาธารณสุขศาสตร์บัณฑิตสาขาสาธารณสุขชุมชน]. ขอนแก่น: วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น; 2559.
7. ดลทิพย์ ศรีหมื่น, บุญร่วม แก้วบุญเรือง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการของนักเรียนมัธยมปลายในโรงเรียนเสลภูมิพิทยาคมจังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2563; 3(2): 39-49.
8. ทิพย์ภารัตน์ ไชยชนะแสง. ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองและอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด. 2560; 11(1): 109-12.
9. สรัญญา เปล่งกระโทก, เสาวมาศ เกื่อนนาดี. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพลังอำนาจในการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเพื่อสุขภาพและภาวะโภชนาการของวัยรุ่นในโรงเรียนมัธยมศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยสาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2555; 30(2): 48-56.
10. อิศรา ศิริมณีนรัตน์, ชลิต เชาววิไลย, พนิดา ตันสิน, ปราจิณ ทิตยไธสง, อนงค์ รักษ์วงศ์, สมคิด สนวนศรี, สายฝน บุชา. ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562; 7(2): 334-5.
11. มณฑิลา จำภา. ศึกษาความรู้ทางโภชนาการทัศนคติต่ออาหารพฤติกรรมการรับประทานอาหาร และ ภาวะโภชนาการของนักเรียนพยาบาลทหารอากาศ. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2557; 6(2): 146-56.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จากการระบาดของโรคโควิด - 19 ในจังหวัดชัยภูมิ

ฝนทิวา โคตรนาลา¹, กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์², ปรัชญ์ อินทรศักดิ์สิทธิ์³, วิชุดา แสงเพชร⁴

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิต ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากการระบาดของโรคโควิด - 19 ในจังหวัดชัยภูมิ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 788 คน โดยใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานใช้สถิติ Multiple logistic regression ใช้วิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า อสม. เป็นเพศหญิงร้อยละ 82.61 โดยมีอายุเฉลี่ย 48.40 ปี $\pm$ 7.15 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 50.38 ระดับคุณภาพชีวิตพบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.27 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 42.39 รองลงมา ระดับดีมาก ร้อยละ 38.96 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของ อสม. ได้แก่ การไม่มีโรคประจำตัว (OR adj.= 1.63; 95% CI: 1.15 to 2.32; p-value = 0.006) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ระดับดีมาก (OR adj.=1.73; 95% CI: 1.15 to 2.61; p-value <0.001) ทักษะการสื่อสาร ระดับดีมาก (OR adj.= 1.86; 95%CI: 1.21 to 2.85; p-value = 0.008) ทักษะการตัดสินใจ ระดับดีมาก (OR adj.= 1.60; 95% CI: 1.08 to 2.35; p-value = 0.017) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ระดับดีมาก (OR adj.= 3.12; 95% CI: 2.14 to 4.55; p-value<0.001) ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนประจำหมู่บ้าน, โควิด-19, การถดถอยพหุโลจิสติก

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, Email: 63202501011@scphkk.ac.th

² อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, Email: kritkantorn@gmail.com

³ อาจารย์, ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์, คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, Email: prat@g.swu.ac.th

⁴ นักวิชาการสาธารณสุข, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาคู อำเภอนาแก จังหวัดนครพนม, Email: takwichuta@gmail.com

Corresponding Author: กฤษกันทร สุวรรณพันธุ์ Email: kritkantorn@gmail.com

Factors Associated with Quality of Life during COVID-19 Pandemic among Village Health Volunteers in Chaiyaphum Province

Fontiwa Khotnala¹, Kritkantorn Suwannaphant², Prat Intarasaksit³, Wichuta Saengphet⁴

Abstract

Objectives of a cross-sectional analytical research were to study the level of quality of life, the level of health literacy, and factors associated with the quality of life among village health volunteers (VHVs) from the COVID-19 outbreak in Chaiyaphum province. Data collection tools were questionnaires that distributed to 788 participants by multistage randomization procedure.

Results of this study revealed that most of Village Health Volunteers (VHVs) were female (82.61), mean aged was 48.40 ± 7.15 years old and a majority group was 50 – 59 years old (50.38 %). Quality of life was discovered at a good level (61.27%). Focused on health literacy, main group of VHVs was found at a good level (42.39%), followed by a very good level (38.96%). There were five factors found significantly associated statistics, 1) had no underlying disease (OR adj.= 1.63; 95% CI: 1.15 to 2.32; p-value = 0.006), 2) Very good level of accessibility skills of health literacy (OR adj.= 1.73; 95 % CI: 1.15 to 2.61; p-value <0.001), 3) Very good level of communication skills of health literacy (OR adj.= 1.86 ; 95% CI: 1.21 to 2.85 ; p-value = 0.008), 4) Very good level of knowledge and decision-making skills of health literacy (OR adj.= 1.60; 95% CI: 1.08 to 2.35; p-value = 0.017) and 5) Very good level of media literacy skills (OR adj.= 3.12; 95% CI: 2.14 to 4.55 ; p-value <0.001)

Keywords: Health literacy, Village health volunteer, COVID-19, Multiple logistic regression

¹ Mater of Public Health student, Sirindhorn College of Public Health, Khon kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute. Email: 63202501011@scphkk.ac.th

² Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute. Email: kritkantorn@gmail.com

³ Lecturer, Faculty of Physical Education, Srinakharinwirot University. Email: prat@g.swu.ac.th

⁴ Public Health Technical officer, Naku Health Promotion Hospital, Nakhon Phanom Province, Email: takwichuta@gmail.com

Corresponding Author: Kritkantorn Suwannaphant, Email: kritkantorn@gmail.com

บทนำ

จากการระบาดของโควิด-19 ที่ผ่านมา ส่งผลกระทบทั่วโลก ประเทศไทยส่งผลกระทบให้ทยอยปรับลดพนักงาน บางอาชีพว่างงาน ไม่มีรายรับในการดำรงชีวิต ซึ่งส่งผลให้เกิดผลกระทบ ทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม ส่งผลทำให้หลายคนเกิดความเครียด¹ และทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือบุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชุมชน ทำหน้าที่เป็นสื่อในด้านสุขภาพระหว่างรัฐให้กับประชาชนในหมู่บ้าน เป็นสื่อบุคคลที่ต้องทนกับสถานการณ์ และปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน² ในประเทศไทยจากการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา อสม.ต้องปฏิบัติงานอย่างหนัก เนื่องจาก อสม.ถือเป็นกำลังคนที่สำคัญในการช่วยเหลือปฏิบัติหน้าที่ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด่านหน้า โดยมีคำสั่งแจ้งมาตรการป้องกัน และลดความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในชุมชน ทำให้ อสม.ต้องปฏิบัติงานอย่างหนักโดยให้ อสม. ร่วมทีมเฝ้าระวังในระดับชุมชน³ โดยมีกิจกรรมเคาะประตูบ้านปฏิบัติหน้าที่วัดอุณหภูมิ คัดกรองกลุ่มเสี่ยง เป็นต้น

ในจังหวัดชัยภูมิ แม้ว่า อสม.จะได้รับค่าตอบแทน แต่เมื่อเทียบกับภาระงานที่ได้รับ ก็ยังถือเป็นค่าตอบแทนที่น้อย เมื่อภาระงานที่เพิ่มขึ้น ทำให้ได้ทำงานประจําน้อยลง รายได้จากอาชีพหลักอาจจะลดลง จะส่งผลทำให้ อสม. เกิดผลกระทบต่อภาวะทางจิตใจ เนื่องจากหน้าที่งานที่ได้รับมอบหมายมีความเสี่ยง การขาดแคลนอุปกรณ์ในการป้องกันตัวเอง การทำงานภายใต้แรงกดดันทั้งจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.ที่ทำงานร่วมกัน รวมถึงประชาชนในพื้นที่ การที่ต้องกลับมาหาคนในครอบครัวหลังจากปฏิบัติงานที่มีความเสี่ยงนั้น ๆ ในแต่ละวัน และ อสม. ยังเป็นกลุ่มที่ถือว่ามีความเสี่ยงรองจากบุคลากรทางการแพทย์อีกด้วย⁴

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของ อสม.พบว่าหาก มีความรู้ ฟังพอใจ ในชีวิตความเป็นอยู่ มีคุณภาพชีวิตที่ดี จะส่งผลให้ปฏิบัติงานได้อย่างเต็มความสามารถ ซึ่งจะทำให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵ ในการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต มีการศึกษา เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต⁶ แต่ในการศึกษาเรื่องของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์หรือปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของของ อสม. โดยเฉพาะในจังหวัดชัยภูมิมีการศึกษาอยู่อย่างจำกัด ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเรื่องของความรอบรู้ด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จากที่กล่าวมาข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ อสม. จากการระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดชัยภูมิ เพื่อให้ทราบถึงตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต และเมื่อทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต เพื่อให้ผู้ที่เกี่ยวข้องนำผลการศึกษาวิจัยที่ได้ในครั้งนี้ มาใช้เป็นแนวทางสนับสนุนในการวางแผนฝึกอบรมหรือส่งเสริมเสริมสุขภาพ ในการปรับปรุงแก้ไขและพัฒนาคุณภาพชีวิตของอสม. ในจังหวัดชัยภูมิ

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับคุณภาพชีวิตและระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดชัยภูมิ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

อสม. ในจังหวัดชัยภูมิ ที่กำลังปฏิบัติงานมาอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 24,506 คน กลุ่มตัวอย่าง (Sample) คำนวณโดยใช้สูตรคำนวณตัวอย่างสำหรับ กรณีวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบ Multivariable ใช้สถิติ Multiple logistic regression⁷ จากการทำการศึกษาสำรวจ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 197 คน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรอิสระที่จะนำเข้า model หลายปัจจัย เพื่อป้องกัน การได้ค่าประมาณการที่เกินความเป็นจริง (overfitting) จึงทำการปรับขนาดตัวอย่างจำเป็นต้องปรับอิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า Variance Inflation Factor (VIF) ผู้วิจัยเลือก $\rho = 0.5$ ได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว 788 คน

การสุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยจะสุ่มตามจำนวนสัดส่วนของจำนวนประชากร อสม. แต่ละอำเภอ ทั้ง 16 อำเภอในจังหวัดชัยภูมิ และจะสุ่มใน แต่ละอำเภอ ในจังหวัดชัยภูมิ โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลและภาวะการเจ็บป่วย/การดูแลสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส การพักอาศัยในปัจจุบัน รายได้เฉลี่ยของครอบครัว(ต่อเดือน) รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัว(ต่อเดือน) การใช้เวลาว่าง จำนวนสมาชิกในครัวเรือน หนี้สิน การมีโรคประจำตัว สุขภาพในปัจจุบัน การดื่มเครื่องดื่ม

แอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย และการนอนหลับ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามที่ประเมินการปฏิบัติหน้าที่จากการแพร่ระบาดของ โควิด -19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) จำนวน 10 ข้อ โดยที่ลักษณะคำถามเป็นการวัดแบบ Rating scale โดยมีเกณฑ์วัดคะแนน⁸ การปฏิบัติเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติน้อยที่สุด, ปฏิบัติน้อย , ปฏิบัติปานกลาง, ปฏิบัติมาก, ปฏิบัติมากที่สุด ผู้วิจัยนำมากำหนดการแปลผลได้ดังนี้ การปฏิบัติระดับน้อย การปฏิบัติระดับปานกลาง และการปฏิบัติระดับมาก

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) แบ่งเป็นส่วนย่อย

1. ทักษะความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 เป็นการวัดความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มี โดยเป็นการถาม เลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ ถ้าตอบถูก ให้เป็น 1 ถ้าตอบไม่ถูก ให้เป็น 0 ทั้งหมดมีข้อคำถาม 15 ข้อ แบ่งระดับความรู้ไว้ 3 ระดับ⁹ ความรู้ระดับสูง ถูก 12-15 ข้อ ความรู้ระดับปานกลาง ถูก 9-11 ข้อ และความรู้ระดับต่ำ ถูกน้อยกว่า 9 ข้อ

2. ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ มีการวัดเป็น Rating scale เป็นแบบสอบถามมีจำนวน 47 คน โดยลักษณะคำถามเป็นการประเมินจากการรับรู้ความรู้สึก ความสามารถ หรือทักษะด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากการระบาดของโรคโควิด-19 โดยมีระดับในการประเมิน 5 ระดับ ดังนี้ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด ผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแปลผลความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ¹⁰ คิดค่าคะแนนจากเปอร์เซ็นต์ของคะแนน

เต็ม ซึ่งแปรผลได้ดังนี้ ระดับดีมาก หมายถึง คะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป, ระดับดี หมายถึง ร้อยละ 70 – 79 ของคะแนน, ระดับพอใช้ หมายถึง ร้อยละ 60 – 69 ของคะแนน และระดับไม่ดี หมายถึง คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ของคะแนน

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการคุณภาพชีวิต จำนวน 26 ข้อ เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน แบบสอบถามที่ใช้วัดครั้งนี้โดยประยุกต์จากแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)¹¹ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL – 26 การแปลผลคะแนน มีคุณภาพชีวิตระดับไม่ดี ได้คะแนน 26-60 คะแนน มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลางได้คะแนน 61-95 คะแนน มีคุณภาพชีวิตระดับดี ได้คะแนน 96-130 คะแนน

การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. นำเสนอข้อมูลที่ได้จากการศึกษาทบทวนมากำหนดกรอบแนวคิดในการวิจัย ต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อขอข้อเสนอแนะ คำแนะนำในการไขปรับปรุง ก่อนที่จะเริ่มสร้างแบบสอบถาม

2. นำเครื่องมือฉบับร่างที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity) โดยคัดเลือก ข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขภาษาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

3. นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 30 คน เนื่องจากอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ด้วยกันกับ จ.ชัยภูมิ โดยมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษา ไม่ว่าจะเป็น นโยบาย คำสั่งที่ได้รับมอบหมาย

4. นำเครื่องมือมาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability)

ของแบบสอบถาม ด้วยวิธีการวัดแบบสอดคล้อง ในชุดเดียวกัน โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbrach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังนี้ แบบสอบถามเกี่ยวกับบทบาทและการปฏิบัติหน้าที่จากการการแพร่ระบาดของ โควิด-19 มีค่าความเชื่อมั่น 0.91 ทักษะความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มีค่าอำนาจจำแนก 0.81 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะ 5 ด้านมีค่าความเชื่อมั่น 0.96 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.16

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษานี้ ผู้ศึกษาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติพรรณนา กรณีสอดคล้องกัน ใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กรณีสอดคล้องกันใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) สถิติอนุมาน ใช้สถิติ Simple logistic regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude Analysis) โดยวิเคราะห์ทีละคู่ (Bivariate) ผลที่ได้คือ Crude Odds และ P-value พิจารณาค่า P-value < 0.25 เพื่อทำการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์คราวละหลายตัวแปร ใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและตัวแปรอิสระ โดยวิเคราะห์คราวละหลายตัวแปร เข้าสู่โมเดล Multivariable analysis ในการวิเคราะห์ ผลที่ได้คือ Adjusted Odds Ratio และ p-value

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยคุณลักษณะทั่วไปส่วนบุคคล

ผลการวิจัยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 788 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.61 อายุเฉลี่ย 48.40 ปี (± 7.15) ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 50.38 ระดับการศึกษาอยู่ที่ ม.ปลาย/ปวช. ร้อยละ 33.76 รองลงมาเป็นประถมศึกษา ร้อยละ 33.25 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 72.59 การพักอาศัย ส่วนใหญ่พักบ้านตนเอง ร้อยละ 82.87 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ระหว่าง 2,500 บาท ถึง 60,000 บาท (ค่ามัธยฐาน 10,000 บาท) โดยส่วนมาก ร้อยละ 57.36 มีรายได้ของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท รายจ่ายเฉลี่ยของครอบครัวอยู่ระหว่าง 2,000 ถึง 60,000 บาท รายจ่ายของครอบครัวมี (ค่ามัธยฐาน 8,500 บาท) ส่วนใหญ่ร้อยละ 69.62 รายจ่ายของครอบครัวต่ำกว่า 10,000 บาท การใช้เวลาว่าง ทำงานบ้าน ร้อยละ 82.99 รองลงมา ไปเจอเพื่อน ร้อยละ 35.79 ส่วนใหญ่จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของ อสม. มีจำนวน 4-6 คน ร้อยละ 65.10 รองลงมาจำนวนสมาชิกในครัวเรือนของอสม. 1-3 คน ร้อยละ 29.82 การมีหนี้สิน ส่วนใหญ่มีหนี้สิน ร้อยละ 86.93 โดยส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.79 สุขภาพในปัจจุบัน (0 คือสุขภาพแย่ที่สุด 10 คือ สุขภาพดีที่สุด) (ค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 7.77 ± 1.33) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ พบว่า ร้อยละ 51.02 ไม่เคยดื่ม แอลกอฮอล์ รองลงมา ร้อยละ 25.76 เคยและยังดื่มอยู่ การสูบบุหรี่ ส่วนใหญ่ ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.29 การออกกำลังกายโดย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 47.34 รองลงมาเป็น 3-4 ครั้ง/สัปดาห์ ร้อยละ 30.96 ปัญหาการนอนหลับ ส่วนมาก ร้อยละ 55.58 ไม่มีปัญหาการนอนหลับ รองลงมา นานๆ ครั้ง (1-2 ครั้ง/สัปดาห์) ร้อยละ 28.93 ตามลำดับ

2. บทบาทและการปฏิบัติหน้าที่

จากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ของ อสม. ในจังหวัดชัยภูมิ พบว่า ส่วนใหญ่ปฏิบัติระดับมาก ร้อยละ 82.11 รองลงมา ปฏิบัติระดับปานกลาง ร้อยละ 17.64 และปฏิบัติ ระดับน้อย ร้อยละ 0.25 ตามลำดับ

3. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ

แบ่งเป็น 2 ส่วนย่อย

3.1 ระดับทักษะความรู้ความเข้าใจ พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรู้ความเข้าใจ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 33.89 รองลงมา ระดับต่ำ ร้อยละ 33.12 และระดับปานกลางอยู่ที่ ร้อยละ 32.99 ตามลำดับ

3.2 ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ผู้วิจัยแปลผลความรอบรู้ด้านสุขภาพของอสม. โดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 4 ระดับ ระดับดีมาก ระดับดี ระดับพอใช้ และระดับไม่ดี

ผู้วิจัยได้จัดกลุ่ม พบว่า ระดับทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 47.34 รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 30.08 ระดับพอใช้ ร้อยละ 17.63 และระดับไม่ดี ร้อยละ 4.95 ระดับทักษะการสื่อสาร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 50.25 รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 27.92 ระดับพอใช้ ร้อยละ 19.29 และระดับไม่ดี ร้อยละ 2.54 ทักษะการตัดสินใจ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 55.20 รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 23.48 ระดับพอใช้ ร้อยละ 17.89 และระดับไม่ดี ร้อยละ 3.43 ทักษะการจัดการตนเอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 56.22 รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 21.07 ระดับพอใช้ ร้อยละ 18.65 และระดับไม่ดี ร้อยละ 4.06 ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 61.17 รองลงมา ระดับพอใช้ ร้อยละ

25.89 ระดับดี ร้อยละ 9.77 และระดับไม่ดี ร้อยละ 3.17 ในส่วนของระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยรวม 5 ทักษะ ของกลุ่มตัวอย่าง 788 คน พบว่า อยู่ในระดับดี ร้อยละ 42.39 ระดับดีมาก ร้อยละ 38.96 ระดับพอใช้ ร้อยละ 16.75 และระดับไม่ดี ร้อยละ 1.90 ตามลำดับ

4. ระดับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดชัยภูมิ ของกลุ่มตัวอย่าง 788 คน พบว่า อยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.27 รองลงมาคือระดับปานกลาง ร้อยละ 38.20 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ระดับคุณภาพชีวิต ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดชัยภูมิ (n=788)

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
ดี (ร้อยละ 73.01 – 100)	487	61.80
ปานกลาง (ร้อยละ 46.16 – 73.00)	301	38.20
ไม่ดี (ร้อยละ 20 -46.15)	0	0
Mean±S.D.=97.61±10.15 , Median (Min : Max) = 98 (66 : 130)		

5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต

ตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ของอสม. จากการระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัด ชัยภูมิ และคัดเลือกโมเดลเพื่อวิเคราะห์หา ความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปรได้แก่ ตัวแปรเพศ พบว่า อสม. เพศหญิง มีคุณภาพชีวิตระดับดีกว่าเพศ ชายเป็น 1.64 เท่า (OR=1.64; 95%CI: 1.13 to 2.38; p-value=0.008) ตัวแปรระดับการศึกษา พบว่า อสม. ที่จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ ปวช. มีคุณภาพชีวิตระดับดีกว่า อสม. ที่จบระดับ ประถมศึกษาเป็น 1.69 เท่า (OR=1.69; 95%CI: 1.18 to 2.42; p-value=0.019) ตัวแปรสถานภาพ สมรส พบว่า อสม. ที่มีสถานภาพโสดมีคุณภาพชีวิต ระดับดีกว่า อสม. ที่มีสถานภาพการแต่งงานแบบจด ทะเบียนสมรสเป็น 2.08 เท่า (OR=2.08; 95%CI: 1.09 to 3.98; p-value=0.079) ตัวแปรการมีหนี้สิน พบว่า อสม. ที่ไม่มีหนี้สินมีคุณภาพชีวิตระดับดีกว่า อสม. ที่มีหนี้สินเป็น 1.51 เท่า (OR=1.51; 95%CI: 0.97 to 2.38; p-value= 0.065) ตัวแปรการมีโรค ประจำตัว พบว่า อสม.ที่ไม่มีโรคประจำตัวมีคุณภาพ ชีวิตระดับดีกว่า อสม. ที่มีโรคประจำตัวเป็น 1.56

เท่า (OR=1.56; 95%CI: 1.15 to 2.12; p-value=0.004) ตัวแปรการสูบบุหรี่ พบว่า อสม. ที่ไม่ เคยสูบบุหรี่มีคุณภาพชีวิตระดับดีกว่า อสม. ที่ยังสูบ บุหรี่อยู่เป็น 5.42 เท่า (OR=5.42; 95%CI: 2.27 to 12.95; p-value<0.001) ตัวแปรทักษะความรู้ความ เข้าใจ พบว่า อสม.ที่มีทักษะความรู้ความเข้าใจ ระดับสูงมีคุณภาพชีวิตระดับดีกว่า อสม. ที่มีทักษะ ความรู้ความเข้าใจอยู่ในระดับต่ำเป็น 2.63 เท่า (OR=2.63; 95%CI: 1.83 to 3.77; p-value<0.001) ตัวแปรทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการ สุขภาพ พบว่า อสม. ที่มีทักษะการเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการสุขภาพระดับดีมากมีคุณภาพชีวิต ระดับดีกว่า อสม. ที่มีทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพระดับไม่ดีเป็น 4.97 เท่า (OR= 4.97; 95%CI: 2.52 to 9.82; p-value<0.001) ตัว แปรทักษะการสื่อสาร พบว่า อสม. ที่มีทักษะการ สื่อสารระดับดีมากมีคุณภาพชีวิตระดับดีกว่า อสม. ที่ มีทักษะการสื่อสารระดับไม่ดี เป็น 12.33 เท่า (OR= 12.23; 95%CI: 4.31 to 34.67; p-value<0.001) ตัวแปรทักษะการตัดสินใจ พบว่า อสม. ที่มีทักษะ การตัดสินใจระดับดีมากมีคุณภาพชีวิตระดับดีกว่า

อสม. ที่มีทักษะการตัดสินใจระดับไม่ดี เป็น 9.45 เท่า (OR=9.45; 95%CI: 3.88 to 22.99; p-value<0.001) ตัวแปรทักษะการจัดการตนเองพบว่า อสม. ที่มีทักษะการจัดการตนเองระดับดีมากมีคุณภาพชีวิตระดับดีกว่า อสม. ที่มีทักษะการจัดการตนเองระดับไม่ดี เป็น 3.11 เท่า (OR=3.11; 95%CI: 1.50 to 6.44; p-value< 0.001) และ ตัวแปรทักษะการรู้เท่าทันสื่อพบว่า อสม. ที่มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อระดับดีมากมีคุณภาพชีวิตระดับดีกว่า อสม. ที่มีทักษะการรู้เท่าทันสื่อระดับไม่ดี เป็น 5.67 เท่า (OR=5.67; 95%CI: 2.44 to 13.10; p-value<0.001) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude Analysis) กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดชัยภูมิ (n=788)

ปัจจัย	จำนวน	คุณภาพ% ชีวิตระดับดี	Crude OR	95%CI	p-value
เพศ					0.008
ชาย	137	51.82	1		
หญิง	651	63.90	1.64	1.13 to 2.38	
อายุ(ปี)					0.099
< 30	12	58.33	1		
30-39	81	72.83	1.91	0.55 to 6.67	
40-49	298	63.08	1.22	0.37 to 3.93	
50-59	397	58.69	1.01	0.31 to 3.25	
ระดับการศึกษา					0.019
ประถมศึกษา	262	56.48	1		
มัธยมศึกษาตอนต้น	224	58.92	1.10	0.77 to 1.58	
ม.ปลาย/ปวช.	266	68.79	1.69	1.18 to 2.42	
อนุปริญาปวส. ขึ้นไป/	36	66.67	1.54	0.73 to 3.21	
สถานภาพการสมรส					0.079
สมรส(จดทะเบียนสมรส)	572	59.61	1		
หม้ายหย่า/แยก/	83	62.65	1.13	0.70 to 1.82	
อยู่ด้วยกัน(ไม่จดทะเบียน)	80	67.50	1.40	0.85 to 2.31	
โสด	53	75.40	2.08	1.09 to 3.98	
หนี้สิน					0.065
มี	685	60.58	1	0.42 to 1.03	
ไม่มี	103	69.90	1.51	0.97 to 2.38	
การมีโรคประจำตัวโรคประจำตัวที่รับยาประจำ					0.004
มี	253	54.54	1		
ไม่มี	535	65.23	1.56	1.15 to 2.12	

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude Analysis) กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดชัยภูมิ (n=788) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	คุณภาพชีวิต% ระดับดี	Crude OR	95%CI	p-value
การสูบบุหรี่					<0.001
เคยและยังสูบบุหรี่	28	25.0	1		
เคยแต่เลิกแล้ว	80	52.50	3.31	1.26 to 8.67	
ไม่เคย	680	64.41	5.42	2.27 to 12.95	
ระดับทักษะความรู้ ความเข้าใจ					<0.001
ต่ำ	261	49.81	1		
ปานกลาง	260	63.08	1.72	1.21 to 2.44	
สูง	267	72.28	2.63	1.83 to 3.77	
ระดับทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ					<0.001
ไม่ดี	39	43.59	1		
พอใช้	139	29.50	0.54	0.26 to 1.12	
ดี	237	56.12	1.65	0.84 to 3.28	
ดีมาก	373	79.36	4.97	2.52 to 9.82	
ระดับทักษะการสื่อสาร					<0.001
ไม่ดี	20	25.00	1		
พอใช้	152	32.24	1.47	0.49 to 4.15	
ดี	220	52.27	3.29	1.15 to 9.35	
ดีมาก	396	80.30	12.23	4.31 to 34.67	
ระดับทักษะการตัดสินใจ					<0.001
ไม่ดี	27	25.93	1		
พอใช้	141	30.50	1.25	0.49 to 3.19	
ดี	185	55.68	3.59	1.45 to 8.90	
ดีมาก	435	76.78	9.45	3.88 to 22.99	
ระดับทักษะการจัดการตนเอง					<0.001
ไม่ดี	32	53.13	1		
พอใช้	147	33.33	0.44	0.20 to 0.96	
ดี	166	45.78	0.75	0.35 to 1.59	
ดีมาก	443	77.78	3.11	1.50 to 6.44	
ระดับทักษะการรู้เท่าทันสื่อ					<0.001
ไม่ดี	25	36.00	1		
พอใช้	204	32.35	0.85	0.35 to 2.02	
ดี	77	58.44	2.5	0.98 to 6.36	
ดีมาก	492	76.14	5.67	2.44 to 13.10	

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลาย
ตัวแปร (Multivariable analysis) ใช้สถิติวิเคราะห์
ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression)
ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัว

(Backward elimination) พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากการระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดชัยภูมิในจังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ ทักษะความรู้ ความเข้าใจระดับสูง มีคุณภาพชีวิตระดับดีกว่าทักษะความรู้ ความเข้าใจระดับต่ำเป็น

2.05 เท่า (OR_{adj}=2.05; 95%CI: 1.39 to 3.02; p-value<0.001) และทักษะการตัดสินใจ ระดับดีมาก มีคุณภาพชีวิตระดับดีกว่าทักษะการตัดสินใจระดับไม่ดี เป็น 9.31 เท่า (OR_{adj}=9.31; 95%CI: 3.80 to 22.81; p-value<0.001) (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดชัยภูมิ (n=788)

ปัจจัย	จำนวน	%คุณภาพชีวิตระดับดี	Crude OR	Adj.OR	95%CI	P-Value
ระดับทักษะความรู้ ความเข้าใจ						<0.001
ต่ำ	261	49.81	1	1		
ปานกลาง	260	63.08	1.72	1.59	1.09 to 3.32	
สูง	267	72.28	2.63	2.05	1.39 to 3.02	
ทักษะการตัดสินใจ						<0.001
ระดับไม่ดี	27	25.93	1	1		
ระดับพอใช้	141	30.50	1.25	1.38	0.54 to 3.52	
ระดับดี	185	55.68	3.59	3.74	1.50 to 9.36	
ระดับดีมาก	435	76.78	9.45	9.31	3.80 to 22.81	

การอภิปรายผล

1. ระดับคุณภาพชีวิตและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอสม. จากการระบาดของโรคโควิด-19 ในจังหวัดชัยภูมิ พบว่า อยู่ในระดับดี ร้อยละ 61.80 ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.20 จากผลการวิจัยพบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี เนื่องจาก อสม. ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวถึง ร้อยละ 67.79 ไม่มีปัญหาการนอนหลับ ร้อยละ 55.58 มีระดับการศึกษาที่จะสามารถพัฒนาความรู้ได้ และมีการออกกำลังกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันตัวเองจากการเจ็บป่วยและถึงแม้จะปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดโควิด-19 อย่างหนักก็สามารถจัดการเวลาเพื่อให้มีเวลาว่างเพื่อทำงานบ้าน ไปพบเพื่อน เพื่อผ่อนคลาย โดยที่เป็นไปตามหลัก 3อ. 2ส. ทำให้ อสม. ส่วนใหญ่ที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอสม. ใน อ.พนมสารคาม จ.ฉะเชิงเทรา¹² พบว่า คุณภาพชีวิตของอสม. โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับสูง และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยรวม 5 ทักษะ พบว่า อยู่ในระดับดี ร้อยละ 42.39 รองลงมาในระดับดีมาก ร้อยละ 38.96 ระดับทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ พบว่า อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 47.34 ระดับดี ร้อยละ 30.08 ระดับทักษะการสื่อสาร พบว่า อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 50.25 ระดับดี ร้อยละ 27.92 ระดับทักษะการตัดสินใจ พบว่า อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 55.20 ระดับดี ร้อยละ 23.48 ระดับทักษะการจัดการตนเอง พบว่า อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 56.22 ระดับดี ร้อยละ 21.07 ระดับทักษะการรู้เท่าทันสื่อ พบว่า อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 61.17 ระดับดี ร้อยละ 9.77 จากผลการวิจัย

พบว่า ที่ อสม. มีระดับความรู้ด้านสุขภาพซึ่งอยู่ในระดับดี ถึงระดับดีมากนั้น อสม. ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ทำให้ไม่มีปัญหาในการเรียนรู้ และ อสม. เองเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัยการวางแผนเพื่อการแนะนำเผยแพร่ความรู้ และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่างๆ เช่น การเฝ้าระวังป้องกันโรค การช่วยเหลือขั้นต้น การส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจิตติยา ใจคำ¹³ ที่พบว่า อสม. มีความรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. โดยรวมอยู่ในระดับมากร้อยละ 44.31 เมื่อจำแนกพบว่า อยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 6 ทักษะ แต่แตกต่างกับการศึกษาของอารีย์ แร่ทอง¹⁴ ที่พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจากการระบาดของโรคโควิด - 19 ในจังหวัดชัยภูมิ จากการศึกษาโดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 788 คน ได้แก่

ทักษะความรู้ ความเข้าใจ พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของอสม. โดยที่ทักษะความรู้ความเข้าใจในระดับสูง ($OR_{adj}=2.05$; 95%CI: 1.39 to 3.02; p-value<0.001) เมื่อเทียบกับระดับต่ำ ทั้งนี้เนื่องจากความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะความรู้ความเข้าใจ ระดับสูง มีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยจะเห็นได้ว่าหากมีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง จะส่งผลให้สามารถที่จะปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้มีความพึงพอใจในชีวิตทุกด้าน ทั้งทางด้านสุขภาพกาย ใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งอรรวรรณ น้อยวัฒน์¹⁵ ได้กล่าวว่าการพัฒนาตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ควรพัฒนาสุขภาพในด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และโดยเฉพาะการพัฒนาทางด้านสติปัญญา ได้แก่ การเพิ่มทักษะทางด้านความรู้ให้กับตนเอง การเข้ารับ

การอบรมเพื่อเพิ่มความรู้ การศึกษาข้อมูลด้วยตนเอง จากสื่อสารสนเทศ รวมไปถึงการสังเกตความเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม

ทักษะการตัดสินใจ พบว่า มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ดีของอสม. โดยที่ทักษะการตัดสินใจ ระดับดีมาก ($OR_{adj}=9.31$; 95%CI: 3.80 to 22.81; p-value<0.001) เมื่อเทียบกับระดับไม่ดี โดยจะเห็นได้ว่าหากมีความสามารถในการเข้าถึงและตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นการเลือกที่จะตัดสินใจเลือกแหล่งบริการสุขภาพ การเปรียบเทียบข้อมูลด้านสุขภาพจากหลายแหล่งและตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้านสุขภาพ รวมไปถึงการสอบถาม หรือขอคำปรึกษาจากผู้รู้หรือผู้ให้บริการด้านสุขภาพเกี่ยวกับข้อควรปฏิบัติ ก่อนที่เลือกตัดสินใจเชื่อหรือปฏิบัติตาม จะทำให้สามารถเลือกที่จะปฏิบัติตัวให้ได้อย่างถูกต้องและเพื่อให้มีความพึงพอใจในการทำสิ่งต่างๆ ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งทางด้านสุขภาพกาย ใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม จากที่กล่าวมาจึงจะเห็นได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของ อสม. ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของอสม. จังหวัดภูเก็ต¹⁶ ผลการวิจัย พบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิต คือ ระดับสุขภาพจิต ความรู้ด้านสุขภาพ ระดับการศึกษา และระยะเวลาทำงานของ อสม. โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์พหุคูณ 0.639 สามารถอธิบายความแปรปรวนคุณภาพชีวิตโดยรวมของ อสม. ร้อยละ 39.50 จะเห็นได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของ อสม. โดยมีค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์พหุคูณ 0.368 และอธิบายความแปรปรวนพฤติกรรมสุขภาพ ได้ร้อยละ 12.60

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ จากข้อค้นพบ ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ความรู้ระดับสูงของอสม. และความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตระดับดีของอสม. ในจังหวัดชัยภูมิ ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้กับ อสม. ในจังหวัดชัยภูมิ ให้มีกิจกรรมเช่น เช่น การจัดกิจกรรมอบรมความรู้ให้กับ อสม. รวมไปถึงการสนับสนุนให้ อสม. เข้าร่วมชมนิทรรศการ เพื่อเป็นการสนับสนุนให้ อสม. มีความรู้ที่สูงขึ้น เพื่อให้ อสม. มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตามไปด้วย รวมถึงกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการรณรงค์ส่งเสริม เพิ่มศักยภาพและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะการตัดสินใจให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดชัยภูมิ และจากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ยังคงมีตัวแปรต้นบางตัวแปรที่ต้องมีการพัฒนาและพัฒนาให้กับ อสม. เนื่องจากผลการวิจัย พบว่า ตัวแปรบางมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดปัญหาสุขภาพให้กับ อสม. ในจังหวัดชัยภูมิได้ เช่น ทักษะความรู้ความเข้าใจ เนื่องจาก อสม. มีทักษะความรู้ความเข้าใจระดับต่ำถึงร้อยละ 33.12 และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่พบว่า อสม. ยังคงดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ถึงร้อยละ 25.76

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรวิจัยประเด็นการสร้างตระหนัก/การมีส่วนร่วมต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้กับ อสม. รวมถึงการพัฒนาโปรแกรมศึกษาหรือแนวทางการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นรูปธรรม โดยวิจัยเชิงทดลองหรือวิจัยเชิงปฏิบัติการให้กับ อสม. ในจังหวัดชัยภูมิ และควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตโดยใช้กรอบแนวคิดในเรื่องของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกลุ่ม

ตัวอย่างอื่น ๆ เช่น บุคลากรอาสาสมัครด้านอื่น ๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาอย่างยิ่งจากบุคคลหลาย ๆ ท่านที่ท่านได้เสียสละเวลาอันมีค่าอย่างยิ่งในการให้คำปรึกษาชี้แนะด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้บริหารทุกระดับของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะ และขอขอบคุณ อสม. ในจังหวัดชัยภูมิที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลจนบรรลุผลสำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Industrial Development Organization [Internet]. 2021. [cited 2022 Jan 5]. Available from: <https://www.unido.org/researchers/publications>
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือ อสม. ยุคใหม่. กรุงเทพมหานคร:ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด. 2554.
3. คณะวิจัยวิทยาลัยพยาบาลและวิทยาลัยการสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของ อสม. 2564 งานวิจัยการถอดรูปแบบสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
4. กรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต. [อินเทอร์เน็ต]. 2563. [เข้าถึงเมื่อ 12 มกราคม 2565] เข้าถึงได้จาก: https://dmh.go.th/ebook/files.PDF?fbclid=IwAR0zo679NjEffByZq4XPoMIAJf1nj_HuEKdynnNe4E_R3fi9mA5bUaG04JM.
5. วราภรณ์ ปันบรรจงและพิศณุ พูนเพชรพันธ์. คุณภาพชีวิตการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี. วารสารบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2560; 10(1): 143-154
6. สุวรรณ หล่อโลหะการ และประพรศรี นรินทร์รักษ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 30(ฉบับเพิ่มเติม 3): 156-169.
7. Hsieh FY, Bloch D, Larsen M. A Simple Method of Sample Size Calculation for Linear and Logistic Regression. Statistics in medicine. 1998; 17(14): 1623-34.
8. Best J.W. Research in Education. New York: Prentice-Hall, Englewood cliffs. 1977.
9. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives. The classification of educational goals. 1st ed. ed. New York: Longmans, Green. 1956.
10. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of psychology. 1932.
11. กรมสุขภาพจิต. เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI). [อินเทอร์เน็ต]. เชียงใหม่: 2545. [เข้าถึงเมื่อ 29 มกราคม 2565] เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/test/download/view.asp?id=17>. 2545
12. กาญจนา ศักดิ์ชลลธร, นวสินธ์ วงศ์ประสิทธิ์, และ นิรัตน์ อิมามี. รูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอพนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา. วารสารเซนต์จอห์น. 2564; 23(32): 331-350.
13. จิตติยา ใจคำ, จักรกฤษณ์ วัชรราชูร์, และอักษร ทอประชุม. ความรอบรู้ด้าน

สุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน. วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ. 2564;

8(2): 1-24.

14. อารีย์ แร่ทอง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ 2ส ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกรณีศึกษาตำบลหินตก อำเภอร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2562; 15(3): 62-70.

15. อรวรรณ น้อยวัฒน์. สุขภาพกับคุณภาพชีวิต. [อินเทอร์เน็ต]. 2560.

[เข้าถึงเมื่อ 20 มกราคม 2565].

เข้าถึงได้จาก:

<https://www.stou.ac.th/schools/shs/booklet/book553/pbhealth.html>.

16. สุวรรณ หล่อโลหะการ, และ ประพรศรี นรินทร์รักษ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 30(3): S414-S422.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน จากการระบาดของโรคโควิด-19 ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย

เอกพล นิลเกตุ¹, ฤกษ์กัณทร สุวรรณพันธุ์², สุพัฒน์ อาสนะ², คนธ์พงษ์ คนรู้ชินพงศ์²

(วันที่รับบทความ: 14 พฤศจิกายน 2565; วันที่แก้ไข: 11 มกราคม 2566; วันที่ตอบรับ: 23 มิถุนายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของกำลังคนด้านสุขภาพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดหนองคาย โดยใช้ทฤษฎีสองปัจจัย (Two factor theory) ของ Frederick Herzberg ประชากรที่ศึกษาจำนวน 525 คน ซึ่งถูกเลือกโดยการสุ่มแบบเป็นระบบได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 207 คน ใช้แบบสอบถามมีโครงสร้างที่ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบาช (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.96 ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการอธิบายปัจจัยแรงจูงใจคุณภาพชีวิตการทำงานและสถิติการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นหลายตัวแปร ประเมินปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน นำเสนอค่า Adjusted mean difference และ p-value

ผลการวิจัยพบว่า แรงจูงใจภาพรวมอยู่ในระดับมาก ปัจจัยจูงใจอยู่ในระดับมาก ปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมาก ด้านคุณภาพชีวิตการทำงาน มีภาพรวมอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของกำลังคนด้านสุขภาพได้แก่ ปัจจัยด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน (Mean diff.Adj = 8.97; 95% CI: 3.051 to 14.34; p-value <0.001) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงาน (Mean diff.Adj = 11.67; 95% CI: 6.12 to 17.22; p-value <0.001) ปัจจัยด้านตำแหน่งหน้าที่ (Mean diff.Adj = 10.93; 95%CI: 4.71 to 17.15; p-value<0.001) ปัจจัยด้านความเป็นอยู่ส่วนตัว (Mean diff.Adj = 13.47; 95% CI: 5.98 to 20.98; p-value<0.001)

ข้อเสนอแนะ ควรมีการสร้างแรงจูงใจพร้อมกับการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตการทำงานของกำลังคนด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยจัดให้ค่าตอบแทนที่เหมาะสมเป็นธรรมกับลักษณะการปฏิบัติงานของแต่ละตำแหน่งหน้าที่ ตลอดจนการสร้างความสัมพันธ์ในองค์กรที่ดี เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกันภายใต้ข้อจำกัดด้านบุคลากรให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

คำสำคัญ: แรงจูงใจ, คุณภาพชีวิตการทำงาน, ปัจจัยจูงใจ, ปัจจัยค้ำจุน

¹ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, Email: 63202501021@scphkk.ac.th

² อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สถาบันพระบรมราชชนก, Email: kritkantorn@gmail.com, supataana@scphkk.ac.th, khonpong@scphkk.ac.th
Corresponding Author: ฤกษ์กัณทร สุวรรณพันธุ์, Email: kritkantorn@gmail.com

Factors Related to Quality of Work Life in COVID-19 Outbreak of Personnel in Health Promoting Hospitals, Nongkhai Province

Eakkaphol Nilkate¹, Kritkantorn Suwannaphant², Supat Assana², Khonpong Khonroochinnapong²

(Received: 14th November 2023; Revised: 11st January 2023; Accepted: 23rd June 2023)

Abstract

This cross-sectional study aimed to examine the relationship between health workers' motivation and the quality of their working lives in sub-district health promoting hospitals in Nong Khai Province using Frederick Herzberg's Two Factor Theory. A total of 525 study populations were selected through a systematic random sampling of 207 participants using a structured questionnaire whose content was validated by three experts. The accuracy of the instrument was evaluated. The value of the Cronbach's Alpha coefficient was 0.96. We used descriptive statistics to describe motivational factors and the quality of work life. Using an Adjusted Mean difference and a p-value, a multivariate linear regression analysis was applied to evaluate factors influencing the quality of work life.

The results indicated that overall motivation, motivating factors, supporting factors, and quality of life at work were all high. Factors related to the quality of work life of the health workforce were: salary and remuneration factor (Mean diff.Adj = 8.97; 95% CI: 3.051 to 14.34; p-value <0.001), work environment factor (Mean diff.Adj = 11.67; 95% CI: 6.12 to 17.22; p-value <0.001), function position factor (Mean diff.Adj = 10.93; 95% CI: 4.71 to 17.15; p-value<0.001), privacy factor (Mean diff.Adj = 13.47; 95% CI: 5.98 to 20.98; p-value <0.001).

In addition to improving the quality of working life for health employees in subdistrict health promotion hospitals, it is recommended that they be motivated by providing compensation that is reasonable and commensurate with the performance characteristics of each position, as well as by encouraging good organizational relationships which enable collaboration despite personnel limitations for maximum efficiency.

Keyword: Motivation, Quality of work life, Motivating factors, Hygiene factors

¹ Mater of Public Health student, Sirindhorn College of Public Health, Khon kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute. Email: 63202501021@scphkk.ac.th

² Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Khon kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute. Email: kritkantorn@gmail.com, supataana@scphkk.ac.th, khonpong@scphkk.ac.th

Corresponding Author: Kritkantorn Suwannaphant, Email: kritkantorn@gmail.com

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Corona Virus Disease 2019) ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อโรคโควิด 19 เกิดการระบาดใหญ่ในวันที่ 15 มีนาคม 2563 จากการเข้าชมการแข่งขันชกมวย ณ สนามมวยลุมพินี ทำให้เกิดการแพร่ระบาดเป็นวงกว้างทั่วประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ประกาศให้โรคโควิด 19 เป็นโรคติดต่ออันตรายตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 เพื่อป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคสถานการณ์การระบาดในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อสะสม 3,423,956 ราย เสียชีวิตสะสม 24,497 ราย รวมถึงกำลังคนด้านสุขภาพที่ติดเชื้อจำนวน 4,270 ราย¹

กำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นด่านหน้าในการดูแลสุขภาพประชาชนตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เกิดดำรงชีพ จนถึงตาย² เมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 กำลังคนด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลต้องดำเนินงานเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในระดับชุมชน อย่างไรก็ตามในการปฏิบัติงานการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ยังพบว่าในหลายพื้นที่ยังมีข้อจำกัดในด้านจัดสรรกำลังคนด้านสุขภาพในการออกตรวจคัดกรอง ติดตามและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตการทำงาน (Quality of work life) ของกำลังคนด้านสุขภาพได้¹

ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตการทำงานให้มีประสิทธิภาพ แรงจูงใจนับเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งที่เป็นสิ่งกระตุ้นให้กำลังคนด้านสุขภาพมีขวัญและกำลังใจ ในการเข้าร่วมกิจกรรมหรืองานต่าง ๆ อย่างเต็มความสามารถ ซึ่งทฤษฎีสองปัจจัย (Two factor theory)³ อธิบายให้มีความสำคัญกับปัจจัยสองประการ ได้แก่ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้น (Motivation factors) ได้แก่ ความสำเร็จในการทำงานของกำลังคนด้านสุขภาพ การได้รับการยอมรับนับถือ ลักษณะงานที่ปฏิบัติ ความรับผิดชอบในงานและความก้าวหน้าในงาน และ

ปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene factors) ได้แก่ นโยบายและการบริหาร เงินเดือนและค่าตอบแทน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความมั่นคงในงาน การปกครองบังคับบัญชา ตำแหน่งงานและความเป็นอยู่ส่วนตัว ซึ่งแรงจูงใจจะเป็นปัจจัยที่กระตุ้นและส่งเสริมให้กำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดียิ่งขึ้น จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาพบว่าแรงจูงใจในภาพรวมทุก ๆ ด้านมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ปัจจัยจูงใจในภาพรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าพนักงานสาธารณสุข ส่วนปัจจัยค้ำจุนในภาพรวมทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าพนักงานสาธารณสุข⁴

จากสถานการณ์ข้างต้นผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของแรงจูงใจและคุณภาพชีวิตการทำงาน ของกำลังคนด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ปฏิบัติงานจากการระบาดของโรคโควิด 19 เพื่อใช้ข้อมูลในการสร้างแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งจะส่งผลให้กำลังคนด้านสุขภาพปฏิบัติงานอย่างมีความสุข มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตการทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น นำมาซึ่งการรักษา กำลังคนด้านสุขภาพที่มีความรู้ความสามารถให้คงอยู่กับองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาระดับปัจจัยจูงใจ ระดับปัจจัยค้ำจุนและระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน จากการระบาดของโรคโควิด-19 ของกำลังคนด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย

2) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ระดับปัจจัยจูงใจ ระดับปัจจัยค้ำจุนที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานจากการระบาดของโรคโควิด-19 ของกำลังคนด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษาเป็นกำลังคนด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย จำนวน 525 คน กลุ่มตัวอย่างคำนวณโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร⁵ จากการทบทวนงานวิจัยเรื่องแรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดปราจีนบุรี⁶ ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 207 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยสุ่มตามสัดส่วนจำนวนประชากรทั้ง 9 อำเภอในจังหวัดหนองคายและการสุ่มกลุ่มตัวอย่างอย่างง่ายให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 207 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) จำนวน 1 ชุด ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้ข้อมูลโดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามนาน 30 นาที ในการตอบแบบสอบถามอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเสียเวลาในการปฏิบัติงาน ซึ่งกลุ่มตัวอย่างสามารถนำแบบสอบถามกลับไปทำที่บ้านได้และนำมาส่งให้กับผู้ช่วยนักวิจัยได้ในวันหลัง โดยอาจจะใช้เวลาไม่เกิน 30 วัน ในการส่งแบบสอบถามคืนให้กับผู้ช่วยนักวิจัย ซึ่งผู้วิจัยได้มีกล่องสำหรับการส่งคืนแบบสอบถามไว้สำหรับการส่งคืนแบบสอบถามเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบ่งแบบสอบถามเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษาสูงสุด โรคประจำตัว ตำแหน่งที่ปฏิบัติงาน ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน รายได้(เงินเดือนและค่าตอบแทนอื่น)และภาระหนี้สิน จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับปัจจัยแรงจูงใจโดยอาศัยแนวคิดของ Herzberg³ จำนวน 68 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval Scale)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงาน ของกำลังคนด้านสุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ตามแนวคิดของ Walton⁷ จำนวน 50 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) ข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 43 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 7 ข้อ คือ ข้อ 5, 9, 28, 33, 34, 36 และ 39 มีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale)

การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การสร้างเครื่องมือเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1) ศึกษาเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในทฤษฎีสองปัจจัยตามแนวคิดของ Herzberg³ และทฤษฎีคุณภาพชีวิตการทำงาน⁷ จากการระบาดโรคโควิด-19 เพื่อเป็นแนวทาง ในการกำหนดโครงสร้างของแบบสอบถาม

2) นำแนวคิดที่ได้จากการศึกษาดังกล่าว มาสร้างเครื่องมือ ให้ครอบคลุมเนื้อหาและสอดคล้องกับนิยามปฏิบัติการ

3) นำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นมา เข้าสู่กระบวนการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) นำเครื่องมือฉบับร่างที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขแล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม (Content Validity) โดยคัดเลือก ข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป รวมทั้งปรับปรุงแก้ไขภาษาตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

4) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกำลังคนด้าน

สุขภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอปากคาด จังหวัดบึงกาฬ เนื่องจากมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค^๑ ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดังนี้ 1) แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการปฏิบัติงานของกำลังคนด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น 0.96 และ 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตการทำงานของกำลังคนด้านสุขภาพ มีค่าความเชื่อมั่น 0.95

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้ศึกษาดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติพรรณนากรณีข้อมูลแจกแจงนับใช้สถิติการแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) กรณีข้อมูลต่อเนื่องใช้สถิติค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) สถิติอนุมานใช้สถิติ Simple linear regression เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude Analysis) โดยวิเคราะห์ทีละคู่ (Bivariate) ผลที่ได้คือ Crude Odds และ p-value พิจารณาว่า p-value<0.25 เพื่อทำการเลือกตัวแปรอิสระเข้าสู่โมเดลการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นหลายตัวแปร (Multiple linear regression) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตของกำลังคนด้านสุขภาพสาธารณสุขและตัวแปรอิสระ (Final model) โดยวิเคราะห์คราวละหลายตัวแปร นำตัวแปรที่ผ่านการคัดเลือกในขั้นตอนการวิเคราะห์อย่างหยาบ (Crude analysis) เข้าสู่โมเดล Multivariate ในการวิเคราะห์ ผลที่ได้คือ Adjusted mean difference และ p-value

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลจากการศึกษาคุณลักษณะส่วนบุคคลของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 80.19 มีอายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 43.00

อายุเฉลี่ย 36.75 ปี (S.D.=9.25) สถานภาพสมรส ร้อยละ 50.73 ด้านระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.03 ด้านตำแหน่งการปฏิบัติงานในตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 37.20 ด้านประสบการณ์ในการทำงานอยู่ในช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 50.72 ค่ามัธยฐาน 10 ปี น้อยสุด 1 ปี มากสุด 38 ปี ด้านรายรับต่อเดือนอยู่ระหว่าง 20,001-30,000 บาท ร้อยละ 37.20 เฉลี่ย 28,866.86 บาท (S.D.= 12,523.06) ด้านรายจ่ายต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,001- 20,000 บาท ร้อยละ 44.45 ค่ามัธยฐาน 19,000 บาท รายจ่ายต่อเดือนต่ำสุด 5,000 บาท สูงสุด 80,000 บาท ด้านภาระหนี้สินส่วนใหญ่ไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 85.99

2. ระดับแรงจูงใจของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย พบว่าในภาพรวมระดับแรงจูงใจมีระดับมาก ร้อยละ 100 ระดับปัจจัยจูงใจระดับมาก ร้อยละ 88.89 มีระดับปัจจัยค่าจูงใจระดับมาก ร้อยละ 82.61 โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 ระดับปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงานอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 91.30

2.2 ระดับปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 71.98

2.3 ระดับปัจจัยจูงใจด้านลักษณะของงานของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยจูงใจด้านลักษณะของงาน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 82.61

2.4 ระดับปัจจัยจิตใจด้านความรับผิดชอบในงาน ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยจิตใจด้านความรับผิดชอบในงาน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.51

2.5 ระดับปัจจัยจิตใจด้านความก้าวหน้าในงาน ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยจิตใจด้านความก้าวหน้าในงาน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.99

2.6 ระดับปัจจัยด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 53.14

2.7 ระดับปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 78.26

2.8 ระดับปัจจัยด้านการปกครองบังคับบัญชา ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยด้านการปกครองบังคับบัญชาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.23

2.9 ระดับปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยด้านนโยบายและการบริหาร อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.68

2.10 ระดับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงาน ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 59.42

2.11 ระดับปัจจัยด้านตำแหน่งหน้าที่ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยด้านตำแหน่งหน้าที่ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.91

2.12 ระดับปัจจัยปัจจัยด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับปัจจัยด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 77.29

2.13 ระดับปัจจัยด้านความเป็นอยู่ส่วนตัว ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับปัจจัยด้านความเป็นอยู่ส่วนตัวอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.68 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงจำนวน ร้อยละ และระดับปัจจัยจิตใจ ปัจจัยด้าน การระบาดของโรคโควิด-19 ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย (n=207)

แรงจูงใจ	จำนวน	ร้อยละ	แปลผล
ปัจจัยจิตใจ	184	88.89	มาก
1. ด้านความสำเร็จในการทำงาน	189	91.30	มาก
2. ด้านการยอมรับนับถือ	149	71.98	มาก
3. ด้านลักษณะของงาน	171	82.61	มาก
4. ด้านความรับผิดชอบในงาน	177	85.51	มาก

แรงจูงใจ	จำนวน	ร้อยละ	แปลผล
5. ด้านความก้าวหน้าในงาน	178	85.99	มาก
ปัจจัยคำจูง	171	82.61	มาก
1. ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน	110	53.14	มาก
2. ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล	162	78.26	มาก
3. ด้านการปกครองบังคับบัญชา	164	79.23	มาก
4. ด้านนโยบายและการบริหาร	167	80.68	มาก
5. ด้านสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงาน	123	59.23	มาก
6. ด้านตำแหน่งหน้าที่	153	73.91	มาก
7. ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน	160	77.29	มาก
8. ด้านความเป็นอยู่ส่วนตัว	167	80.68	มาก
ภาพรวมแรงจูงใจ	207	100.00	มาก

ระดับคุณภาพชีวิตการทำงานจากการระบาดของโรคโควิด-19 ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จังหวัดหนองคาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตการทำงาน อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.39 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ตารางแสดงจำนวน ร้อยละและระดับคุณภาพชีวิตการทำงานจากการระบาดของโรคโควิด-19 ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย (n=207)

ระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำถึงปานกลาง	82	39.61
ระดับสูง	125	60.39

Mean $\pm$ S.D. = 192.11 $\pm$ 22.92, Median (Min: Max) = 189 (129: 246)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน จากการระบาดของโรคโควิด-19 ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย

วิเคราะห์หาโมเดลที่ดีที่สุด (The best model) ใช้วิธีการตัดตัวแปรออกทีละตัวแปร (Backward elimination) โดยขจัดตัวแปรที่มีค่า p-value > 0.05 ออกทีละตัวแปร จนกว่าจะไม่สามารถตัดตัวแปรใด ๆ ออกจากโมเดลได้ เนื่องจากไม่มีตัวแปรใดที่มีค่า p-value > 0.05 ถือเป็นโมเดลสุดท้ายที่จะอธิบายตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน ตัวแปร

อิสระที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน จากการระบาดของโรคโควิด-19 ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย และคัดเลือกโมเดลเพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์แบบหลายตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยด้านอายุโดยพบว่ากลุ่มอายุระหว่าง 21 – 30 ปีขึ้นไป (Mean diff. = -08.68; 95% CI: -16.18 to -1.16; p-value 0.009) ด้านปัจจัยด้านสภาพ (Mean diff. = -2.35; 95% CI: -9.02 to 4.31; p-value 0.197) ด้านตำแหน่งงาน (Mean diff. = 2.19; 95% CI: -5.07 to 9.46; p-value 0.175) ด้านประสิทธิภาพในการทำงาน

(Mean diff. = -7.11; 95% CI: -14.52 to 0.29; p-value 0.041) ด้านรายรับต่อเดือนระหว่าง 10,000 – 20,000 บาท (Mean diff. = -7.49; 95% CI: -15.08 to 0.11; p-value 0.132) ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน (Mean diff. = 24.76; 95% CI: 14.12 to 35.40; p-value <0.001) ปัจจัยจูงใจด้านการยอมรับนับถือ (Mean diff. = 19.50; 95% CI: 13.02 to 25.99; p-value <0.001) ปัจจัยด้านลักษณะของงาน (Mean diff. = 23.67; 95% CI: 16.02 to 31.31; p-value <0.001) ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบในงาน (Mean diff. = 20.47; 95% CI: 11.98 to 28.96; P-value <0.001) ปัจจัยจูงใจด้านความก้าวหน้าในงาน (Mean diff. = 18.61; 95% CI: 9.91 to 27.31; p-value <0.001) ปัจจัยค่าจ้างด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน (Mean diff. = 17.91; 95% CI: 12.10 to 23.72; p-value

<0.001) ปัจจัยค่าจ้างด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Mean diff. = 48.37; 95% CI: 18.53 to 78.21; P-value <0.001) ปัจจัยค่าจ้างด้านการปกครองบังคับบัญชา (Mean diff. = 34.88; 95% CI: 4.24 to 65.60; p-value <0.001) ปัจจัยค่าจ้างด้านนโยบายและการบริหาร (Mean diff. = 31.00; 95% CI: 1.20 to 60.90; P-value <0.001) ปัจจัยค่าจ้างด้านสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงาน (Mean diff. = 20.61; 95% CI: 14.86 to 26.36; p-value <0.001) ปัจจัยค่าจ้างด้านตำแหน่งหน้าที่ (Mean diff. = 43.72; 95% CI: 14.45 to 72.99; p-value <0.001) ปัจจัยค่าจ้างด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน (Mean diff. = 21.52; 95% CI: 14.98 to 28.05; p-value <0.001) ปัจจัยค่าจ้างด้านความเป็นอยู่ส่วนตัว (Mean diff. = 27.93; 95% CI: 20.94 to 34.91; p-value <0.001) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับคุณภาพชีวิตการทำงาน จากการระบาดของโรคโควิด-19 ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย (n=207)

Factors	Quality of work life			
	n (Mean $\pm$ S.D.)	Mean difference	95% CI:	p-value
เพศ				0.527
ชาย	41 (187.37 $\pm$ 23.97)	1		
หญิง	166 (189.77 $\pm$ 22.49)	2.54	-5.36 to 10.23	
อายุ (ปี)				0.009
21-30	48 (192.23 $\pm$ 25.00)	1		
31-40	86 (184.01 $\pm$ 21.53)	-8.68	-16.18 to -1.16	
41-50	44 (194.89 $\pm$ 21.75)	1.79	-6.93 to 10.51	
51-60	12 (196.50 $\pm$ 19.30)	7.36	-5.85 to 20.56	
สถานภาพ				0.197
โสด	81 (189.83 $\pm$ 22.29)	1		
สมรส (อยู่ด้วยกัน)	105 (197.31 $\pm$ 23.56)	-2.35	-9.02 to 4.31	
หม้าย/หย่า/แยก	21 (197.14 $\pm$ 19.31)	7.46	-3.58 to 18.49	
การศึกษา				0.749
อาชีวศึกษา/อนุปริญญา	17 (191.71 $\pm$ 22.28)	1		
ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า	176 (188.80 $\pm$ 23.02)	-3.23	-14.75 to 8.29	
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	14 (192.64 $\pm$ 20.88)	0.39	-15.98 to 16.76	

Factors	Quality of work life			
	n (Mean $\pm$ S.D.)	Mean difference	95% CI:	p-value
โรคประจำตัว				0.476
มี	17 (185.59 $\pm$ 4.56)	1		
ไม่มี	190 (189.63 $\pm$ 22.62)	4.15	-7.30 to 15.61	
ตำแหน่งงาน				0.175
นักวิชาการสาธารณสุข	77 (189.19 $\pm$ 21.11)	1		
พยาบาลวิชาชีพ	76 (190.86 $\pm$ 25.90)	2.19	-5.07 to 9.46	
เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข	28 (181.86 $\pm$ 17.62)	11.66	-2.82 to 26.15	
เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข	15 (187.27 $\pm$ 22.02)	-7.15	-17.17 to 2.77	
แพทย์แผนไทย	11 (200.91 $\pm$ 25.90)	-2.00	-14.67 to 10.69	
ประสบการณ์ในการทำงาน				0.041
< 10	91 (189.70 $\pm$ 23.16)	1		
11-20	62 (182.73 $\pm$ 22.46)	-7.11	-14.52 to 0.29	
21-30	21 (195.76 $\pm$ 21.97)	6.08	-4.80 to 16.97	
> 30	9 (198.78 $\pm$ 19.24)	9.20	-6.51 to 24.90	
รายรับต่อเดือน				0.132
10,000-20,000	64 (191.98 $\pm$ 23.33)	1		
20,001-30,000	77 (184.62 $\pm$ 20.63)	-7.49	-15.08 to 0.11	
30,001-40,000	28 (190.57 $\pm$ 27.20)	-1.30	-11.47 to 8.89	
> 40,000	38 (193.29 $\pm$ 21.59)	1.47	-7.73 to 10.66	
รายจ่ายต่อเดือน				0.338
< 10,000	39 (183.26 $\pm$ 21.07)	1		
10,001-20,000	92 (191.41 $\pm$ 24.01)	8.33	-0.30 to 16.95	
20,001-30,000	39 (189.79 $\pm$ 21.97)	6.31	-3.91 to 16.53	
30,001-40,000	16 (186.06 $\pm$ 18.10)	2.75	-10.65 to 16.15	
> 40,000	21 (192.76 $\pm$ 24.29)	9.90	-2.31 to 22.12	
ภาระหนี้สิน				0.897
มี	29 (189.31 $\pm$ 24.56)	1		
ไม่มี	178 (189.29 $\pm$ 22.52)	0.60	-8.47 to 9.67	
ด้านความสำเร็จในการทำงาน				<0.001
น้อยถึงปานกลาง	18 (166.33 $\pm$ 17.92)	1		
มาก	189 (191.48 $\pm$ 21.98)	24.76	14.12 to 35.40	
ด้านการยอมรับนับถือ				<0.001
น้อยถึงปานกลาง	58 (175.05 $\pm$ 21.63)	1		
มาก	149 (194.84 $\pm$ 20.74)	19.50	13.02 to 25.99	
ด้านลักษณะของงาน				<0.001
น้อยถึงปานกลาง	36 (169.50 $\pm$ 17.09)	1		
มาก	171 (193.46 $\pm$ 21.60)	23.67	16.02 to 31.31	
ด้านความรับผิดชอบในงาน				<0.001
น้อยถึงปานกลาง	30 (171.80 $\pm$ 12.54)	1		
มาก	177 (192.26 $\pm$ 22.78)	20.47	11.98 to 28.96	

Factors	Quality of work life			
	n (Mean $\pm$ S.D.)	Mean difference	95% CI:	p-value
ด้านความก้าวหน้าในงาน				<0.001
น้อยถึงปานกลาง	29 (173.17 $\pm$ 23.67)	1		
มาก	178 (191.92 $\pm$ 21.55)	18.61	9.91 to 27.31	
ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน				<0.001
น้อยถึงปานกลาง	97 (179.76 $\pm$ 19.14)	1		
มาก	110 (197.70 $\pm$ 22.44)	17.91	12.10 to 23.72	
ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล				<0.001
น้อยถึงปานกลาง	45 (173.51 $\pm$ 18.79)	1		
มาก	162 (193.68 $\pm$ 21.84)	48.37	16.53 to 35.21	
ด้านการปกครองบังคับบัญชา				<0.001
น้อย	2 (140.00 $\pm$ 19.80)	1		
ปานกลาง	41 (176.00 $\pm$ 20.49)	34.88	4.24 to 65.60	
มาก	164 (193.22 $\pm$ 21.43)	52.00	21.90 to 82.01	
ด้านนโยบายและการบริหาร				<0.001
น้อย	2 (140.00 $\pm$ 19.80)	1		
ปานกลาง	38 (172.29 $\pm$ 17.82)	31.00	1.20 to 60.90	
มาก	167 (193.75 $\pm$ 21.30)	52.57	23.25 to 81.90	
ด้านสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงาน				<0.001
น้อยถึงปานกลาง	84 (176.93 $\pm$ 21.23)	1		
มาก	123 (197.74 $\pm$ 19.76)	20.61	14.86 to 26.36	
ด้านตำแหน่งหน้าที่				<0.001
น้อยถึงปานกลาง	54 (173.39 $\pm$ 19.51)	1		
มาก	153 (194.91 $\pm$ 21.15)	43.72	14.45 to 72.99	
ด้านความมั่นคงในการปฏิบัติงาน				<0.001
น้อยถึงปานกลาง	47 (172.17 $\pm$ 16.93)	1		
มาก	160 (194.33 $\pm$ 21.81)	21.52	14.98 to 28.05	
ด้านความเป็นอยู่ส่วนตัว				<0.001
น้อยถึงปานกลาง	40 (166.68 $\pm$ 16.49)	1		
มาก	167 (194.71 $\pm$ 20.63)	27.93	20.94 to 34.91	

จากการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Analysis) ใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุ (Multiple linear regression) ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัว (Backward elimination) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับคุณภาพชีวิตการทำงานจากการระบาดของโรคโควิด-19 ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ได้แก่ แรงจูงใจด้าน

เงินเดือนและค่าตอบแทน (Mean diff.Adj = 8.97; 95% CI: 3.051 to 14.34; p-value <0.001) แรงจูงใจด้านสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงาน (Mean diff.Adj = 11.67; 95% CI: 6.12 to 17.22; p-value <0.001) แรงจูงใจด้านตำแหน่งหน้าที่ (Mean diff. Adj = 10.93; 95% CI: 4.71 to 17.15; p-value<0.001) แรงจูงใจด้านความเป็นอยู่ส่วนตัว (Mean diff. Adj =

13.47; 95% CI: 5.98 to 20.98; p-value
<0.001) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับกับคุณภาพชีวิตการทำงาน จากการระบาดของโรคโควิด-19 ของ
กำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย (n=207)

Factors	Quality of work life				
	n (Mean $\pm$ S.D.)	Mean diff. Crude	Mean diff. Adj	95% CI:	p-value
ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน					<0.001
น้อยถึงปานกลาง	97 (179.76 $\pm$ 19.14)	1	1		
มาก	110 (197.70 $\pm$ 22.44)	17.91	8.97	3.051 to 14.34	
ด้านสภาพแวดล้อมการปฏิบัติงาน					<0.001
น้อยถึงปานกลาง	84 (176.93 $\pm$ 21.23)	1	1		
มาก	123 (197.74 $\pm$ 19.76)	20.61	11.67	6.12 to 17.22	
ด้านตำแหน่งหน้าที่					<0.001
น้อยถึงปานกลาง	54 (173.39 $\pm$ 19.51)	1	1		
มาก	153 (194.91 $\pm$ 21.15)	43.72	10.93	4.71 to 17.15	
ด้านความเป็นอยู่ส่วนตัว					<0.001
น้อยถึงปานกลาง	40 (166.68 $\pm$ 16.49)	1	1		
มาก	167 (194.71 $\pm$ 20.63)	27.93	13.47	5.98 to 20.98	
การอภิปรายผล	1) ระดับแรงจูงใจและระดับคุณภาพชีวิตการทำงานจากการระบาดโรคโควิด-19 ของกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย คุณภาพชีวิตการทำงานของกำลังคนด้านสุขภาพจะก่อให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน มีความสุขในการทำงานของบุคคล จากประสบการณ์ในการทำงานและสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงานในองค์กร ส่งผลให้บุคลากรมีขวัญกำลังใจ มีความผูกพันต่อองค์กรและส่งผลทำให้องค์กรจะบรรลุเป้าหมายตั้งไว้ ซึ่งองค์ประกอบที่สามารถชี้วัดคุณภาพชีวิตในการทำงาน เห็นได้จากองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตการทำงานจากแนวคิดของ Walton⁷ มาใช้ในการวัดคุณภาพชีวิตการทำงานเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมทุกมิติของการวัดระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน และเพื่อเป็นแนวทางในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตในการ ทำงานให้กำลังคนด้านสุขภาพ ส่งผลทำให้องค์กรได้รับผลของการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตการทำงานจากการระบาดโรคโควิด-19 ที่ส่งผลต่อกำลังคนด้านสุขภาพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดหนองคาย เพื่อใช้ข้อมูลในการปรับปรุงบุคลากรให้มีการทำงานอย่างมีความสุข มีแรงจูงใจในการปฏิบัติงานมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การศึกษาพบว่าระดับคุณภาพชีวิตการทำงานจากการระบาดของโรคโควิด-19 ของกำลังคนด้านสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 60.60 ซึ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตการทำงานมีองค์ประกอบ 8 ด้านด้วยกัน 1) ด้านค่าตอบแทนเพียงพอและยุติธรรม 2) ด้านการทำงานที่ปลอดภัยและไม่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ 3) ด้านพัฒนาศักยภาพบุคลากร 4) ด้านความก้าวหน้าและมั่นคงในการทำงาน 5) ด้านสังคมสัมพันธ์				

- 6) ด้านการบริหาร 7) ด้านความอิสระจากงาน
8) ด้านความภูมิใจในองค์กร

ทฤษฎีสองปัจจัย (Two factor theory) ของ Herzberg³ อธิบายให้มีความสำคัญกับปัจจัยสองประการ ได้แก่ปัจจัยจูงใจหรือปัจจัยกระตุ้น (Motivation factors) และปัจจัยค้ำจุนหรือปัจจัยสุขอนามัย (Hygiene factors) ซึ่งทั้งสองปัจจัยส่งผลต่อความสำเร็จของงาน เมื่อใดที่ปัจจัยจูงใจลดระดับลงจะส่งผลต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการทำงานจะลดลงตามไปด้วย อันเกิดจากบุคลากรเกิดความไม่พึงพอใจในการทำงาน เกิดความเบื่อหน่าย หดไฟในการทำงาน เป็นสาเหตุให้บุคลากรโยกย้ายเปลี่ยนสถานที่ทำงาน ลาออก ดังนั้นต้องผลักดันสร้างแรงจูงใจในการทำงานและกำจัดความไม่พึงพอใจในการทำงานให้หมดไปจะทำให้บุคลากรร่วมมือ เช่น ความสะดวกสบายในการเดินทางมาทำงาน ที่พักเหมาะสมกับการทำงาน จากการศึกษาพบว่าระดับปัจจัยแรงจูงใจจากการระบาดของโรค โควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดหนองคาย อยู่ในระดับแรงจูงใจมาก ร้อยละ 93.64 องค์ประกอบของแรงจูงใจตามทฤษฎีสองปัจจัย (Two factor theory) ได้แก่ปัจจัยจูงใจ ได้แก่ 1) ด้านความสำเร็จในการทำงานของบุคลากร 2) ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ 3) ด้านลักษณะงานที่ปฏิบัติ 4) ด้านความรับผิดชอบในงาน 5)ด้านความก้าวหน้าในงาน ปัจจัยค้ำจุน 1) ด้านนโยบายและการบริหาร 2)ด้านเงินเดือนและค่าตอบแทน 3)ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล 4) ด้านสภาพแวดล้อมในงาน 5) ด้านความมั่นคงในงาน 6) ด้านการปกครองบังคับบัญชา 7) ด้านตำแหน่งหน้าที่ 8) ด้านความเป็นอยู่ส่วนตัว

2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงาน จากการระบาดโรคโควิด-19 ของบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดหนองคาย พบว่า ปัจจัยแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของ

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดหนองคาย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านตำแหน่งหน้าที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) จากผลการวิจัย ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล พบว่าเพื่อนร่วมงานให้ความร่วมมือในการปฏิบัติงานในหน่วยงานเป็นอย่างดี ในระดับมากถึงมากที่สุดถึง ร้อยละ 85.72 รองลงมา บรรยากาศการปฏิบัติงานในหน่วยงานมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันดี ในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 82.68 ด้านตำแหน่งหน้าที่พบว่าวิชาชีพช่วยให้มีโอกาสทำงานใกล้ชิดกับประชาชนในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 87.36 รองลงมา ความภาคภูมิใจในการปฏิบัติงานในระดับมากถึงมากที่สุด ร้อยละ 80.85 เนื่องจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นหน่วยบริการด้านสาธารณสุขที่มีบุคลากรน้อยการทำงานจำเป็นต้องช่วยเหลือกันและกัน ส่งผลให้บุคลากรในองค์กรมีความสัมพันธ์ที่ดีไว้วางใจกันเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัย³ กล่าวว่าปัจจัยจูงใจ (Motivation factors) เป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับการทำงานโดยตรงเพื่อจูงใจ กระตุ้นให้เกิดความพึงพอใจแก่บุคลากรในองค์กร ให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยเป็นปัจจัยที่ตอบสนองความต้องการบุคลากร ปัจจัยค้ำจุน (Hygiene factors) เป็นปัจจัยที่จำเป็นจัดขึ้นเพื่อเป็นสิ่งส่งเสริมสนับสนุนการทำงานของบุคลากร ให้พึงพอใจอยู่ในองค์กรตลอดไป หากขาดปัจจัยนี้อาจส่งผลต่อความพึงพอใจในการทำงานได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมาของ นาทยา คำเสนา และคณะ⁴ ที่พบว่าแรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานในระดับสูง เนื่องจากแรงจูงใจเป็นกระบวนการในการตอบสนองความต้องการของบุคลากรในหน่วยงานส่งผลให้การทำงานในองค์กรประสบผลสำเร็จและได้รับสิ่งตอบแทนจากการทำงาน แรงจูงใจเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการทำงานอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีขึ้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ บุญยืน สุขแสงทอง⁹ ที่พบว่า

แรงจูงใจมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในระดับสูง ปัจจัยแรงจูงใจเป็นสิ่งที่ทำให้บุคลากรพึงพอใจในการทำงานและช่วยลดความไม่พึงพอใจในงาน

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนในระดับมาก ซึ่งทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคายควรดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ระดับตำบลเพื่อยกระดับแรงจูงใจให้มากขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและส่งผลต่อคุณภาพของงานที่ปฏิบัติด้วย โดยเน้นการดำเนินงานที่สร้างแรงจูงใจพร้อมกับการพัฒนาระดับคุณภาพชีวิตการทำงาน โดยจัดให้มีค่าตอบแทนที่เหมาะสมเป็นธรรม ตลอดจนการสร้างความสัมพันธ์ในองค์กร สร้างสมดุลระหว่างการปฏิบัติงานและความ เป็นอยู่ส่วนตัวให้เกิดความสมดุลกัน เพื่อบุคลากรจะได้มีทัศนคติที่ดีในการทำงานและรู้สึกมีคุณภาพชีวิตการทำงานที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย ผู้บริหารทุกระดับของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย และผู้เกี่ยวข้องทุกท่านที่เสียสละเวลาในการให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะ และขอขอบคุณกำลังคนด้านสุขภาพทุกท่านที่เป็นกลุ่มตัวอย่างและให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล จนบรรลุผลสำเร็จไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 13 มิ.ย. 2565] เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th>.
2. เจาะลึกระบบสุขภาพ.ระบบบริการปฐมภูมิ.

- [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: 2560 [เข้าถึงเมื่อ 13 มิ.ย.2565] เข้าถึงได้จาก <https://www.hfocus.org>
3. Herzberg F, Mausner B, Snyderman B. The motivation to work, 2nd ed. Oxford, England: John Wiley; 1959. xv, 157-xv, p.
4. นาดยา คำเสนา, ประจักษ์ บัวผัน, และมกรา พันธุ์ จุฑะรสก. แรงจูงใจและการสนับสนุนจากองค์กรที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตการทำงานของเจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2563; 20(2): 84-95.
5. อรุณ จิรวัดนกุล. สถิติทางการแพทย์และสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 4). ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา; 2551.
6. นิสิต ศรีพุ่ม, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, และสุพัฒน์ อาสนะ. แรงจูงใจที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของ กำลังคนด้านสุขภาพสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในจังหวัดปราจีนบุรี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ. (2563); 3(1): 41-51.
7. Walton R. Quality of work life activities: A research agenda. Professional Psychology. 1980; 11: 484-93.
8. Cronbach LJ. Essentials of Psychological Testing: Harper & Row. 1990.
9. บุญยืน สุขแสงทอง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาล ลูกจ้างชั่วคราว โรงพยาบาลสังกัดกองทัพบก. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย. 2560; 6(1): 133-139.

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา

มัตนา ภูมิโคกรักษ์¹, ขวัญชนก สุวรรณ¹, พรทิพย์ แก้วชื่น¹

(วันที่รับบทความ: 6 ธันวาคม 2565; วันที่แก้ไข: 8 มีนาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 17 มีนาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งอำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้งอำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 222 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive sampling) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน 3) แบบสอบถามประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และ 4) แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ คือ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}=2.36$ (S.D=.48) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรักษาอยู่ในระดับดีมาก $\bar{X}=4.73$ (S.D=.02) การศึกษาด้านความสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

คำสำคัญ: พฤติกรรมการดูแลตนเอง, โรคเบาหวาน

¹ อาจารย์, คณะสหเวชศาสตร์, วิทยาลัยนครราชสีมา จังหวัดนครราชสีมา, E-mail: ninninin26@gmail.com., Kwanchanok@nmc.ac.th., Phonthip.K@nmc.ac.th.
Corresponding Author: มัตนา ภูมิโคกรักษ์, E-mail: ninninin26@gmail.com

Self-Care Behavior of the Diabetes Mellitus Patients in Thap Rang Tambon Health Promoting Hospital Phrathong Kham District, Nakhon Ratchasima Province

Mattana Phumkhokrak¹, Kwanchanok Suwan¹, Phonthip Kaewchin¹

(Received: 6th December 2022; Revised: 8th March 2023; Accepted: 17th March 2023)

Abstract

The survey study research aimed to study self-care behavior of the diabetes mellitus patients in Thap Rang Tambon health promoting hospital, Phrathong kham district, Nakhon Ratchasima province. The sample of study was 222. The sample was selected based on a purposive sampling. The research instruments were questionnaire consisting of 4 the sections were 1) personal data, 2) diabetes knowledge test, 3) a questionnaire applied to the health belief model theory, and 4) self-care behavior questionnaire of the diabetes patients. The data were analyzed for percentage, mean, standard deviation, t-test, and pearson product moment.

The results of this research indicated that. People with diabetes had moderate knowledge of diabetes $\bar{X}=2.36$ (S.D=.48). The self-care behavior in the treatment was at a very good level $\bar{X}=4.73$ (S.D=.02), and the relationship study, personal factors on education level, perceiving the likelihood of developing diabetes complications and perceived benefits of self-care correlated with self-care behaviors of diabetic patients ($p\text{-value}<0.01$).

Keyword: Self-care behavior, Diabetes mellitus patients

¹ Lecturer, Faculty of Allied Health Sciences, Nakhon Ratchasima College, Nakhon Ratchasima Province,
E-mail: ninninin26@gmail.com, Kwanchanok@nmc.ac.th, Phonthip.K@nmc.ac.th
Corresponding Author: Mattana Phumkhokrak, E-mail: ninninin26@gmail.com

บทนำ

โรคเบาหวานเป็น 1 ใน 4 โรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง ที่ส่งผลกระทบต่อระบบสาธารณสุขเป็นอย่างมาก ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญและตระหนักว่าเป็นโรคที่ต้องควบคุมอย่างเร่งด่วนมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี โรคเบาหวานมีโอกาเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อน อาจลุกลามใหญ่โตจนต้องสูญเสียอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย รวมไปถึงต้องสูญเสียค่ารักษาพยาบาลในระยะเวลา ยาวนานและมีโอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากสถิติโรคเบาหวานทั่วโลกมีผู้ป่วยจำนวน 463 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี 2588 จะมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 629 ล้านคน¹

สำหรับประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 3 แสนคนต่อปี และมีผู้ป่วยโรคเบาหวานอยู่ในระบบทะเบียน 3.2 ล้านคน ของกระทรวงสาธารณสุข ก่อให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาด้านสาธารณสุขอย่างมหาศาล เฉพาะเบาหวานเพียงโรคเดียวทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาเฉลี่ยสูงถึง 47,596 ล้านบาทต่อปี ทำให้ภาครัฐสูญเสียงบประมาณในการรักษารวมกันสูงถึง 302,367 ล้านบาทต่อปี โรคเบาหวานยังคงเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดโรคอื่นๆ ในกลุ่มโรค NCDs² และได้คร่าชีวิตของประชากรไทยถึงร้อยละ 75 ของประชากรที่เสียชีวิตทั้งหมดราว 320,000 คนต่อปี ซึ่งความรุนแรงของโรคที่เสียชีวิตทั้ง 4 โรคมีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้น โดยโรคหลอดเลือดสมองมีการเพิ่มมากที่สุด จาก 33.4 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 40.9 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ โรคหัวใจขาดเลือด จาก 22.4 ต่อแสนประชากร เป็น 27.8 ต่อแสนประชากร, โรคเบาหวาน จาก 13.2 ต่อแสนประชากร เพิ่มเป็น 17.8 ต่อแสนประชากร และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรังจาก 3.8 ต่อแสนประชากร เป็น 4.5 ต่อแสนประชากร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความชุกของโรคเบาหวานเท่ากับ 7.6 เพื่อตอบสนองต่อการดำเนินงาน

ป้องกันและควบคุมโรคให้บรรลุ 9 เป้าหมายโลก ที่ปรับให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศ ไทย รวมทั้งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข เน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน ท้องถิ่นและภาคส่วนต่างๆ ปรับการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยให้ข้อมูลและการส่งเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง อีกทั้งเน้นการบูรณาการกับแผนยุทธศาสตร์อื่นๆ³ ในจังหวัดนครราชสีมา ปี 2560 พบมีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 123,435 ราย⁴ ผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 6,849 ราย และอำเภอเมืองนครราชสีมา มีผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 879 ราย ในปี 2561 พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น จำนวน 14,561 ต่อประชากรแสนคน จากสถิติดังกล่าวส่งผลกระทบกับปัญหาสาธารณสุขของจังหวัดนครราชสีมา ทั้งด้านการรักษาพยาบาล เศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว

จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าความชุก อัตราการเสียชีวิตและภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การจะแก้ไขปัญหาดังกล่าว จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่จะเกิดขึ้น และสามารถสร้างเสริมสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิด โรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งนี้ อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทพรั้ง อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Study) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทพรั้ง อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทพรั้ง อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา ทั้งหมด จำนวน 528 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณสูตรของ Krejcie & Morgan จำนวน 222 คน โดยการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling)⁵

เกณฑ์การคัดเข้า

ประชาชนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่สนใจและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทพรั้ง อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา

เกณฑ์การคัดออก

ประชาชนที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทพรั้ง อำเภอพระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา และที่มีภาวะวิกฤตโรคแทรกซ้อนหรือได้รับการยืนยันจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญว่าไม่สามารถเข้าร่วมวิจัยได้

1. เป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

เกณฑ์การคัดออก

1. มีภาวะแทรกซ้อน เช่น เบาหวานที่จอประสาทตา ภาวะไตเสื่อม ผลเบาหวานที่เท้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถาม โดยให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตอบด้วยตนเอง เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จากการทบทวนค้นคว้าวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน และดัชนีมวลกาย

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วย คำถามที่เป็นความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบเป็นคำถามแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่และไม่ใช่ เกณฑ์การแปลผล ได้แก่⁶

80.00 - 100 คะแนน หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับดี (14 - 20 คะแนน)

60.00 - 79.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (7-13 คะแนน)

00.00 - 59.00 คะแนน หมายถึง มีความรู้อยู่ในระดับปรับปรุง (0 - 6 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง จำนวน 18 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบ่งออกเป็น 5 ระดับ ตามมาตราวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และไม่เห็นด้วย เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่⁷

ข้อความทางบวก ข้อความทางลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1

เห็นด้วย 4 เห็นด้วย 2

ไม่แน่ใจ 3 ไม่แน่ใจ 3

ไม่เห็นด้วย 2 ไม่เห็นด้วย 4

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 1 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 5

เกณฑ์การแปลผล ได้แก่

ค่าเฉลี่ย 3.68- 5.00 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34- 3.67 หมายถึง มีการรับรู้อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีการรับรู้ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการควบคุมอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านการรักษา และ พฤติกรรมด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน จำนวน 16 ข้อ การดูแลตนเองด้านอาหาร การดูแลตนเองด้านการใช้ยา การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย การดูแลตนเองด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล เกณฑ์การให้คะแนน ได้แก่

ข้อความทางบวก ข้อความทางลบ

ปฏิบัติประจำ = 5 ปฏิบัติประจำ = 1

ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 4 ปฏิบัติบ่อยครั้ง = 2

ปฏิบัติบางครั้ง = 3 ปฏิบัติบางครั้ง = 3

ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง = 2 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง = 4

ไม่ปฏิบัติ = 1 ไม่ปฏิบัติ = 5

เกณฑ์การแปลผล ได้แก่

ค่าเฉลี่ย 3.68- 5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

ค่าเฉลี่ย 2.34- 3.67 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 2.33 หมายถึง มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน คำนวณค่าความตรงของเนื้อหา (Index of item-objective congruence; IOC) เท่ากับ 0.78 ปรับปรุงเนื้อหาให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิจึงนำแบบสอบถามที่ปรับแก้ไข ไปทดสอบความเที่ยง (Reliability) กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานโดยใช้สูตร KR-20 เท่ากับ 0.78 ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.75 และ 0.77

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ระดับด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ระดับปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง และระดับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ตัวแปรต่อเนื่อง (Continuous data) การหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง กับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานโดย ใช้สถิติ Pearson's product moment correlation โดย กำหนด ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยได้รับการพิจารณาเห็นชอบจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยนครราชสีมา NMCEC-0051/2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 77.90 มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.40 สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.90 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.20 ไม่ประกอบอาชีพ ร้อยละ 31.50 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 33.30 และค่าดัชนีมวลกาย 18.5 - 24.9 ร้อยละ 57.70

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน (n=222)

ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับสูง (17-20 คะแนน)	87	39.2
ความรู้ระดับปานกลาง (12-16 ข้อ)	135	60.8
$\bar{X}$ = 16.97 (S.D.=2.91)		

3. ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวานมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 4.11 คะแนน (S.D.=0.35) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง จำนวน 202 คน ร้อยละ 91.00 และระดับปานกลาง จำนวน 20 คน ร้อยละ 9.0 รองลงมา คือ มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 3.94 คะแนน (S.D.=0.37) ส่วนใหญ่อยู่ใน

2. ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 16.97 คะแนน (S.D.=2.91) อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 135 คน ร้อยละ 60.8 และมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง จำนวน 87 คน ร้อยละ 39.2 (ดังตารางที่ 1)

ระดับสูง จำนวน 172 คน ร้อยละ 77.5 และระดับปานกลาง จำนวน 50 คน ร้อยละ 22.5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 คะแนน (S.D.=0.36) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 198 คน ร้อยละ 89.2 และระดับสูง จำนวน 24 คน ร้อยละ 10.8 และมีการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 คะแนน (S.D.=0.43) ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 195 คน ร้อยละ 87.8 รองลงมา ระดับต่ำ จำนวน 18 คน ร้อยละ 8.1 และระดับสูง จำนวน 9 คน ร้อยละ 4.1 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง (n=222)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ($\bar{X}$= 3.28, S.D.=0.36)		
ระดับการรับรู้ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67)	198	89.2
ระดับการรับรู้สูง (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00)	24	10.8
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน ($\bar{X}$=4.11, S.D.=0.35)		
ระดับการรับรู้ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67)	20	9.0
ระดับการรับรู้สูง (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00)	202	91.0
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง ($\bar{X}$=3.94, S.D.=0.37)		
ระดับการรับรู้ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67)	50	22.5
ระดับการรับรู้สูง (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00)	172	77.5
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง ($\bar{X}$=2.97, S.D.=0.37)		
ระดับการรับรู้ต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)	18	8.1
ระดับการรับรู้ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67)	195	87.8
ระดับการรับรู้สูง (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00)	9	4.1

4. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมภาพรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 คะแนน (S.D.=0.30) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรักษา มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 คะแนน (S.D.=0.35) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง จำนวน 220 คน ร้อยละ 99.1 และระดับปานกลาง จำนวน 2 คน ร้อยละ 0.9 รองลงมา คือ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร อยู่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 คะแนน (S.D.=0.78) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง จำนวน 154 คน ร้อยละ 69.4 รองลงมา ระดับปานกลาง จำนวน

58 คน ร้อยละ 26.1 และ ระดับต่ำ จำนวน 10 คน ร้อยละ 4.5 ตามลำดับ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 คะแนน (S.D.=0.39) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง จำนวน 130 คน ร้อยละ 58.6 และระดับปานกลาง จำนวน 92 คน ร้อยละ 41.1 และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 คะแนน (S.D.=0.67) ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 152 คน ร้อยละ 68.5 รองลงมา ระดับสูง จำนวน 64 คน ร้อยละ 28.8 และระดับต่ำ จำนวน 6 คน ร้อยละ 2.7 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=222)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการควบคุมอาหาร ($\bar{X}$ = 4.24, S.D.=0.72)		
พฤติกรรมระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)	10	4.5
พฤติกรรมระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67)	58	26.
พฤติกรรมระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00)	154	169.4
พฤติกรรมการออกกำลังกาย ($\bar{X}$ = 3.17, S.D.=0.67)		
พฤติกรรมระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)	6	2.7
พฤติกรรมระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67)	152	68.5
พฤติกรรมระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00)	64	28.8
พฤติกรรมการรักษา ($\bar{X}$ = 4.33, S.D.=0.35)		
พฤติกรรมระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)		
พฤติกรรมระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67)	2	0.9
พฤติกรรมระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00)	220	99.1
พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($\bar{X}$=3.89, S.D.=0.39)		
พฤติกรรมระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)		
พฤติกรรมระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.67)	92	41.4
พฤติกรรมระดับสูง (ค่าเฉลี่ย 3.68-5.00)	130	58.6
ภาพรวมพฤติกรรมค่าเฉลี่ย = 3.72, S.D.=0.30		

5. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้านข้อมูลส่วนบุคคลของ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย และระยะเวลาที่ป่วย

เป็นโรคเบาหวานมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 (r = .440, .439, .992, .996, .786 และ .520 ตามลำดับ) ส่วน อายุ และสถานภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.240 และ 0.074) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=222)

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	
	<i>r</i>	p-value
เพศ	0.440	<0.001*
อายุ	0.240	0.078
สถานภาพ	0.074	0.120
ระดับการศึกษา	0.439	<0.001*
อาชีพ	0.992	<0.001*
รายได้	0.996	<0.001*
ดัชนีมวลกาย	0.786	<0.001*
ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน	0.520	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคการดูแลตนเอง

มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ($r = 0.990$ และ 0.587)

ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน และการรับรู้ประโยชน์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.158$, $p=0.095$, $r = 0.223$, $p=0.082$ และ $r = 0.026$, $p=0.149$) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิด

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน (n=222)

ตัวแปร	พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน	
	<i>r</i>	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน	0.158	0.095
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน	0.990	<0.001*
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน	0.223	0.082
การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง	0.026	0.149
การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง	0.587	<.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้าวพริ้ง อำเภोधงคำ จังหวัดนครราชสีมาส่วนใหญ่เป็น เพศหญิงร้อยละ 77.90 มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 51.40 สถานภาพสมรส ร้อยละ 77.90 การศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 53.20 ไม่ประกอบอาชีพร้อยละ 31.50 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 5,001 - 10,000 บาท ร้อยละ 33.30 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 1-10 ปี ร้อยละ 97.3 และมีค่าดัชนีมวลกาย 18.5 - 24.9 ร้อยละ 57.70 จากวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้าวพริ้ง อำเภोधงคำ จังหวัดนครราชสีมา จากการศึกษาตามวัตถุประสงค์พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานอยู่ในระดับปานกลาง $\bar{X}=16.97$ คะแนน (S.D.=.2.91) มีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน อยู่ในระดับสูง $\bar{X}=4.11$ คะแนน (S.D.=0.35) รองลงมา คือ มีการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.94 คะแนน (S.D.=0.37) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.28 คะแนน (S.D.=0.36) และมีการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.97 (S.D.=0.43 ตามลำดับ ส่วนระดับพฤติกรรมภาพรวม พบว่า มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.72 คะแนน (S.D.=0.30) มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมรายด้าน พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการรักษา มี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.33 คะแนน (S.D.=0.35) รองลงมา คือ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหารอยู่ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.24 คะแนน (S.D.=0.78) มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 คะแนน (S.D.=0.39) และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.17 คะแนน (S.D.=0.67) ตามลำดับ

ส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท้าวพริ้ง อำเภोधงคำ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน ปัจจัยภาวะสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่า ปัจจัยข้อมูลส่วนบุคคล เพศ ระดับการศึกษาในครอบครัวที่มีระดับการศึกษาสูง จะอยู่ดีมีสุขมากกว่า เมื่อมีอาชีพที่มั่นคง รายได้ดี ย่อมมีความสุข มีการจัดการสุขภาพที่ดี ส่งผลในการดูแลภาวะสุขภาพ ดัชนีมวลกาย ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รวมถึงระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน สามารถส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองได้ สอดคล้องกับ Becker&Maiman⁶ ได้กล่าวว่าปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อแนวโน้มการเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคและรักษาโรคทางอ้อม

ปัจจัยภาวะสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน อาจเนื่องมาจากเมื่อบุคคลมีญาติสายตรงเป็นโรคเบาหวานจะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานสูงยิ่งขึ้น รวมถึงบุคคลรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ว่า การกินอาหารหวาน มัน หรือรสจัด การดื่มสุรา ความอ้วน

การมีภาวะเครียด การรับประทานยาบางชนิด ล้วนแล้วแต่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับแจนซ์ และเบคเกอร์ Janz & Becker⁸ ได้กล่าวไว้ว่าบุคคลที่มีสุขภาพดี ไม่มีประสบการณ์เจ็บป่วย หรือไม่มีบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วยทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคน้อยลง และสอดคล้องกับการศึกษาของซุติมา สร้อยนาค และคณะ⁹ ศึกษาการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของมุสลิมวัยทำงาน ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคโรคมมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานและสอดคล้องกับสุวรรณศิริ แก่นทราย¹⁰ ศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ตำบลกุฎจิก อำเภอมะนัง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของผู้ป่วยเบาหวานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติซึ่งผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานเป็นปัจจัยที่สามารถส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานได้ ดังนั้นหากผู้ป่วยเบาหวานได้รับการส่งเสริมสุขภาพให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานได้

ปัจจัยภาวะสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง อาจเนื่องจากเมื่อบุคคลมีการรับรู้ต่ออุปสรรคมากขึ้น จะยังมีพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานเพิ่มขึ้น เช่น การรับประทานอาหารเช้า 3 มื้อและตรงเวลาโดยไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นการถูกบังคับและไม่ถือว่าเป็นภาระของครอบครัวในการ

เตรียมอาหาร มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ไปพบแพทย์ตามนัดถึงแม้ว่าจะต้องเสียค่าใช้จ่ายค่าเดินทางและสูญเสียรายได้ หรือการรอคอยในการพบแพทย์ สิ่งเหล่านี้ถือว่าเป็นอุปสรรคในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน สอดคล้องกับแนวความคิดของ Stretcher and Rosenstock¹¹ ที่กล่าวว่า ความเชื่อ หรือความคิดเห็นของบุคคลเกี่ยวกับผลกระทบทางด้านลบ เช่น ค่าใช้จ่าย หรือการมารับบริการนั้นขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้เกิดความขัดแย้ง และหลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ บุคคลจึงต้องประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับอุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chiou et al.¹² ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโรคหลอดเลือดหัวใจ จากการศึกษาในกลุ่มโรคเรื้อรัง มีการสอดคล้องกับการศึกษาของเกษริน อุบลวงศ์ และนัยนา พิพัฒน์ วนิชชา¹³ พบว่า การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำผลการศึกษาไปขยายผลในบริบทใกล้เคียง เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ถูกต้อง ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานที่ถูกต้องหรืออาจจะมีการบรรยายความรู้เป็นภาษาท้องถิ่น เพื่อให้ผู้ป่วยโรคเบาหวานมีความเข้าใจได้ง่ายขึ้นและนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองในระหว่างที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน

2. จากผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยภาวะสุขภาพด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน และการรับรู้อุปสรรคของการดูแลตนเอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน จึงควรจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ครอบครัวของผู้ป่วยกระตุ้นในการดูแลผู้ป่วย เช่น การพบแพทย์ตาม

นัด การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย จัดการ
ความเครียด งดสุรา และบุหรี่

3. นำผลการศึกษาส่งต่อถึงพื้นที่ที่
ทำการศึกษาเพื่อนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลสุขภาพ
กลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้มีความรู้เพิ่มขึ้นสำหรับ
การดูแลตนเองต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้ได้รับความกรุณา
อย่างสูงของบุคลากร และผู้ป่วยโรคเบาหวานใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทัพวัง อำเภอ
พระทองคำ จังหวัดนครราชสีมา ที่สนับสนุน
เสียสละเวลาให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้จนสำเร็จ
ลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ
(International Diabetes Federation:
IDF). [อินเทอร์เน็ต]. 2558
[เข้าถึงเมื่อ 27 มีนาคม 2565].
เข้าถึงได้จาก:
<https://www.diabetesatlas.org/upload/resources/previous/files/7/IDF%20Diabetes%20Atlas%207th.pdf>
2. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
กรมควบคุมโรค ผนวกวันเบาหวานโลก
ปี 2564 ตระหนักถึงการดูแลรักษา
โรคเบาหวาน ให้ได้รับการรักษาอย่าง
ทั่วถึง [อินเทอร์เน็ต]. 2564
[เข้าถึงเมื่อ 27 มีนาคม 2565].
เข้าถึงได้จาก:
https://ddc.moph.go.th/brc/news.php?news=21692&deptcode=brc&news_views=3060
3. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
[อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี:
แผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย
พ.ศ. 2554-2563. 2554: สำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2554
[เข้าถึงเมื่อ 2565].

เข้าถึงได้จาก:

<https://dmsic.moph.go.th/index/detail/1505>

4. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค.
คำเป้าหมายผู้ป่วยรายใหม่เบาหวานและ
ความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2564
รายงานสุขภาพ - จังหวัด - อำเภอ
กระทรวงสาธารณสุข.
[อินเทอร์เน็ต]. 2564
[เข้าถึงเมื่อ 27 มกราคม 2565].
เข้าถึงได้จาก:
<http://www.thaincd.com/2016/mission/documentsdetail.php?id=12618&tid=31&gid=1-027>
5. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W.
Determining sample size for
research activities. Educational and
psychological measurement. 1970;
30(3): 607-610.
6. Bloom BS. Learning for mastery.
UCLA-CSEIP evaluation comment.
Los Angeles: University of
California. 1968.
7. Best JW. Research in education.
New Jersey: Prentice Hall. 1997.
8. Janz, N. K. & Becker, M. H. The
Health belief model: A decade
later. Health Education Quarterly.
1984; 11(1): 1-47.
9. ชุติมา สร้อยนาค จริยาวัตร คมพยัคฆ์
และพรศิริ พันธสี การศึกษาแบบแผน
ความเชื่อด้านสุขภาพ และความเสี่ยงการ
เกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ของมุสลิมวัย
ทำงาน. วารสารพยาบาลทหารบก ปีที่ 19
(ฉบับพิเศษ). 2561; 267-277.
10. สุวัฒน์ ศิริแก่นทราย ความเชื่อด้าน
สุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน

- ชนิดที่ 2 ตำบลกุดจิก อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิชาการเซาธ์อีสท์บางกอก. 2562; 5(1): 55-68.
11. Stretcher, V. J., & Rosenstock, I. M. The health belief model. In K. Glanz, F. M. Lewis, & B. K. Rimer, (eds.), Health behavior and health education: Theory, research, and practice. San Francisco: Jossey-Bass. 1997; 31-43.
12. Chiou, A. F., Wang, H. L., Chan, P., Ding, Y. A., Hsu, K. L., & Kao, H. L. Factors associated with behavior modification for cardiovascular risk factors in patients with coronary artery disease in Northern Taiwan. Journal of Nursing Research, 2009; 17(3): 224-225.
13. เกษริน อุบลวงศ์ และนัยนา พิพัฒน์วณิชชา.ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคสมองเสื่อมของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีกรุงเทพ. 2560; 33(2): 14-24.

ความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต สถาบันพระบรมราชชนก

มณีชนก ปัญญาบุรุษ¹, อาทิตยา ชัยกันทา¹, ดาวรุ่ง คำวงศ์², นิพนธ์ แก้วต่าย²

(วันที่รับบทความ: 27 ธันวาคม 2565; วันที่แก้ไข: 19 เมษายน 2566; วันที่ตอบรับ: 2 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 หลักสูตรการแพทย์แผนไทย ของวิทยาลัยในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก 4 แห่ง จำนวน 99 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์เกี่ยวกับความพร้อมด้านความรู้และด้านการปฏิบัติงานให้การรักษ ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนความพร้อม และใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-Way ANOVA) เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความพร้อมด้านความรู้และด้านการปฏิบัติงานให้การรักษาระหว่างกลุ่ม

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมด้านความรู้และด้านการปฏิบัติงานให้การรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย อยู่ในระดับมาก นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่า สถานศึกษาที่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมด้านความรู้และด้านการปฏิบัติงานให้การรักษาผู้ป่วยโควิด-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นสถาบันพระบรมราชชนกและสถานศึกษาในสังกัดแต่ละแห่งสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมแก่นักศึกษาทั้งด้านความรู้และด้านการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 ก่อนที่จะสำเร็จการศึกษาต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโควิด-19, การรักษาดูแลที่บ้าน, การแพทย์แผนไทย

¹ นักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: maneechanok.som@gmail.com, pangmoonaka@gmail.com

² อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: daoroong.k@scphpl.ac.th, niponkt@gmail.com

Corresponding Author: ดาวรุ่ง คำวงศ์, E-mail: daoroong.k@scphpl.ac.th

Readiness to Provide Care for COVID-19 Patients According Thai Traditional Medicine Principles among the 4th Year Thai Traditional Medicine Students of Praboromarajchanok Institute

Maneechanok Pujaburee¹, Arthittaya Chaikuntha¹, Daoroong Komwong², Nipon Kaewtai²

(Receive: 27th December 2022; Revised: 19th April 2023; Accepted: 2nd May 2023)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to explore the readiness to provide care for covid-19 patients according the principles of Thai traditional medicine among the 4th year Thai traditional medicine students of 4 colleges in Praboromarajchanok Institute. The data were collected from 99 Thai traditional medicine program students by using an online questionnaire which consist of readiness in knowledge and practice in caring for COVID-19 patients. Descriptive statistics was used to describe the demographic characteristics data and readiness score. One-Way ANOVA was performed to compare the means of the readiness between independent groups. The results found that the respondents had a high level of the readiness in knowledge and practice according Thai traditional medicine principles. In addition,

The results also revealed that the readiness to take care patients with COVID-19 were different for each college. Therefore, Praboromarajchanok Institute and each college can be used these results as a guideline for preparing students' knowledge and clinical practice towards their readiness in facing COVID-19 before graduation as a Thai traditional medicine practitioner.

Keywords: COVID-19 patients, Home Isolation, Thai Traditional Medicine

¹ Bachelor of Thai Traditional Medicine Program, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: maneechanok.som@gmail.com, pangmoonaka@gmail.com

² Lecturer, Sirindhorn College of Public Health, Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: pangmoonaka@gmail.com, daoroong.k@scphpl.ac.th, niponkt@gmail.com
Corresponding author: Daoroong Komwong, E-mail: daoroong.k@scphpl.ac.th

บทนำ

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งเริ่มต้นขึ้นในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ทางองค์การอนามัยโลกได้ออกมาแถลงให้โรค COVID-19 เป็นภาวะการระบาดใหญ่ (Pandemic)¹ โดยทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว² จึงทำให้รัฐบาลประเทศต่างๆ ได้ประกาศใช้มาตรการเชิงรุกและเร่งด่วนเพื่อควบคุมสถานการณ์การระบาดดังกล่าว สำหรับประเทศไทยในช่วงเวลาขณะนั้น รัฐบาลโดยกรมควบคุมโรคได้เปิดศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2563 เป็นต้นมา และได้ออกมาตรการในการต่อสู้กับการแพร่ระบาดดังกล่าว ทั้งมาตรการการเฝ้าระวังและจัดการผู้เดินทางจากต่างประเทศ การเฝ้าระวังการระบาดในประเทศ มาตรการการควบคุมโรค รวมทั้งการบริหารจัดการที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นการจัดตั้งโรงพยาบาลสนาม มาตรการทางการแยกกักตัวที่บ้าน (Home Isolation: HI) การรักษานอกสถานพยาบาลหรือในชุมชน (Community Isolation: CI) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการเล็กน้อยหรือไม่มีอาการเลยและเป็นการบริหารจัดการการรักษาพยาบาลเพื่อให้มีเตียงเพียงพอสำหรับผู้ติดเชื้อที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล การรณรงค์ให้ประชาชนฉีดวัคซีนป้องกัน เป็นต้น³ ซึ่งเป็นระยะเวลาประมาณ 2 ปีครึ่ง ที่ประเทศไทยต้องรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว และปัจจุบันคณะกรรมการโรคติดต่อแห่งชาติ มีมติเห็นชอบปรับโรค COVID-19 เป็นโรคประจำถิ่น(Endemic) ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2565 เป็นต้นไป⁴

จากสถานการณ์ความรุนแรงของการระบาดของโรค COVID-19 ที่ผ่านมานั้น กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ได้มีการ

สนับสนุนให้มีการนำสมุนไพรเข้ามาช่วยในเรื่องการดูแลสุขภาพและเสริมภูมิคุ้มกันให้กับประชาชน โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร ซึ่งพบว่าสมุนไพรบางชนิดมีฤทธิ์ต้านเชื้อไวรัสได้ผลดีอย่าง เช่น ฟ้าทะลายโจร ที่ช่วยในการยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อโควิดเข้าไปสู่เซลล์ร่างกาย จึงได้มีการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเองก่อนติดเชื้อหรือสำหรับคนที่ใกล้ชิดผู้ป่วย รวมทั้งการแนะนำให้ส่งเสริมให้มีประชาชนการนำสมุนไพรมาประกอบเป็นเมนูอาหารต่างๆ นอกจากนี้ยังมีการนำตัวยาเดี่ยวและตำรับยาสมุนไพร เพื่อเสริมภูมิคุ้มกันและบรรเทาอาการในผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่มีอาการไม่รุนแรงและผู้ป่วยหลังติดเชื้อ ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย ตัวอย่างเช่น ฟ้าทะลายโจร ยาตรีผลา ยาสุเม (รมไอน้ำ) เป็นต้น⁵ นอกจากนี้ กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้กำหนดแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรค COVID-19 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่ต้องรักษาตัวอยู่ที่บ้าน (Home Isolation Thai Traditional Medicine; HI-TTM) ในระบบหลักประกันสุขภาพ โดยแนวทางการดูแลรักษาแบ่งตามกลุ่มอาการของผู้ป่วย โดยเฉพาะในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง และสามารถทำการรักษาตัวอยู่ที่บ้านได้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและเข้าถึงบริการโดยเร็วที่สุด และเป็นการส่งเสริมและพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยให้เป็นทางเลือกในการรักษาโรค COVID-19 ให้กับประชาชน โดยเน้นการดูแลรักษาโดยใช้ยาสมุนไพร รวมทั้งการให้คำแนะนำในการใช้ ข้อควรระวังแก่ผู้ป่วยเพื่อเป็นการบรรเทาอาการและลดโอกาสที่จะอาการรุนแรง⁶

ถึงแม้ว่า COVID-19 จัดเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic) การดูแลสุขภาพและเสริมภูมิคุ้มกันให้กับประชาชนด้วยการแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก ยังเป็นภารกิจของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งบุคลากรใหม่ที่จะปฏิบัติงาน ณ สถานบริการสุขภาพในทุกระดับ ดังนั้น นักศึกษาชั้นปีที่ 4 หลักสูตรการแพทย์แผนไทย ซึ่งกำลังจะสำเร็จการศึกษาเป็นแพทย์แผนไทย จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ต้องมีความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COVID-19 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยที่ต้องรักษาตัวอยู่ที่บ้านในระบบหลักประกันสุขภาพ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมของชั้นปีที่ 4 หลักสูตรการแพทย์แผนไทย ในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษา การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง นักศึกษาหลักสูตรการแพทย์แผนไทย ชั้นปีที่ 4 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก ที่มีการจัดการเรียนการสอนในหลักสูตรการแพทย์แผนไทย จำนวน 4 แห่ง ในภาคการเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2564 ทั้งหมด 129 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างที่ทราบจำนวนประชากรทั้งหมด (Finite population)^{7,8} เนื่องจากไม่มีการศึกษา ก่อนหน้านี้จึงกำหนดสัดส่วนความพร้อมของความพร้อมต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COVID-19 ของประชากรที่ต้องการศึกษาที่ 0.5 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับเป็น 0.05 ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 97 คน โดยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับ ดังนั้นใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 107 คน โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละวิทยาลัย มีจำนวน

COVID-19 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยตามแนวทาง HI-TTM ในด้านความรู้และด้านการปฏิบัติงานทางเภสัชกรรมไทยและเวชกรรมไทย ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถใช้เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับนักศึกษา ก่อนที่จะสำเร็จการศึกษาและปฏิบัติงานโดยเฉพาะในหน่วยบริการสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความพร้อมด้านความรู้และด้านการปฏิบัติงานให้การรักษาผู้ป่วยโรค COVID-19 ตามแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรค COVID-19 ที่ต้องรักษาตัวอยู่ที่บ้าน (HI-TTM) ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ทั้งในด้านเวชกรรมไทยและเภสัชกรรมไทย ของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิตในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก แบบสอบถามตอบกลับคืนมาและใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 99 ฉบับ คิดเป็นอัตราตอบกลับร้อยละ 92.52

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ส่วน **ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ผลการเรียน (GPA) สถานศึกษา โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบคำถามแบบเลือกตอบ **ส่วนที่ 2** แบบสอบถามความพร้อมต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COVID-19 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ประกอบด้วย ความพร้อมด้านความรู้และด้านการปฏิบัติงานให้การรักษา ด้านเวชกรรมไทยและด้านเภสัชกรรมไทย ได้แก่ ความรู้และการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการประเมินอาการ การแยกกลุ่มอาการ การดูแล การฟื้นฟู การบรรเทาอาการของผู้ป่วย ตามแนวทางการรักษาแบบ Home Isolation ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ความรู้และการการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับสรรพคุณ ขนาดและวิธีการใช้ ข้อห้ามใช้ ข้อควรระวังในการใช้ ผลข้างเคียงของสมุนไพรที่ระบุไว้ในแนวทางการรักษาผู้ป่วย โดยมีลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ

5, 4, 3, 2, 1 หมายถึง นักศึกษามีความพร้อมมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด ตามลำดับ โดยคะแนนที่ได้จัดกลุ่มเป็น 5 ระดับ โดย ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00, 3.51 - 4.50, 2.51 - 3.50, 1.51 - 2.50, และ 1.00 - 1.50 หมายถึง ระดับความพร้อมมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด โดยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และปรับปรุงแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะ หลังจากนั้นนำไปเป็นแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามทั้งฉบับ โดยวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาคได้เท่ากับ 0.90

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา เพื่อบรรยายลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ผลการเรียนรู้ (GPA) สถานศึกษา และความพร้อมต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย COVID-19 ในแต่ละด้าน นำเสนอในรูปแบบจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t-test และ One-Way ANOVA เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความพร้อมต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COVID-19 ระหว่างกลุ่มตามตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=99)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม		จำนวน	ร้อยละ
เพศ	ชาย	13	13.1
	หญิง	86	86.9
อายุ(ปี)	21	24	24.3
	22	59	59.6
	≥ 23	16	16.7
เกรดเฉลี่ย (GPA)* (n=97)	2.00 – 2.49	8	8.1
	2.50 – 2.99	41	41.4
	3.00 – 3.49	44	44.4
	3.50 – 4.00	4	4.0

ลักษณะของตัวแปรต้น กรณี 2 กลุ่ม (เพศ) และมากกว่า 2 กลุ่ม (กลุ่มอายุ ระดับของผลการเรียน (GPA) สถานศึกษา) ตามลำดับ กรณีที่พบว่ามี ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มอย่างน้อย 1 คู่ จากการวิเคราะห์ One-Way ANOVA ใช้วิธี Bonferroni ในการวิเคราะห์ Post hoc โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (p-value) เท่ากับ < 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2565 เลขที่รับรอง SCPHPL 1/2565.2.6 โดยเคารพในการให้คำยินยอมของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยต้องให้ข้อมูลอย่างครบถ้วน และให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจอย่างอิสระ ทั้งนี้ในฐานะนักศึกษาการกระจายแบบสอบถามกระทำโดยผู้ประสานงานที่ไม่ใช่อาจารย์เพื่อป้องกันประเด็นการการบังคับหรือข่มขู่ในการตอบแบบสอบถามที่อาจเกิดขึ้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 99 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.9 อายุ 22 ปี ร้อยละ 59.6 ศึกษาในสถาบันการศึกษาที่มีหลักสูตรการแพทย์แผนไทยทั้ง 4 แห่ง ของสถาบันพระบรมราชชนก ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (n=99) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม		จำนวน	ร้อยละ
สถานศึกษา	วิทยาลัย ก	25	25.3
	วิทยาลัย ข	26	26.3
	วิทยาลัย ค	25	25.3
	วิทยาลัย ง	23	23.1

*เกรตเฉลี่ยสะสม 5 ภาคการศึกษาหรือ ณ ปัจจุบันที่ตอบแบบสอบถาม ไม่มีผู้ตอบแบบสอบถามที่มีเกรตเฉลี่ยสะสมน้อยกว่า 2.00

สำหรับผลการศึกษาด้านความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COVID-19 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ตามแนวทางการรักษาแบบ Home isolation พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมด้านความรู้และด้านการปฏิบัติงานให้การ

รักษาอยู่ในระดับมาก โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความพร้อมด้านความรู้และด้านการปฏิบัติงานเท่ากับ 3.70 (S.D.=0.69) และ 3.65 (S.D.=0.66) ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 คะแนนความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ตามแนวทางการรักษาแบบ Home isolation (n=99 คน)

ความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพร้อม
ด้านที่ 1 ความพร้อมด้านความรู้	3.70	0.69	มาก
1.1 ด้านเวชกรรมไทย	3.74	0.70	มาก
1.2 ด้านเภสัชกรรมไทย	3.65	0.67	มาก
ด้านที่ 2 ความพร้อมด้านการปฏิบัติงานให้การรักษา	3.65	0.66	มาก
2.1 ด้านเวชกรรมไทย	3.66	0.67	มาก
2.2 ด้านเภสัชกรรมไทย	3.64	0.66	มาก

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความพร้อมทั้งด้านความรู้และด้านการปฏิบัติงานตาม เพศ กลุ่มอายุ ระดับของเกรดเฉลี่ย และสถานศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ กลุ่มอายุ ระดับของเกรดเฉลี่ย ที่ต่างกัน มีคะแนนความพร้อมทั้งด้านความรู้และการปฏิบัติงานไม่แตกต่างกัน ขณะที่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ณ สถานศึกษาที่

ต่างกัน มีคะแนนความพร้อมด้านความรู้ในภาพรวม ด้านเวชกรรมไทย และด้านเภสัชกรรมไทย แตกต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ แต่ในส่วนของการพร้อมด้านการปฏิบัติงานให้การรักษาไม่แตกต่างกันเมื่อเปรียบเทียบระหว่างสถานศึกษา (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความพร้อมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโควิด-19 ตามศาสตร์การแพทย์ แผนไทย จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n=99)

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ความพร้อมด้านความรู้			ความพร้อมด้านการปฏิบัติงานให้การรักษา		
			(Mean±SD)			(Mean±SD)		
			ภาพรวม (คะแนน เต็ม=65)	ด้านเวช กรรมไทย (คะแนน เต็ม=35)	ด้านเภสัช กรรมไทย (คะแนน เต็ม=30)	ภาพรวม (คะแนน เต็ม=55)	ด้านเวช กรรมไทย (คะแนน เต็ม=25)	ด้านเภสัช กรรมไทย (คะแนน เต็ม=30)
เพศ	ชาย	13	47.62±6.83	28.85±3.96	18.77±3.44	39.08±5.04	13.92±2.81	25.15±3.29
	หญิง	86	48.22±6.78	30.09±4.38	18.13±2.76	40.27±5.89	14.57±2.17	25.70±3.91
		p-value [‡]	0.882	0.809	0.814	0.463	0.735	0.584
อายุ (ปี)	21	24	48.29±7.27	30.38±4.73	17.92±2.98	40.13±6.66	14.42±2.81	25.71±4.29
	22	59	48.15±6.44	29.75±3.99	18.41±2.74	40.53±5.57	14.63±2.13	25.90±3.71
	≥ 23	16	47.88±7.52	29.94±5.11	17.94±3.15	38.56±5.16	14.06±1.84	24.50±3.54
		p-value [‡]	0.982	0.838	0.715	0.488	0.670	0.432
เกรดเฉลี่ย (GPA)* (n=97)	2.00 – 2.49	8	44.25±7.06	27.50±4.66	16.75±2.44	38.13±5.56	14.00±2.14	24.13±2.48
	2.50 – 2.99	41	48.02±6.38	29.80±4.06	18.22±2.95	39.90±5.54	14.29±2.32	25.61±3.75
	3.00 – 3.49	44	48.95±6.61	30.43±4.21	18.52±2.78	40.73±5.54	14.73±2.32	26.00±3.62
	3.50 – 4.00	4	46.50±8.10	29.00±5.23	17.50±2.89	38.25±6.07	14.00±2.31	24.25±3.78
		p-value [‡]	0.304	0.329	0.410	0.563	0.709	0.506

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ความพร้อมด้านความรู้			ความพร้อมด้านการปฏิบัติงานให้การรักษา			
		(Mean±SD)			(Mean±SD)			
		ภาพรวม (คะแนน เต็ม=65)	ด้านเวช กรรมไทย (คะแนน เต็ม=35)	ด้านเภสัช กรรมไทย (คะแนน เต็ม=30)	ภาพรวม (คะแนน เต็ม=55)	ด้านเวช กรรมไทย (คะแนน เต็ม=25)	ด้านเภสัช กรรมไทย (คะแนน เต็ม=30)	
สถานศึกษา	วิทยาลัย ก	25	51.28±7.61	31.92±4.87	19.36±3.00	41.48±6.81	14.88±2.52	26.60±4.44
	วิทยาลัย ข	26	45.27±5.81	28.19±3.97	17.08±2.08	39.50±5.91	14.38±2.08	25.12±3.99
	วิทยาลัย ค	25	48.40±6.19	30.32±3.90	18.08±2.99	39.52±5.48	14.60±2.10	24.92±3.66
	วิทยาลัย ง	23	47.70±6.20	29.30±3.78	18.39±2.94	39.96±4.72	14.04±2.38	25.91±2.97
	p-value [†]		0.014*	0.015*	0.037*	0.584	0.631	0.386

[†] Independent t-test, [†]One-Way ANOVA, *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เมื่อทำการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนความพร้อมด้านความรู้รายคู่ตามสถานศึกษา พบว่า คะแนนความพร้อมด้านความรู้โดยภาพรวม และความรู้ด้านเภสัชกรรมไทย กลุ่มตัวอย่างของวิทยาลัย ก กับ วิทยาลัย ข มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่ความรู้ด้านเวชกรรมไทย ของกลุ่มตัวอย่างในวิทยาลัย ก มีความแตกต่างกับ วิทยาลัย ข และ วิทยาลัย ง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มตัวอย่างในวิทยาลัย ก มีคะแนนเฉลี่ยด้านความพร้อมในภาพรวม ด้านเวชกรรมไทย และด้านเภสัชกรรมไทยในการดูแลผู้ป่วยโรค COVID-19 ตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย สูงกว่า วิทยาลัยอื่น ขณะที่กลุ่มตัวอย่างในวิทยาลัย ข มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ทั้งด้านเวชกรรมไทยและด้านเภสัชกรรมไทย ต่ำกว่าวิทยาลัยอื่น ๆ (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์สถานศึกษาคู่ที่มีคะแนนความพร้อมด้านความรู้โดยรวม ด้านเวชกรรมไทย และเภสัชกรรมไทย แตกต่างกัน [†]

สถานศึกษา	วิทยาลัย ก	วิทยาลัย ข	วิทยาลัย ค	วิทยาลัย ง
ความพร้อมด้านความรู้โดยรวม				
วิทยาลัย ก	-	6.011*	2.880	3.584
วิทยาลัย ข	-	-	-3.131	-2.426
วิทยาลัย ค	-	-	-	0.704
วิทยาลัย ง	-	-	-	-

สถานศึกษา	วิทยาลัย ก	วิทยาลัย ข	วิทยาลัย ค	วิทยาลัย ง
ความพร้อมด้านความรู้เวชกรรมไทย				
วิทยาลัย ก	-	3.728*	1.600	2.616*
วิทยาลัย ข	-	-	-2.128	-1.112
วิทยาลัย ค	-	-	-	1.016
วิทยาลัย ง	-	-	-	-
ความพร้อมด้านความรู้เภสัชกรรมไทย				
วิทยาลัย ก	-	2.283*	1.280	0.969
วิทยาลัย ข	-	-	-1.003	-1.314
วิทยาลัย ค	-	-	-	-0.311
วิทยาลัย ง	-	-	-	-

[†] Post Hoc Test ด้วยวิธี Bonferroni, *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ความพร้อมด้านความรู้และด้านการปฏิบัติงานในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค COVID-19 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ทั้งในด้านเภสัชกรรมไทยและด้านเวชกรรมไทยของนักศึกษาชั้นปีที่ 4 หลักสูตรการแพทย์แผนไทยบัณฑิต สถาบันพระบรมราชชนก อยู่ในระดับมาก และพบว่าคะแนนความพร้อมด้านความรู้ทั้งในส่วนเภสัชกรรมไทยและเวชกรรมไทย ในการดูแลผู้ป่วยโรค COVID-19 ของนักศึกษาในสถานศึกษาที่ต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การที่นักศึกษามีความพร้อมด้านความรู้ทั้งเวชกรรมไทยและเภสัชกรรมไทย อยู่ในระดับมากอาจเป็นเพราะการที่กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกได้กำหนดแนวทางการรักษาผู้ป่วยโรค COVID-19 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่ต้องรักษาตัวอยู่ที่บ้าน (HI-TTM) ในระบบหลักประกันสุขภาพได้ไม่นาน และเป็นแนวทางใหม่ที่ได้นำศาสตร์การแพทย์แผนไทยมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรค COVID-19 ในกรณีที่มีอาการไม่มากและไม่จำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นอีกมาตรการที่ถูกนำมาใช้เพื่อรองรับสถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19

เพื่อไม่ให้เกิดความแออัดในโรงพยาบาล⁶ จึงอาจเป็นเหตุผลที่ทำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นแพทย์พยาบาล เภสัชกร แพทย์แผนไทยหรือแพทย์แผนไทยประยุกต์ รวมทั้งนักศึกษาในหลักสูตรการแพทย์แผนไทยที่กำลังจะสำเร็จการศึกษา ต้องให้ความสนใจที่จะศึกษาถึงแนวทางดังกล่าว เพื่อเตรียมความพร้อมในการนำมาใช้กับการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง จึงอาจเป็นเหตุให้ระดับความพร้อมในด้านความรู้ของนักศึกษาอยู่ในระดับมาก ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเป็นไปได้ว่าในช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19 มีการกล่าวถึงการนำสมุนไพรมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย COVID-19 อย่างต่อเนื่องในช่วงที่มีการระบาดของโรค COVID-19⁵ นักศึกษาในชั้นปีสุดท้ายซึ่งจะสำเร็จการศึกษาในเวลาอันใกล้เพื่อไปทำงานในหน่วยบริการ โดยเฉพาะภาครัฐที่ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยในระบบหลักประกันสุขภาพ อาจได้รับรู้ถึงแนวทางการดูแลดังกล่าว หรืออาจมีการสืบค้นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรและศาสตร์ด้านการแพทย์แผนไทยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโควิด-19 จากแหล่งข้อมูลต่างๆ จึงอาจส่งผลให้นักศึกษามีความพร้อมในด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยในระดับมากทั้งในด้านเภสัชกรรมไทยได้แก่

สรรพคุณของสมุนไพร ขนาดและวิธีการใช้ รวมถึงข้อห้ามและข้อควรระวังในการใช้สมุนไพรแต่ละชนิด และด้านเวชกรรมไทยได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การประเมินอาการรุนแรง การประเมินแยกกลุ่มอาการ การให้การดูแลและการฟื้นฟู ในผู้ป่วยโรค COVID-19 อยู่ในระดับมาก

นอกจากนี้จากผลการศึกษาพบว่า คณะแนวความรู้พร้อมด้านความรู้ ในภาพรวม และในส่วนเภสัชกรรมไทยและเวชกรรมไทย แตกต่างกันตามสถานศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องเพราะโรค COVID-19 เป็นโรคอุบัติใหม่และกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกมีการกำหนดแนวทางดังกล่าวได้ไม่นาน ให้เป็นทางเลือกในการรักษาโรค COVID-19 เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและเข้าถึงบริการโดยเร็วที่สุด และเป็นการส่งเสริมและพัฒนาภูมิปัญญาของชาติด้านการแพทย์แผนไทย นอกจากนี้ในแต่ละวิทยาลัยที่จัดการเรียนการสอนในหลักสูตรแพทย์แผนไทยจะยังมิได้ผนวกแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรค COVID-19 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ที่ต้องรักษาตัวอยู่ที่บ้านในระบบหลักประกันสุขภาพ ไว้ในรายวิชาใดวิชาหนึ่งในหลักสูตรแพทย์แผนไทยอย่างเฉพาะเจาะจง ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่าความพร้อมด้านความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรค COVID-19 ของนักศึกษาในแต่ละวิทยาลัยที่ต่างกัน อาจเนื่องเพราะในแต่ละวิทยาลัยมีกิจกรรมเสริมหลักสูตรหรือกิจกรรมนอกหลักสูตร รวมถึงกิจกรรมที่จัดขึ้นในแต่ละวิทยาลัย โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับการให้สมุนไพรในการรักษา และฟื้นฟูผู้ป่วยโรค COVID-19 อาจส่งผลกระทบหรือสนับสนุนการรับรู้ในเรื่องดังกล่าว เป็นการเพิ่มประสบการณ์ หรือทักษะการเรียนรู้ของนักศึกษาที่ต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งพบว่าการมีกิจกรรมเสริมหลักสูตรในการเสริมประสบการณ์สามารถกระตุ้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

และเข้าใจอย่างถ่องแท้มากขึ้น⁹ และการมีกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวิทยาลัยนั้น สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีในเรื่องสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเรียนรู้ มีผลต่อการส่งเสริมทักษะการเรียนรู้และพัฒนาตนเองของผู้เรียน¹⁰

จากผลการศึกษาครั้งนี้ สถาบันพระบรมราชชนก และวิทยาลัยแต่ละแห่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการเตรียมความพร้อมแก่นักศึกษาทั้งด้านความรู้และด้านการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรค COVID-19 ก่อนที่จะสำเร็จการศึกษา เพื่อให้มีความรู้และสามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติได้ ทั้งนี้หากมีสถานการณ์ในลักษณะที่คล้ายคลึงกันโดยมีการนำศาสตร์การแพทย์แผนไทยเป็นหนึ่งในแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยเช่นกรณีการระบาดของโรค COVID-19 หลักสูตรและวิทยาลัย ควรมีการวางแผนร่วมกันระหว่างวิทยาลัยให้มีการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตรในเรื่องดังกล่าวเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้นักศึกษาในระดับที่ไม่แตกต่างกันในแต่ละวิทยาลัย รวมทั้งสร้างความมั่นใจให้กับนักศึกษาก่อนที่จะสำเร็จการศึกษาออกไปปฏิบัติงานในวิชาชีพการแพทย์แผนไทยในหน่วยบริการต่อไป

ในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาถึงความสามารถในการดูแลผู้ป่วย โรค COVID-19 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยตามแนวทางดังกล่าว หรือความสามารถในการดูแลผู้ป่วยด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ของนักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาไปทำงานในหน่วยบริการในระยะแรกของการทำงาน เพื่อเป็นข้อมูลหรือแนวทางสำหรับการปรับปรุงการจัดการเรียนการสอนและหลักสูตร รวมทั้งการอบรมฟื้นฟูความรู้เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นการส่งเสริมและพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยให้เป็นทางเลือกในการรักษาต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak: Coronavirus disease (COVID-19) pandemic [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 16]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/novel-coronavirus-2019-ncov>.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์ผู้ป่วย COVID-19 ภายในประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. Tableau Software. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 18 ธันวาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://public.tableau.com//views/SATCOVIDDashboard_WEEK/1-dash-week?:size=1200,1050&embed=y&showVizHome=n&bootstrapWhenNotified=y&tabs=n&toolbar=n&apiID=host0#navType=0&navSrc=Parse.
3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 ต่อโรคไม่ติดต่อและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย :: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=14443&tid&gid=1-015-005&fbclid=IwAR2fpxxpKrnKn8wchAC3RbQ8c3uYLkBDNAACRYetR_o5T2h5UkRvE6JLTkQ.
4. ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การยกเลิกกรณีที่มีเหตุสมควรเกี่ยวกับโรคโควิด 19 เพื่อรองรับการเป็นโรคประจำถิ่น พ.ศ. 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 13 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2565/E/152/T_0050.PDF.
5. ศูนย์หลักฐานเชิงประจักษ์ด้านการแพทย์แผนไทยและสมุนไพร โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. คู่มือดูแลสุขภาพสำหรับประชาชนในสถานการณ์การระบาดของโควิด-19 ระลอก 3 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยและสมุนไพร [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 28 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/8731>.
6. กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. แนวทางการดูแลรักษาโควิด 19 ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ตามแนวทางการดูแลรักษาอยู่ที่บ้าน (Home Isolation) ในระบบหลักประกันสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 2 พฤศจิกายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dtam.moph.go.th/index.php/th/dtam-news/dn/7428-dn0043.html>.
7. Wayne W. D. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. 6th ed. John Wiley&Sons, Inc; 180 p.
8. Ngamjarus C, Chongsuvivatwong V. n4Studies: Sample Size Calculation for

- an Epidemiological Study on a Smart Device. Siriraj Medical Journal. 2016; 68(3): 160-70.
9. วราภรณ์ ยศทวี, เสริมศรี ไชยสร, วิณาวโรตมะวิชญ, พงษ์ศักดิ์ แป้นแก้ว. การพัฒนาหลักสูตรเสริมประสบการณ์เพื่อสร้างความตระหนักในคุณค่าของชีวิตสำหรับนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก. 2017; 18(suppl.2): 365-72.
10. Abdulloh W, Niemted W. Arrangement of Learning Environment to Promote Learning Skills in the 21st Century “Concept Theory and Practice.” Princess of Naradhiwas University Journal of Humanities and Social Sciences. 2020; 7(2): 227-46.

การพัฒนารูปแบบการลดความเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019 โดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับการประยุกต์ใช้ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์

ภัทรพล บุญยวง¹, ลำพึง วอนอก², สุธิน ชนะบุญ³

(วันที่รับบทความ: 17 ธันวาคม 2565; วันที่แก้ไข: 11 มกราคม 2566; วันที่ตอบรับ: 2 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียด ความรู้ด้านสุขภาพจิต และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อพัฒนารูปแบบการลดความเครียดโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีหลักคือทฤษฎีส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นตัวกำหนดกิจกรรมของรูปแบบ และเพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบ การศึกษามี 3 ระยะคือการวิเคราะห์สถานการณ์ การพัฒนารูปแบบและการประเมินผล ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจาก อสม. จำนวน 10 แบบ เฉพาะเจาะจง และ 410 คน จากการสุ่มหลายขั้นตอนเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยแบบสอบถามเชิงโครงสร้างและการบันทึกการสนทนา ระยะที่ 2 ผู้มีส่วนได้เสียจำนวน 10 คนจากการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจงร่วมกันออกแบบรูปแบบการลดความเครียด และทำการทดลองใช้รูปแบบ กับ อสม. 49 คน ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบ เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแบบสอบถาม ข้อมูลเชิงคุณภาพทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณโดยวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่าในช่วงของการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อสม. มีความเครียดในระดับสูง $\bar{X}$ = 44.45, S.D. = 15.84) ความรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 52.05, S.D. = 9.20) และการรับรู้ความสามารถของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 35.20, S.D. = 7.40) สาเหตุหลักของความเครียดคือความรับผิดชอบของ อสม. เพิ่มขึ้นและไม่เคยมีประสบการณ์ในการจัดการความเครียด ข้อมูลเหล่านี้มาสร้างรูปแบบการจัดการความเครียดโดยอาศัยทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพจิต และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ได้ 5 กิจกรรม คือ 1) กลุ่มสัมพันธ์ 2) แลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการความเครียด 3) การค้นหาการจัดการความเครียด 4) บทบาทสมมุติ 5) ฝึกทักษะความสามารถของตนเอง เมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ด้านสุขภาพจิตอยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองมีความเชื่อมั่นระดับมาก และคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ ความรู้ด้านสุขภาพจิต และการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นและความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) และผู้ที่มีส่วนได้เสียพึงพอใจต่อรูปแบบในแต่ละด้านในระดับมากและมากที่สุด

คำสำคัญ: รูปแบบการลดความเครียด, ความรู้ด้านสุขภาพจิต, การรับรู้ความสามารถของตนเอง, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, อสม.

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, Email: 63202501012@scphkk.ac.th

² อาจารย์, วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: lampung@scphkk.ac.th

³ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น, คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, E-mail: sutin@scphkk.ac.th

Corresponding author: ลำพึง วอนอก, Email: lampung@scphkk.ac.th

Developing Stress Model During COVID-19 Pandemic Situation by Applying Mental Health Literacy and Self - Efficacy Theory for Village Health Volunteers, Phetchabun Province

Pattarapon Boonyuang¹, Lampung Vonok², Sutin Chanaboon³

(Receive: 17th December 2022; Revised: 11st January 2023; Accepted: 2nd May 2023)

Abstract

This action research was carried out an investigation of situation of stress, mental health literacy and self-efficacy on village health volunteers' performance during COVID-19 pandemic, developing model for reducing stress and evaluated stress condition after taking part the model. Mental health literacy promotion and self-efficacy theory were main tools for applying of model activities. Three phases had been completed; situation analysis, developing model and evaluation. Focused on the 1st phases, ten village health volunteers were selected via purposive sampling method for qualitative data collection and 410 participants were recruited by multi-stage sampling method for quantitative data collection. Tools were constructive interview questionnaires and note record. Continued to the second phase, ten stake holders were selected by purposive sampling method to design the model and then forty-nine volunteers were tested the model and note record were uses as a tool. Final phase was model evaluation Turn to data analysis, content analysis was used in case of qualitative data while descriptive statistics and paired sample t-test were used for quantitative data.

Result showed that village health volunteers Phetchabun Province during COVID 19 pandemic were facing with stress at a high level (mean=44.45, S.D. +15.84) mental health literacy was at a moderate level (mean=52.05, S.D. +9.20) and self-efficacy at a high level (mean=35.20, S.D. +7.40). Two main causes of stress were found; additional responsibility of health volunteer and had no experiences to manage the stress. Information of this situation was inputted in the model that there were five steps; 1) recreation activities 2) group learning process in stress management 3) stress management searching and decision making 4) role play and 5) self-skill training. At the end of last phase, a significant improvement of stress, mental health literacy and self-efficacy were found (p-value<0.001). In addition, stake holders and participants satisfaction were found at a high and highest level.

Keywords: Reducing Stress Model, Mental Health Literacy, Self - Efficacy, COVID-19

¹ Master of Public Health Student in Public Health, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Email: 63202501012@scphkk.ac.th

² Lecturer, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Email: lampung@scphkk.ac.th

³ Lecturer senior professional level, Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, E-mail: sutin@scphkk.ac.th
Corresponding author: Lampung Vonok, Email: lampung@scphkk.ac.th

บทนำ

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผ่านมามีความรุนแรงและขยายขอบเขตไปทั่วโลกอย่างรวดเร็ว พบว่า 229 ประเทศทั่วโลกได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคอุบัติใหม่ชนิดนี้¹ ข้อมูลผู้ติดเชื้อทั่วโลก ณ วันที่ 14 พฤษภาคม 2565 ผู้ป่วยสะสมจำนวน 520,821,586 คน ยอดรวมผู้เสียชีวิตทั่วโลกจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีจำนวนทั้งสิ้น 6,287,661 คน¹ สำหรับประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อ ณ วันที่ 14 พฤษภาคม 2565 มีผู้ป่วยสะสม 4,367,752 คน ผู้เสียชีวิตสะสมจำนวน 29,421 คน มีผู้ติดเชื้อเข้าข่ายโดยการตรวจด้วยวิธี Antigen test kit สะสม 2,046,882 คน จังหวัดเพชรบูรณ์ มีผู้ป่วยสะสม 24,137 คน มีผู้เสียชีวิตสะสม 147 คน พบว่ามีแนวโน้มผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยรายใหม่ในวันที่ 20 มีนาคม 2565 จำนวน 181 คน²

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สร้างผลกระทบรุนแรงในหลายมิติ ความหวาดวิตกต่อการติดเชื้อที่กำลังระบาด เกิดความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ของประชาชนทั่วโลกเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะความซึมเศร้าที่อาจทำให้เกิดพฤติกรรมการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายได้ในที่สุด³

การสำรวจระดับความเครียดในช่วงการระบาดของโรค COVID-19 จาก 57 ประเทศทั่วโลก พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนความเครียดในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 19.08 (S.D.=7.17) ช่วงวัยทำงานมีระดับความเครียดสูงสุด⁴ สำหรับการศึกษาในประเทศไทย ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ระลอกที่ 3 พบมีความเครียดในระดับมักร้อยละ 83.33 ระดับปานกลาง ร้อยละ 15.68⁵

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรที่สำคัญของระบบสุขภาพชุมชน ปฏิบัติงานช่วยสนับสนุนบุคลากรทางการแพทย์ใน

การให้บริการดูแลผู้ป่วยโรคทั่วไปและโรคเรื้อรัง รวมถึงการทำงานเชิงรุกและให้บริการด้านหน้าในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019^{6,7} การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคดังกล่าวยังไม่ราบรื่น เนื่องจากประชาชนยังไม่เชื่อมั่นและไม่ยอมรับในองค์ความรู้และศักยภาพของ อสม. และลักษณะงานของ อสม. นั้นสัมผัสกลุ่มเสี่ยงสูงซึ่งอาจเป็นพาหะนำเชื้อมาสู่ประชาชนได้ ทำให้การปฏิบัติงานของ อสม. ยากขึ้น จึงเกิดความกังวลที่จะปฏิบัติหน้าที่ เพราะยังมีความรับผิดชอบต่อครอบครัว และข้อจำกัดในเรื่องของอาชีพประจำอุปสรรคและภาระหน้าที่ดังกล่าวนี้จึงมีส่วนสำคัญและอาจส่งผลกระทบต่อความเครียด รวมถึงสุขภาพจิตอื่น ๆ ของ อสม.⁷

การจัดการความเครียดและสร้างความสุขด้วยตนเองที่ได้ผลมีหลายวิธี เช่น การทำงานอดิเรก ทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ การพักผ่อนหย่อนใจ การนอนหลับอย่างเพียงพอ การเข้าสังคม หากไม่สามารถจัดการความเครียดได้ด้วยตนเองอาจอาศัยบุคคลในครอบครัว เพื่อน หรือผู้เชี่ยวชาญรวมถึงการเข้าร่วมโปรแกรมในการจัดการความเครียดที่ดำเนินกิจกรรมโดยบุคลากรทางการแพทย์ก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง ดังจะเห็นได้จากผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวก เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมจัดการความเครียด ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน⁸ พบว่าสามารถลดคะแนนความเครียดได้ในกลุ่มผู้ใช้โปรแกรม นอกจากนี้ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเผชิญความเครียดกับพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า⁹ พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถลดคะแนนความเครียดในการปฏิบัติงานได้

จากการศึกษานำร่องในกลุ่ม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 10 คน โดยการสนทนากลุ่มพบว่า อสม. มีความเครียดและความกังวลในการปฏิบัติหน้าที่ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีสาเหตุมาจากความกลัวการติดเชื้อจากการปฏิบัติงาน การไม่ได้รับความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่ ความไม่มั่นใจในการป้องกันตนเอง ความวิตกกังวลของประชาชนในพื้นที่ต่อ อสม. ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจนำการติดเชื้อ ภาระหน้าที่ในการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น และกระหน่ำต่องานประจำของ อสม. ทำให้เกิดความเครียด โดยที่กลุ่มศึกษานำร่องนั้นยังไม่สามารถจัดการความเครียดได้ด้วยตนเอง เนื่องจากสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดจำเป็นจะต้องได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานของตนเอง

ความรู้ด้านสุขภาพจิตเป็นแนวทางสำคัญในการจัดการความเครียดจากการที่ประชาชนมีความรอบรู้และแนวทางในการค้นหาสาเหตุ แนวทางในการจัดการความเครียด การเรียนรู้จากสื่อที่เหมาะสมการนำมาปฏิบัติเพื่อให้ตนเองมีความเครียดที่ลดลง และการส่งต่อวิธีการจัดการความเครียด พร้อมกับ การรับรู้ความสามารถของตนเองทำให้ที่มีความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงานก็ส่งผลทำให้ความเครียดลดลงได้

จากปัญหาความเครียดของ อสม. ข้างต้น ประกอบกับผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องในการจัดการความเครียดนั้น พัฒนารูปแบบและการประเมินผลการใช้ รูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการจัดการความเครียดของ อสม. จังหวัดเพชรบูรณ์ จึงมีความจำเป็นต้องดำเนินการเพื่อช่วยเหลือและส่งเสริมให้ อสม. สามารถจัดการความเครียดที่เกิดจากการปฏิบัติงาน ในสถานการณ์การ

การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งจะนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีทำให้การดำเนินงานในการเฝ้าระวังโรคมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลและสามารถควบคุมโรคได้ ทั้งยังเป็นการตอบสนองต่อนโยบายของกรมสุขภาพจิตและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ใน อสม.กลุ่มอื่นๆ หรือประชาชนทั่วไปได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเครียด ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอสม. จังหวัดเพชรบูรณ์

2) เพื่อพัฒนารูปแบบการลดความเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของ อสม. จังหวัดเพชรบูรณ์

3) เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการลดความเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ อสม. จังหวัดเพชรบูรณ์

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีการแบ่งระยะการวิจัยเป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะที่ 1) ศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาความเครียดในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. จังหวัดเพชรบูรณ์ ระยะที่ 2) พัฒนารูปแบบการจัดการความเครียดในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยใช้แนวคิดการดำเนินการวิจัยของ Kemmis & McTaggart (2007)¹⁰ ซึ่งมีทั้งหมด 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ ขั้นตอนที่ 3 สังเกตการณ์และขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการดำเนินงาน และระยะที่ 3) ประเมินผลรูปแบบการจัดการความเครียดในสถานการณ์การ

ระบาดวิทยาของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. จังหวัดเพชรบูรณ์ ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ กรกฎาคม - กันยายน 2565 โดยผู้วิจัยเป็นผู้เก็บข้อมูลด้วยตนเอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ อสม. จังหวัดเพชรบูรณ์ ระยะที่ 1 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการศึกษา สถานการณ์และสภาพปัญหาความเครียดเชิงคุณภาพ คือ อสม. จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 10 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง กลุ่มตัวอย่างการศึกษาเชิงปริมาณ คือ อสม. จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 410 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณค่าสัดส่วนประชากรกรณีทราบขนาดประชากร มีการป้องกันการ การสูญหายของข้อมูล ที่ 10 % ในการศึกษาสถานการณ์ความเครียด ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติงานของ อสม. จังหวัดเพชรบูรณ์ ทำการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนารูปแบบ ผู้ร่วมวิจัยและผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและควบคุมโรคจาก โรงพยาบาล สสอ. รพ.สต. จำนวน 6 คน และผู้แทนอสม. จำนวน 4 คน รวม 10 คน

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเปรียบเทียบการทดลองใช้รูปแบบการลดความเครียด คือ อสม. จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 49 คน ใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่าง การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกรณี สองกลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน มีการป้องกันการ สูญหายของข้อมูล ที่ 20 % เกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ 1) มีระดับความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและระดับสูงโดยใช้แบบวัดคะแนนความเครียดในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น และไม่มีความเจ็บป่วย

ทางสุขภาพจิตที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ เช่น โรคซึมเศร้า โรคจิตเภท หรือผู้ที่เคยได้รับการบำบัดทางจิตเวช 2) ปฏิบัติงานเป็น อสม. มาแล้วไม่ต่ำกว่า 2 ปี 3) สามารถอ่าน เขียน ภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการทดลองใช้รูปแบบ และเกณฑ์คัดออก ดังนี้ 1) เจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมทดลองใช้รูปแบบ 2) ลาออกจากการเป็น อสม.

เครื่องมือในการวิจัย

ระยะที่ 1 ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประกอบไปด้วยประเด็น สถานการณ์ ความเครียด บทบาทหน้าที่รับผิดชอบ สาเหตุ หรือ ปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียด การจัดการ ความเครียด ความสามารถในการจัดการความเครียดของ อสม. ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) แบบสอบถามเชิงปริมาณ แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (2) แบบวัดคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต (3) แบบวัดคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ (4) แบบวัดคะแนนความเครียดในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 2 ประกอบด้วย 1) รูปแบบกิจกรรมการจัดการความเครียดในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 2) แบบประเมินความพึงพอใจ และ 3) แบบสังเกต

ระยะที่ 3 ประกอบด้วย แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ 1) แบบวัดคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต 2) แบบวัดคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ 3) แบบวัดคะแนนความเครียดในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content Validity) โดยแบบสอบถามความรอบรู้ด้าน

สุขภาพจิตเป็นแบบสอบถามมาตรฐานของกรมสุขภาพจิตจึงไม่มีการตรวจสอบค่า ดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence : IOC) และนำแบบวัดคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง แบบวัดคะแนนความเครียดในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตรวจสอบความชัดเจนและความถูกต้องตรงตามดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1 และนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วนำไปทดลองใช้ต่อไป

การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ไปใช้สอบถามกับ อสม. ในพื้นที่ตำบลนาหนองหุ้ม อำเภอยะผา จังหวัดขอนแก่น ซึ่งมีลักษณะประชากรคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาก่อนหน้านี้ 30 คน ผลการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ในส่วนของแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีค่าเท่ากับ 0.92 และ แบบวัดคะแนนความเครียดในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีค่าเท่ากับ 0.94

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ด้วยสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

ระยะที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้สถิติ ความถี่ ร้อยละ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเครียดในสถานการณ์การระบาด

ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ภายในกลุ่มทดลองใช้รูปแบบการจัดการความเครียด ก่อนและหลังการการใช้รูปแบบ ใช้สถิติ paired-t test.

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE652018 วันที่ 18 กรกฎาคม 2565

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ประกอบด้วย การศึกษาเชิงคุณภาพและการศึกษาเชิงปริมาณ ดังนี้

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ทั้งสาเหตุ อาการ การป้องกัน และมาตรการควบคุมโรคเป็นอย่างดี มีบทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานในสถานการณ์การระบาดคือ เรื่องการประชาสัมพันธ์ให้คำแนะนำประชาชนในพื้นที่ การประสานงานส่วนภาครัฐและส่วนของประชาชน ทำหน้าที่ในการป้องกันควบคุมโรค ทั้งประเมินอาการเบื้องต้นของกลุ่มเสี่ยง ค้นหากลุ่มเสี่ยง เยี่ยมกลุ่มเสี่ยงผู้กักตัว จัดเตรียม Home isolation และ Community isolation รวมถึงคัดกรองผู้มารับบริการฉีดวัคซีน ผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งการป่วย การใช้ชีวิตประจำวัน ความสัมพันธ์ของครอบครัว และด้านเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอในครอบครัว เกิดความเครียดจากการปฏิบัติงานในเรื่องการให้ความร่วมมือของประชาชนในพื้นที่ทั้งการกักตัวของกลุ่มเสี่ยงรวมถึงการปฏิบัติตน ตามมาตรการ ความพร้อมของ อสม. ในการปฏิบัติงาน ขาดอุปกรณ์การป้องกัน ความไม่มั่นใจในการปฏิบัติงาน ผลกระทบต่อการทำอาชีพหลัก สิ่งเหล่านี้จึงทำให้เกิดความเครียด อาการที่แสดงออกมาคือมีอาการปวดหัว นอนไม่หลับ กังวล

กลัวการติดเชื้อในการปฏิบัติงาน โดย อสม. เพศหญิง ที่ปฏิบัติงานมาแล้ว 22 ปี ระบุว่า “ตั้งแต่ปฏิบัติงาน ในช่วงการระบาดครั้งนี้มีความรู้สึกเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เครียดสะสม และยังไม่มียุทธวิธีการลด ความเครียดที่ติดต่อกันเองได้” และ อสม. เพศชาย ที่ปฏิบัติงานมาแล้ว 11 ปี ระบุว่า “การระบาดของ โควิดนี้ทำให้ รู้สึกเหนื่อย กลัวที่จะต้องไปพบปะกับ ผู้คน แต่ก็ต้องไปทำหน้าที่ ที่เป็น อสม. บางครั้งกลับ บ้านมาก็กลัวเอาเชื้อโรคมาติดกับคนในครอบครัว” ซึ่ง อสม. มีการเปิดดูสื่อโซเชียลมีเดีย เช่น YouTube TikTok และสื่ออื่น ๆ มีการเข้าวัดเพื่อปฏิบัติธรรม แต่ยังคงมีความเครียด

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ อสม. จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 410 คนเป็นเพศ หญิง ร้อยละ 70.49 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81.95 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 74.63 ระดับ การศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 35.61 อาชีพหลักเกษตรกร ร้อยละ 68.76 ไม่มี ประวัติการติดเชื้อโควิด-19 ร้อยละ 59.27 การพบผู้ ติดเชื้อในเขตรับผิดชอบ ร้อยละ 82.44 อายุเฉลี่ย 47.68 ปี (S.D.= 9.20) จำนวนปีที่ปฏิบัติงาน มี

ค่ามัธยฐานอยู่ที่ 10 ปี ค่าต่ำสุด 1 ปี ค่าสูงสุด 35 ปี รายได้ต่อเดือน มีค่ามัธยฐานอยู่ที่ 6,000 บาท ค่า ต่ำสุด 1,000 บาท ค่าสูงสุด 25,000 บาท ระดับ ความคาดหวังในการปฏิบัติงานของ อสม. ส่วนมาก อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.22

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตใน สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ค่าเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต 52.05 คะแนน (S.D.=9.20) มากที่สุดมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิตในระดับปานกลาง ร้อยละ 28.30 รองลงมา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับมาก ร้อยละ 27.80

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง 35.20 คะแนน (S.D.=7.40) มากที่สุดมีระดับความเชื่อมั่น มาก ร้อยละ 47.57 รองลงมา มีระดับความเชื่อมั่น ปานกลาง ร้อยละ 44.63

ส่วนที่ 4 ความเครียดในสถานการณ์การ ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามี ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเครียด 44.45 คะแนน (S.D.=15.84) มากที่สุดมีระดับความเครียดในระดับ ปานกลาง ร้อยละ 40 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ระดับความเครียด (n=410)

ระดับความเครียด	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	45	10.98
ระดับปานกลาง	164	40.00
ระดับสูง	145	35.37
ระดับรุนแรง	56	13.66

$\bar{X}$ =44.45 (S.D.=15.84) , Median=42 (min=20 max=98)

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 พบว่า อสม. มีการ ปฏิบัติหน้าที่ในการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส โควโรนา 2019 ทั้งด้านการประชาสัมพันธ์ การ ประสานงาน การดำเนินการเชิงรุกและเชิงรับใน ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโค

โรนา 2019 รวมถึงมาตรการการป้องกันโรคเป็น อย่างดี แต่การปฏิบัติงานก็ยังพบประเด็นปัญหาที่ เกิดขึ้น เช่นจากความกังวล ความกลัว ความไม่มั่นใจ ของ อสม. และการให้ความร่วมมือของประชาชนใน พื้นที่ ทำให้เกิดความเครียดสะสม ในการสำรวจ

ความรู้ด้านสุขภาพจิตพบว่า อสม.มีความรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับปานกลาง มีการรับรู้ความเชื่อมั่นของตนเองในระดับมาก และมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ระยะที่ 2 แบ่งผลการศึกษาในระยะที่ 2 ออกเป็น 4 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (Plan) การศึกษาในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่ม โดยใช้ข้อมูลจากสำรวจทั้งการศึกษาเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณจากระยะที่ 1 คั้นข้อมูลให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ให้เกิดความเข้าใจถึงสภาพปัญหา และนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรมเพื่อโดยผู้ร่วมดำเนินการได้จัดทำรูปแบบการลดความเครียดให้สอดคล้องกับปัญหาโดยขั้นตอนนี้ได้ผลการศึกษาเป็นร่างรูปแบบการจัดการความเครียดสอดคล้องกับ ทฤษฎีการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิต¹¹ ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง¹² มีร่างรูปแบบการลดความเครียดโดยกิจกรรมดังต่อไปนี้

กิจกรรมที่ 1 กิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ใช้รูปแบบการเรียนรู้ของ Dunn¹³ เพื่อปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการเรียนรู้ของ อสม. โดยใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 15 นาที ประเมินผลโดยการสังเกตความร่วมมือในการทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 2 กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการความเครียดในระหว่างการรักษาของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ ความรู้ด้านสุขภาพจิต รูปแบบกิจกรรม ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่ม โดยแบ่งกลุ่มกิจกรรมกลุ่มละ 10-12 คน มีผู้นำกระบวนการ ประจำกลุ่มละ 2 คน กำหนดประเด็นการเรียนรู้ 4 ประเด็น คือ อาการและความผิดปกติเกี่ยวกับความเครียด ปังจัยและสาเหตุเกี่ยวกับความเครียด การจัดการความเครียดที่สำเร็จ

และไม่สำเร็จ พร้อมกับวิเคราะห์ปัจจัยและอุปสรรคของความสำเร็จในการจัดการความเครียด นำเสนอผลการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมระยะเวลาในการดำเนินการ 90 นาที ประเมินผลกิจกรรมโดยการสังเกตการมีส่วนร่วมและการแสดงความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมกิจกรรมทุกคน

กิจกรรมที่ 3 กิจกรรมค้นหาวิธีการจัดการความเครียด จัดทำเป็นใบงาน โดยให้กลุ่มตัวอย่างค้นหาวิธีการจัดการความเครียดจากตนเอง บุคลากรทางการแพทย์ บุคคลอื่น รวมถึงสื่อต่างๆ พร้อมทั้งวิเคราะห์ความเชื่อถือในวิธีการจัดการความเครียดที่ได้ค้นหา ในประเด็น จุดมุ่งหมาย ประโยชน์ การชักจูง ข้อเท็จจริง แหล่งข้อมูลอ้างอิง ความชัดเจน ของข้อมูล การตัดสินใจเลือกใช้วิธีการจัดการความเครียด ระยะเวลาในการค้นหา 1 สัปดาห์ และนำมาเสนอผลการค้นหาวิธีการจัดการความเครียด ประเมินผลกิจกรรมโดยวัดจากการส่งใบงานและการนำเสนอวิธีการเลือกการลดความเครียดด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 4 กิจกรรมบทบาทสมมติ (Roleplay) สถานการณ์ ความเครียดที่อาจเกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และ ความรู้ด้านสุขภาพจิต โดยการแสดงบทบาทสมมติ เป็นตัวแทน อสม.ในการปฏิบัติงานพร้อมทั้งบุคคลอื่นที่ อสม.ต้องติดต่อประสานงาน โดยการตอบคำถาม หรือการประสานงานที่เป็นทางลบ และทางบวก พร้อมกับสัมภาษณ์ผู้แสดงบทบาทสมมติและผู้ร่วมกิจกรรมแสดงบทบาทสมมติในการปฐมพยาบาลทางใจ 3 ด้าน คือ 1) การมองหาผู้ที่มีภาวะทางใจ 2) การใส่ใจรับฟัง และ 3) การส่งต่อผู้ที่มีภาวะจิตใจ ใช้เวลา 60 นาที ประเมินผลกิจกรรมโดยสังเกตการมีส่วนร่วมและปฏิกิริยาตอบสนองต่อภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดโดยการสังเกตสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

กิจกรรมที่ 5 กิจกรรมฝึกทักษะความสามารถของตนเอง ในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ใช้แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยกระบวนการจัดการเรียนเรียนรู้แบบสาธิต (Demonstration Method) และฝึกปฏิบัติแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยการนำเทคนิค show me ร่วมด้วย ประเมินผลกิจกรรมโดยการทดสอบหลังรับการฝึก ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทำการทดสอบการปฏิบัติใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองและให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมดร่วมการประเมินความถูกต้องของขั้นตอนการปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นปฏิบัติการ (Act) ปฏิบัติการโดยการทดลองใช้ร่างรูปแบบการจัดการความเครียดซึ่งพัฒนาจาก ทฤษฎีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต¹¹ ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง¹² ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการนำร่างรูปแบบการลดความเครียดไปใช้กับผู้ทดลองใช้รูปแบบจำนวน 49 คน ใช้เวลาในขั้นตอนปฏิบัติการจำนวน 2 สัปดาห์ โดยกิจกรรมที่ 1 และ 2 จัดกิจกรรมในวันเดียวกัน กิจกรรมที่ 3, 4 และ 5 จัดกิจกรรมในวันเดียวกัน ซึ่งระยะห่างกันคือ 1 สัปดาห์

ขั้นตอนที่ 3 สังเกตการณ์ (Observe) ใช้วิธีการสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม โดยผู้สังเกตการณ์จดบันทึกการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กิจกรรมนั้นหนาแน่นการได้รับความสนใจจากกลุ่มตัวอย่างเป็นอย่างดีทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมต่อการทำกิจกรรมต่อไป หลังจากการทำกิจกรรมนั้นหนาแน่นการผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีสีหน้ายิ้มแย้มมีความกระตือรือร้นมากขึ้นก่อนการทำกิจกรรม กิจกรรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์การจัดการความเครียด พบประเด็นปัญหาเรื่องการสื่อสารระหว่าง Facilitator และกลุ่มตัวอย่าง ในทุกกลุ่มจะมีกลุ่มตัวอย่างบางคนที่ไม่ให้ความสนใจในการเข้า

ร่วมกิจกรรม เมื่อดำเนินการในกิจกรรมนี้พบการแลกเปลี่ยนและแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างกันของผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความเห็นต่างในกิจกรรมการลดความเครียด ในส่วนของกิจกรรม Roleplay ในการคัดเลือกผู้ที่จะมาแสดงบทบาทสมมติ กลุ่มตัวอย่างไม่กล้าที่จะเป็นตัวแทน แต่เมื่อถูกคัดเลือกมาเป็นตัวแทนแล้วสามารถแสดงบทบาทสมมติได้เป็นอย่างดี ไม่มีความเขินอาย แสดงออกถึงความมั่นใจและความกล้าที่จะปฏิบัติเมื่อได้รับความรู้และทักษะจากวิทยากร กิจกรรมฝึกทักษะความสามารถของตนเอง กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติได้เป็นอย่างดี ผู้เข้าร่วมกิจกรรมมีความกล้าที่จะให้ข้อมูลที่ถูกต้องกับผู้ปฏิบัติแสดงถึงความมั่นใจในตนเอง โดยภาพรวมมีประเด็นปัญหาเรื่องระยะเวลาที่จำกัด สถานที่จัดกิจกรรมคับแคบ การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมมีแนวโน้มที่ดี

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflect) ใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม focus group discussion ในการสะท้อนผลการทดลองใช้ร่างรูปแบบการจัดการความเครียด นำเสนอประเด็นปัญหา อุปสรรค ในการจัดกิจกรรม พบสิ่งที่ต้องปรับปรุงคือ การเตรียมความพร้อมของทีม จัดการด้านระยะเวลาให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ให้เวลาในการเตรียมความพร้อมของกลุ่มตัวอย่างก่อนเริ่มกิจกรรม การจัดกิจกรรมเพิ่มเติมที่ดึงดูดความสนใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรม เพศหญิง อายุ 30 ปี ระบุว่า “จากการสังเกตเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างบางคนไม่พร้อมที่จะทำกิจกรรมร่วม แยกตัวจากกลุ่มและไม่ยอมแสดงความคิดเห็น” ในการจัดกิจกรรมกลุ่มควรมีการจดบันทึกการทำกิจกรรมภายในกลุ่ม ปรับวิธีการในลักษณะคำถามชวนคุยเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างผ่อนคลาย การสรุปผลทุกกิจกรรมพร้อมการเสริมพลังทางบวกให้กับกลุ่มตัวอย่าง ผลความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า มีความพึงพอใจในระดับมาก ($\bar{X}=85.65$ (S.D.=8.01)) โดย อสม.กลุ่มตัวอย่าง อายุ 45 ปี ระบุว่า “อยาก

ให้มีการจัดกิจกรรม แบบนี้ให้ อสม.อีก ทำให้ อสม.ได้พบปะสังสรรค์กัน ได้แลกเปลี่ยนความรู้ในการจัดการความเครียด ได้พูดคุยทำให้ไม่เครียดได้”

สรุปผลการศึกษาในระยะที่ 2 ในการพัฒนารูปแบบการลดความเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบ่งการพัฒนา เป็น 4 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 คือการวางแผนใช้กระบวนการเรียนรู้แบบกลุ่ม ร่วมกันออกแบบรูปแบบการลดความเครียด ได้ร่างรูปแบบมี 5 กิจกรรม ในขั้นตอนที่ 2 นำร่างรูปแบบที่ได้ไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง 49 คน ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม โดยผู้สังเกตการณ์จับบันทึกการทำกิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนมากให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมทุกกิจกรรมมีประเด็นปัญหาเรื่องระยะเวลาที่จำกัดสถานที่จัดกิจกรรมคับแคบ การให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมมีแนวโน้มที่ดี ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการปฏิบัติการ โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) พบสิ่งที่จะต้องปรับปรุงคือ ความพร้อมของทีม ระยะเวลา สถานที่ในการจัดกิจกรรม ผลความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่าอยู่ในระดับมาก

ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบการลดความเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีการประเมินผลหลังจากดำเนินการในขั้นตอนการทดลองใช้รูปแบบแล้ว 2 สัปดาห์ ผลการวิจัยพบว่า

1) คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนน

ความเครียดเท่ากับ 47.79 คะแนน (S.D.=10.48) หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดเท่ากับ 36.32 คะแนน (S.D.=11.96) มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลง 11.46 คะแนน การเปรียบเทียบความเครียดหลังการใช้รูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.= 11.46, 95% CI: 7.78 to 15.15, p-value<0.001) (ดังตารางที่ 4)

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเท่ากับ 48.77 คะแนน (S.D.=8.15) หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเท่ากับ 61.42 คะแนน (S.D.=8.44) มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น 12.65 คะแนน หลังการใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.= 12.65, 95% CI: 8.87 to 16.42, p-value<0.001) (ดังตารางที่ 4)

3) คะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของกลุ่มตัวอย่างก่อนการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่ากับ 31.30 คะแนน (S.D.=5.72) หลังการใช้รูปแบบมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองเท่ากับ 42.14 คะแนน (S.D.=4.67) มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น 10.83 คะแนน หลังการใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mean diff.= 10.83, 95% CI: 8.71 to 12.95, p-value<0.001) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบ ระดับความเครียด ความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

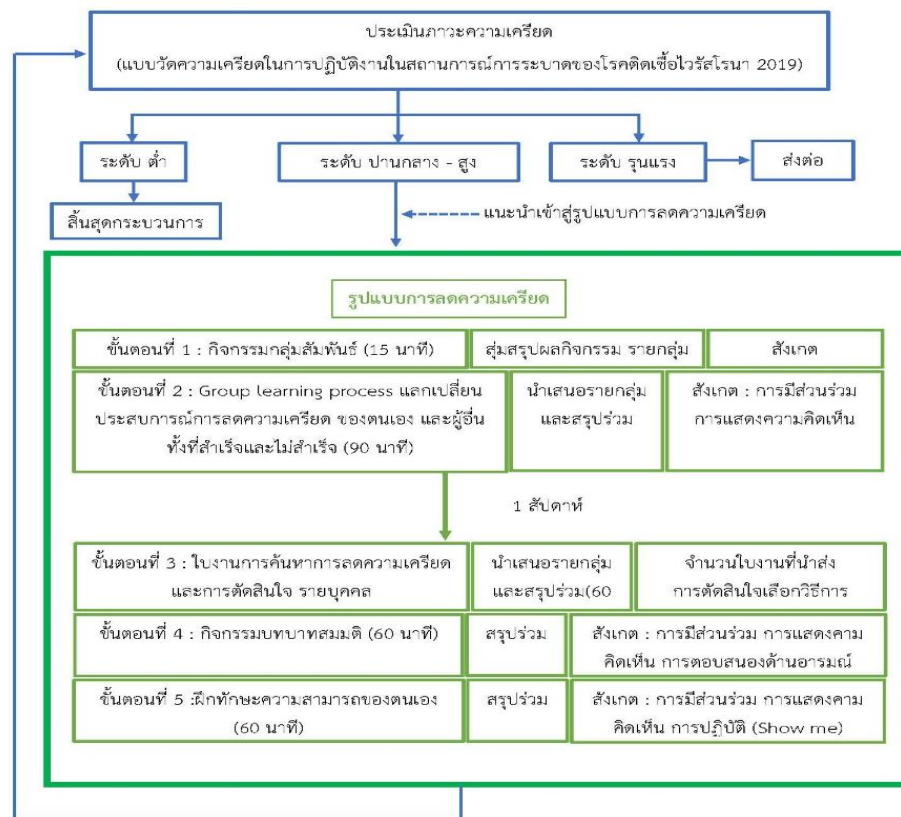
รูปแบบการลด ความเครียด	ก่อน		หลัง		$\bar{d}$	S.D. _d	95% CI	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.				
ระดับความเครียด	47.79	10.48	36.32	11.96	11.46	12.82	7.78 to 15.15	<0.001*
ความรอบรู้ด้าน สุขภาพจิต	48.77	8.15	61.42	8.44	12.65	13.13	8.87 to 16.42	<0.001*
การรับรู้ความสามารถ ของตนเอง	31.30	5.72	42.14	4.67	10.83	7.38	8.71 to 12.95	<0.001*

* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ < 0.05

สรุปการพัฒนาในรูปแบบในระยะที่ 3 มีจำนวน อสม. ที่เข้ากระบวนการแล้วไม่พบผู้ที่มีระดับความเครียดระดับรุนแรง ผู้ที่มีระดับความเครียดสูง ลดลงหลังเข้าร่วมกิจกรรมร้อยละ 43.75 และพบผู้ที่มีความเครียดลดลงเป็นระดับต่ำ ร้อยละ 20.41 มีแนวทางการจัดการความเครียดที่เหมาะสมกับตนเอง เลือกวิธีการจัดการความเครียดด้วยตนเอง โดย อสม. เพศหญิง อายุ 43 ปี ระบุว่า “ต่อไปถ้าเจอเรื่องเครียดเวลาทำงานก็จะพูดคุยกันมากขึ้นเพราะเพื่อน ๆ อสม. แต่ละคนมีคำแนะนำให้ ดี แค่พูดคุยกันก็พอหายเครียดได้แล้วก็ยังช่วยกันแก้ปัญหาด้วย” ในการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า มี อสม. บางส่วนที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับคำแนะนำจาก

อสม. กลุ่มตัวอย่างในการจัดการความเครียดจากรูปแบบการลดความเครียดที่ได้พัฒนาขึ้น แสดงถึงการขยายผลรูปแบบการจัดการความเครียดในกลุ่ม อสม. อสม. มีความมั่นใจในการส่งต่อข้อมูลถ่ายทอดวิธีการลดความเครียดให้กับ อสม. และ บุคคลที่อยู่ใกล้ชิดได้

รูปแบบการลดความเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง ของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์



ภาพที่ 1 รูปแบบการลดความเครียดจากสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดเพชรบูรณ์

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การศึกษาความเครียดของ อสม. ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความเครียดในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดนัย สังข์ทรัพย์ และ วราภรณ์ ไชยโคตร⁵ ในการศึกษาความเครียด ของ อสม. ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และประเด็นปัญหาด้านความเครียดที่พบในการปฏิบัติงานของ อสม. คือ กลัวการติดเชื้อและนำเชื้อไปติดกับบุคคลในครอบครัว ไม่มีความมั่นใจในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิญญาพัชร กุสิยารังสิริ⁷ ที่พบว่า อสม. มีความเครียดและความ

กังวลในการปฏิบัติงานในช่วงการระบาดกลัวการติดเชื้อรวมถึงภาระหน้าที่ในอาชีพของตนเอง และอุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างปฏิบัติงาน ประชาชนในพื้นที่ไม่ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

จากผลการพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียด โดยการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเอง พบว่าหลังการพัฒนาแบบกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพจิต เพิ่มขึ้นสอดคล้อง กับ การศึกษาของ วชิรินทร์ เสาะเห็ม และ พรรณี บัญชรหัตถกิจ⁸

ในการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของ อสม. ซึ่งก่อนการทดลองใช้มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำ หลังการทดลองใช้คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตสูงขึ้น ในส่วนของคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเอง พบว่า หลังการทดลองใช้รูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองใช้รูปแบบ สอดคล้องกับการศึกษา ของ สุลีถาวรกุล และ สมคิด ปราบภัย¹⁴ ในการศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อความเครียด ซึ่งพบว่าหลังการทดลองใช้พบว่า

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1) ควรมีการติดตามวัดความเครียดอย่างต่อเนื่องเพื่อประเมินความยั่งยืนของรูปแบบการลดความเครียด ซึ่งจะช่วยให้เห็นประสิทธิภาพ และ ภูมิคุ้มกันด้านความเครียด ในผู้ทดลองใช้รูปแบบอย่างต่อเนื่อง

2) มีการพัฒนารูปแบบเพื่อทดลองใช้ในภาวะอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ภาวะซึมเศร้า ภาวะหมดไฟในการทำงาน ภาวะเสี่ยงฆ่าตัวตาย เป็นต้น และพัฒนารูปแบบไปใช้ในกลุ่มที่มีภาวะความเครียด เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น

3) ควรมีการพัฒนางานวิจัยเป็นรูปแบบงานวิจัยและพัฒนาเพื่อให้รูปแบบการลดความเครียดมีความน่าเชื่อถือและประโยชน์ในการใช้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณร้านมาลัยชุดพยาบาลโคราช ที่สนับสนุนทุนการศึกษาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มการลดความเครียดในกลุ่มทดลองใช้รูปแบบในครั้งนี้

คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้น และจากการพัฒนารูปแบบการจัดการความเครียด พบว่า ความเครียดของกลุ่มตัวอย่างลดลง จากก่อนการทดลองใช้รูปแบบ ซึ่งเมื่อมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตที่เพิ่มขึ้น และการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ดีขึ้นก็จะส่งผลให้ความเครียดลดลง แสดงให้เห็นว่าหากมีการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจิตและการรับรู้ความสามารถของตนเองในกลุ่ม อสม. ที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ก็จะสามารถลดความเครียดและส่งเสริมสุขภาวะทางจิตที่ดี เพื่อการปฏิบัติหน้าที่ดูแลประชาชนในพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Worldometer. COVID-19 CORONAVIRUS PANDEMIC. [Internet]. 2022 [cited 11 March 2022]. Available from: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
2. กรมควบคุมโรค. โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 20 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/ind_world.php.
3. WHO. Mental health and COVID-19. 2021 [Internet]. [cited 11 March 2022]. Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/publications-and-technical-guidance/mental-health-and-covid-19>.
4. Adamson Maheen, Phillips Angela, Seenivasan Srija, Martinez Julian, Grewal Harlene, Kang Xiaojian, et al. International prevalence and correlates of psychological stress during the global COVID-19 pandemic. 2020; 17(24): 9248.
5. ดนัย สังข์ทรัพย์, วราภรณ์ ไชยโคตร. ภาวะสุขภาพจิตของผู้รับบริการช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส 2019 (โควิด-19) ระลอกใหม่. พุทธชินราชเวชสาร. 2564; 38(2): 169-180.
6. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับเจ้าหน้าที่และ อสม.(นักรบเสื้อเทาออกเคาะประตูบ้านทุกหลังคาเรือน). [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2565]. เข้าถึงได้จาก: www.hss05.com/pdf/คู่มือ_อสม._COVID_19.pdf
7. อภิษฎาพัทธ์ กุสิยารังสิหิ. สื่อที่ใช้ในการรณรงค์ของภาครัฐเพื่อป้องกันโรคระบาดโควิด-19 ของประเทศไทย. วารสารเทคโนโลยีสื่อสารมวลชน มทรพระนคร. 2563; 5(2): 77-86.
8. วชิรินทร์ เสาะเห็ม, พรณิ บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพจิตร่วมกับแนวคิดจิตวิทยาเชิงบวกเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์. 2563; 13(3): 44-55.
9. บุรฉัตร กริชฐาทิพย์, กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธานี. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในการเผชิญความเครียด กับพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2559; 10(2): 1-7.
10. Stephen Kemmis, Robin McTaggart. Parricipatory action

- research communicative action and the public sphere. Denzin & Lincoln (Strategies). 2007; 271-330.
11. Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Christensen H, Rodgers B, Pollitt PJMjoA. "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. 1997; 166(4): 182-6.
12. Bandura A. Self-Efficacy. [Internet]. 1994 [cited 11 March 2022]. Available from: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/BanEncy.html>.
13. เอ็มเมอร์สัน กฤษณะรังสรรค์. รูปแบบการคิด (Cognitive Style) และ รูปแบบการเรียนรู้ (Learning Style). [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.oocities.org/vinaip/articles/CsLs.htm>.
14. สุลี ถาวรกุล, สมคิด ปราบภัย. ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดด้วยการประยุกต์ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองต่อความเครียดจากการฝึกปฏิบัติทางการพยาบาลเป็นครั้งแรกของนิสิตพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2564; 193-205.

STOP COVID - 19



วิทยาลัยการสาธารณสุขสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี

90/1 ถ.อนามัย อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี

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>